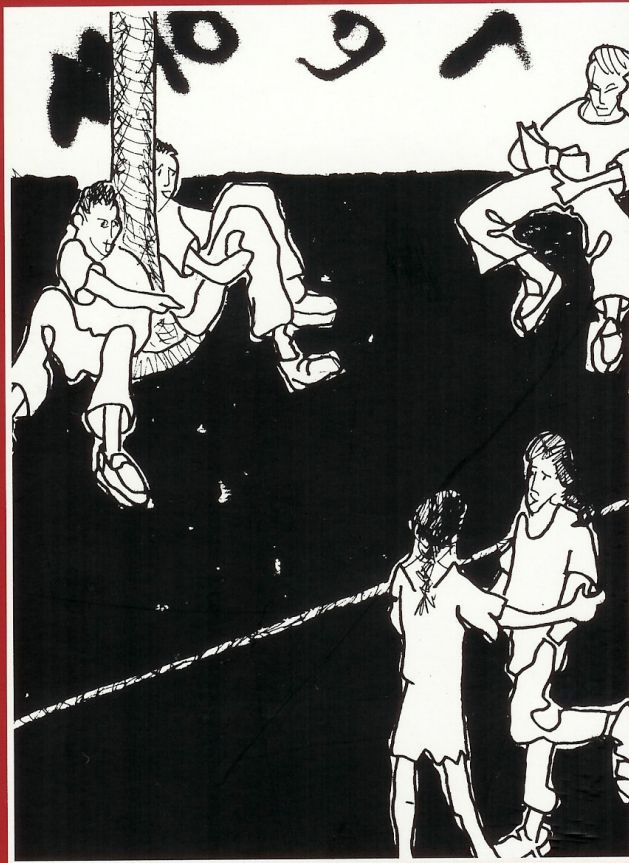


COMUNICAÇÃO, GESTÃO DE CONFLITOS E SAÚDE NA ESCOLA

Margarida Gaspar de Matos (ed.)



f MH edições

Ficha técnica:

1ª Edição: 1997,

2ª Edição: 1998,

3ª Edição (rev. e ampliada): 2005

4ª edição (on-line, textos seleccionados) - 2008

Capa: Eduardo Salavisa

Editor: Margarida Gaspar de Matos

Gráfica:

Edições; CDI / FMH

Revisão : João F. Costa

Depósito legal:

ISBN

Data: Agosto 2008

Colaboraram neste volume:

Margarida Gaspar de Matos, PhD, psicóloga e psicoterapeuta, doutorada em EER, Professora da FMH/UTL, investigadora do CMDT/IHMT/UNL, com agregação em Saúde Internacional pela IHMT/UNL. Coordenadora Nacional do projecto Aventura Social que inclui os projectos europeus HBSC/OMS e KIDSCREEN/CE.

Susan Spence, PhD, psicóloga, psicoterapeuta, Professora da University of Queensland

Mark Dadds, PhD, psicólogo, psicoterapeuta, Professor da Griffiths University

Paula Barrett, PhD, psicóloga, psicoterapeuta, Professora da Griffiths University

Aldina Gonçalves, PhD, médica, Professora do IHMT/UNL e do ISPA, com agregação em Saúde Internacional pelo IHMT/UNL.

Celeste Simões, PhD, fisioterapeuta, Lic. EER, mestre Psicologia Social, Doutorada em EER, Professora da FMH/UTL, investigadora do CMDT/IHMT/UNL

José Luis Pais Ribeiro, PhD, psicólogo, psicoterapeuta, Professor da FPCE/UP

Vítor Ramos, médico. Professor da ENSP/ UNL

Tania Gaspar, psicóloga, mestre em Saúde Pública, doutoranda da Uni Porto, investigadora do CMDT/IHMT/UNL

Luis Calmeiro, lic. EF, mestre em Psicologia Desporto, doutorando na Universidade da Florida

Sónia Dias, psicóloga, doutorada em Saúde Internacional no IHMT/UNL, investigadora do CMDT/IHMT/UNL, docente do ISPA

Daniela Sacchi, psicóloga, psicoterapeuta, Professora de TCC na AIAMC

Teresa Vailati Venturi, psicóloga, psicoterapeuta, especialista em TCC

Inês Camacho, psicóloga, mestre TCC, investigadora do CMDT/IHMT/UNL

Elisa Pereira, psicóloga, mestre TCC

Magda Crisóstomo, psicóloga, mestre TCC

Susana Veloso, psicóloga, mestre em Psicologia do Desporto pelo IEP/Universidade do Minho, docente da Universidade Lusófona, investigadora do CMDT/IHMT/UNL

Rui Bernardo, lic EF, mestre Psicologia do Desporto .

Lúcia Canha, lic EER, mestre TCC

Ana Gaspar, psicóloga, lic EER

Marina Carvalho, psicóloga, psicoterapeuta, mestre Psicologia da Saúde; doutorada em psicologia, docente da Universidade Lusófona, investigadora do CMDT/IHMT/UNL

Joana Amaral, psicóloga, mestre em TCC

Paula Lebre, lic EER, mestre EE, doutorada em EER, docente na FMH/UTL, investigadora do CMDT/IHMT/UNL

Sílvia Lapa, lic EER

Equipa Técnica Multidisciplinar Aventura Social/ 2003-2004

Equipa Técnica Multidisciplinar da ex-CCPES/ME/ 2004

Índice

Introdução.....	8
<u>2-</u> Adolescência, psicologia da saúde e saúde pública	
Margarida Gaspar de Matos.....	10
<u>3-</u>Adolescência, saúde e desenvolvimento	
Margarida Gaspar de Matos.....	32
<u>4-</u> Prevenção e saúde positiva em crianças e adolescentes	
Margarida Gaspar de Matos & Susan Spence	56
<u>5-</u> Resiliência e saúde	
Celeste Simões	74
<u>6-</u> Saúde, qualidade de vida e desenvolvimento	
Tania Gaspar, Margarida Gaspar de Matos, José Luis Pais Ribeiro & Aldina Gonçalves	95
<u>7-</u>Saúde e diversidade cultural.....	
Tania Gaspar	110
<u>8-</u>A ligação escola-família e a saúde mental dos adolescentes.....	
Margarida Gaspar de Matos, Mark Dadds & Paula Barrett	129
<u>9-</u> Práticas parentais educativas, fobia social e rendimento académico.....	
Inês Camacho & Margarida Gaspar de Matos	145
<u>10-</u>Grupo de pares, comportamentos desviantes e consumo de substâncias	
Elisa Gomes Pereira & Margarida Gaspar Matos	160

<u>11-</u> Saúde e intimidação na escola e no trabalho.....	
Margarida Gaspar de Matos , Daniela Sacchi & Teresa Vailati Venturi....	175
<u>12-</u> Saúde dos adolescentes migrantes	
Tania Gaspar, Margarida Gaspar de Matos, Aldina Gonçalves & Vitor Ramos	182
<u>13-</u> Saúde dos adolescentes: diferenças ligadas ao género.....	
Tania Gaspar & Margarida Gaspar de Matos.....	194
<u>14-</u> Sexualidade e risco na adolescência	
Sónia Dias, Margarida Gaspar de Matos & Aldina Gonçalves	203
<u>15-</u> Saúde, etnicidade e risco	
Margarida Gaspar de Matos, Aldina Gonçalves, Tania Gaspar & Sónia Dias	221
<u>16-</u> Estilos de vida, ansiedade e depressão em adolescentes.....	
Elisa Gomes Pereira & Margarida Gaspar Matos	238
<u>17-</u> Depressão na adolescência	
Magda Crisóstomo & Margarida Gaspar de Matos.....	261
<u>18-</u> Ansiedade, depressão e rendimento escolar em adolescentes.....	
Magda Crisóstomo & Margarida Gaspar de Matos.....	272
<u>19-</u> Ansiedade social em adolescentes.....	
Inês Camacho & Margarida Gaspar de Matos	288
<u>20-</u> Adolescência e estilos de vida activos e saudáveis.....	
Susana Veloso & Margarida Gaspar de Matos.....	304
<u>21-</u> Competências de vida e estilos de vida activos.....	

Luis Calmeiro	339
<u>22-</u> Competências pessoais e sociais, auto-estima e desportos de aventura e risco	
Rui Bernardo & Margarida Gaspar de Matos.....	354
<u>23-</u> Representações da delinquência em adolescentes.....	
Ana Gaspar, Marina Carvalho & Margarida Gaspar de Matos.....	377
<u>24-</u> Competência social em adolescentes com medidas tutelares	
Margarida Gaspar de Matos, Celeste Simões & Lúcia Canha.....	397
<u>25-</u> Promoção de competências para a saúde	
Sílvia Lapa & Margarida Gaspar de Matos.....	434
<u>26-</u> Promoção da competência social em meio escolar.....	
Margarida Gaspar de Matos & Equipa Técnica Multidisciplinar Aventura social/ 2003-2004.....	468
<u>27-</u> Competências sociais num bairro desfavorecido	
Joana Amaral & Margarida Gaspar de Matos.....	502
<u>28-</u> Comunicação e gestão de conflitos na escola.....	
Margarida Gaspar de Matos (1993, primeira publicação 1997 e 1998).....	519
<u>29-</u> Competência social, saúde e educação pelos pares	
Margarida Gaspar de Matos; Paula Lebre; Sónia Dias; Tania Gaspar; Celeste Simões & Aldina Gonçalves.....	660
<u>30-</u> Promoção e educação para a saúde.....	
Margarida Gaspar de Matos & Equipa Técnica Multidisciplinar da ex-CCPES/2004	677

Introdução

A primeira versão escrita do trabalho “Comunicação e gestão de conflitos na escola” surgiu da tese de doutoramento da autora e editora, em 1993. A primeira edição da obra aconteceu em 1997 e a segunda em 1998.

Havendo necessidade de apresentar uma nova edição, optou-se por uma actualização e um formato em capítulos. Todos os capítulos foram escritos por equipas que incluem elementos da equipa Aventura Social e, grosso modo correspondem às grandes linhas de produção teórica e científica desenvolvidas neste âmbito desde 1993. Nesta quarta edição para divulgação on-line, apenas um conjunto seleccionados de textos foram incluídos.

A equipa do projecto Aventura Social tem trabalhado em áreas como a promoção de competências pessoais e sociais e a promoção da saúde das crianças e dos adolescentes, bem como a prevenção do risco, baseando-se em identificação de problemas realizada no âmbito do projecto Europeu HBSC/OMS e mais recentemente do KidScreen / CE, e o PeerDriveClean, em intervenções na escola e na comunidade.

O estudo HBSC foi inicialmente financiado pelo PES/ME (1994-95), pelo Projecto Vida, pelo Gabinete de Prevenção da Toxicodependência da Câmara Municipal de Lisboa (1996-2000) e ainda pelo PEPT 2000/ Saúde que organizou e financiou o trabalho de campo do estudo de 1998. Posteriormente a Coordenação da Infecção VIH e o Instituto da Droga e da Toxicodependência e o Ministério da Educação apoiaram este projecto dando origem a publicações específicas na área da sexualidade, na área do consumo de substâncias e na área da violência em meio escolar.

Na presente edição revista estes capítulos são pois retirados e os trabalhos correspondentes, numa versão mais aprofundada podem ser lidos em:

www.aventurasocial.com; www.fmh.utl.pt/aventurasocial; www.cmdtla.org.

A editora agradece ainda à Fundação Calouste Gulbenkian, de quem foi bolsreira na sua licença sabática em Brisbane/Austrália (2000), e na sua licença sabática à América do Sul em 2008; agradece ainda múltiplas missões internacionais e projectos, que a FCG financiou ao longo destes anos.

Agradece ainda à FCT / Projectos POCTI/FSE 37486/2001 e

PSIDA/PSI/49649/2003, através dos quais foi possível dar continuidade a este trabalho (2001-2005).

Os vários bolsiros da FCT, de investigação, doutoramento e pós –doutoramento que incluem a equipa.

À FCT/MCES agradecem-se ainda múltiplos financiamentos para missões internacionais para vários elementos da equipa.

Os autores provêm de diferentes Universidades: Universidade Técnica de Lisboa (FMH), Universidade Nova de Lisboa (IHMT/ CMDT), Universidade do Porto, Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade do Minho (IEP), Universidade Lusófona, Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Griffiths University; University of Queensland.

Vários autores pertencem ao CMDTLA, centro de investigação de excelência e laboratório associado da FCT/MCES, do IHMT, UNL.

Adolescência, psicologia da saúde e saúde pública

Margarida Gaspar de Matos

Introdução

A partir da Conferência de Alma-Ata (WHO, 1978), os profissionais de saúde e os políticos foram alertados para a importância de uma abordagem pluridisciplinar da problemática da saúde. O relatório *Reduzindo riscos e promovendo uma vida saudável* (OMS, 2002) sublinha a importância da promoção dos comportamentos ligados à saúde e a importância da identificação e prevenção de factores de risco. Desde o final dos anos 70, a emergência e alargamento do campo da Psicologia da Saúde e da Medicina do Comportamento ajudaram ao desenvolvimento e ao robustecimento do contributo da Psicologia para a prevenção da doença e para a promoção e protecção da saúde, com incidência especial em comportamentos como os consumos (álcool, tabaco e drogas), o sedentarismo e a alimentação. Posteriormente, surgiu o interesse por comportamentos interpessoais relacionados com a violência, a sexualidade, as relações e o stress laboral e escolar, o estabelecimento de redes de apoio interpessoal, o lazer e suas possíveis associações com a promoção e protecção da saúde. Os resultados destes estudos aumentaram a compreensão da interacção de factores biológicos, psicológicos, comportamentais, sociais e ambientais, associados ao desenvolvimento de várias condições de doença e saúde. Consequentemente novas áreas do conhecimento como a Economia da Saúde, a Sociologia, a Antropologia, as Ciências Políticas e o Direito assumiram uma relevância crescente para uma visão interdisciplinar da Saúde. Centrando-nos no campo da Psicologia o aprofundamento do conhecimento e o impacto das áreas da Psicologia da Saúde na Saúde Global, levam a um valor acrescentado em relação a ambas estas áreas. O desenvolvimento psicossocial é um processo de optimização de capacidades de decisão e de realização, que levam a um estilo de vida saudável e a um estado percebido pelos indivíduos como de qualidade de vida, de competência pessoal e de participação activa na comunidade. Percorrendo partes deste percurso Histórico, encontram-se referências explícitas à mudança de paradigmas na Psicologia da Saúde e na Saúde Pública que justificam a convergência agora sublinhada.

Saúde e História

A Carta de Ottawa (OMS, 1986) define como prioridades para a saúde: uma

política de saúde pública, o desenvolvimento de competências sociais e pessoais, uma acção comunitária, um ambiente protegido e protector, uma reorganização dos serviços de saúde que os tornem mais eficazes na resposta aos novos desafios. Pretende-se compreender de que modo pode haver cidadãos que não fumam, não consomem drogas, não abusam de bebidas alcoólicas, não trabalham demasiado (ou pelo menos não trabalham sob pressão exagerada), têm bons hábitos alimentares, são fisicamente activos, gerem o seu stress familiar e laboral/escolar, dormem bem, verificam a sua saúde e para além disto ainda optam por um estilo de vida saudável, não apenas porque acreditam que assim terão mais saúde mas, porque se sentem assim mais felizes consigo próprios, com os outros e com o ambiente. Enfim, como chegar a uma sociedade em que o prazer da vida se baseie no bem-estar e na qualidade de vida. O conceito de promoção da saúde inclui a ideia de que a saúde pode desenvolver-se ao longo do ciclo da vida e que esta evolução é qualitativa. A saúde é um processo (e não um estado) que tem a ver com a interacção do organismo com o seu ambiente físico e social.

Lalonde (1974), no seu relatório sobre a saúde dos canadianos, fala da poluição ambiente, vida citadina com stress familiar e laboral, com anonimato social, com hábitos de sedentarismo, com anedonia, com abuso de álcool, tabaco e drogas e mudança nos padrões alimentares (“prazeres dos sentidos para além das necessidades do corpo”). Alerta ainda para a necessidade de uma revisão da distribuição de prioridades e fundos a nível da reorganização dos serviços de saúde. Defende que os técnicos de saúde não podem continuar a perder tempo e custos com o tratamento de doenças causadas por condições adversas, que resultam justamente da evolução económica, que tem acarretado custos a nível do ambiente e do risco comportamental. Todas estas asserções foram defendidas no relatório Richmond (1979) e ratificadas pela OMS na conferência de Alma –Ata (WHO, 1978).

Em meados do século XX, a nova “epidemiologia comportamental” reconhece que a maior taxa de doença e mortalidade prematura tem a ver com hábitos tabágicos, consumo de álcool e drogas, e riscos de acidentes, nomeadamente motorizados (Richmond, 1979) e aponta que 50% das mortes prematuras têm a ver com doenças do aparelho circulatório e 20% com cancro, que associa potencialmente àqueles comportamentos. Este facto leva Richmond (1979) a acusar a população de “forçar” a morte ao manter factores evitáveis: hábitos descuidados, poluição do ambiente e más condições sociais com pobreza, fome e ignorância.

Richmond (1979) aponta as 10 principais causas de morte prematura nos EUA: (1) 50% devidas a comportamentos e estilos de vida lesivos da saúde; (2) 20% a factores ambientais, (3) 20% a factores relacionados com a biologia humana e (4) 10% a cuidados de saúde inadequados. Para Richmond, que retoma aqui a visão

de Lalonde (1974) estes dados têm que ter repercussões fundamentais na distribuição do orçamentos para a saúde. Lalonde (1974) falava já então da necessidade de novas políticas nacionais de saúde, com verbas distribuídas em quatro áreas: (1) estilo de vida, (2) meio ambiente, (3) biologia humana e (4) organização de cuidados de saúde; distribuição esta que coincide com as principais causas de morte apresentadas por Richmond (1979).

A promoção da saúde envolve um vasto conjunto de factores que incluem adaptações ambientais e comportamentais conseguidas através de estratégias educacionais, motivacionais, organizacionais, económicas, reguladoras e tecnológicas, mantendo o foco na acção sobre as pessoas, os grupos e a população (Egger et al, 1999). As intervenções no âmbito promoção da saúde têm vindo a sofrer alterações desde os anos 80, associadas a mudanças sociais mais vastas, nomeadamente no que diz respeito: (1) à redefinição do papel da mulher (no trabalho e no casal), (2) à mudança do conceito de família (famílias com um só progenitor ou pelo contrário muito numerosas), (3) às grandes migrações populacionais, (4) aos conflitos armados, (5) às desigualdades económicas e no acesso à saúde e à educação, (6) à alteração do padrão de vida das populações nas sociedades do mundo global (com grandes superfícies anónimas em vez da loja de bairro), (7) ao acesso ao crédito, (8) à ausência de padrões de interacção familiar (p.e. sem refeições "em família") e ainda (9) ao aumento da consciência ambiental e da própria saúde.

Os novos desafios que se colocam para esta saúde/bem-estar são multifacetados e incluem entre outros: (1) aspectos de pressão social relacionados com o estilo de vida (somos pressionados a "ter", a "parecer", a esconder sentimentos; o pós-modernismo é sem dúvida um tempo de excesso, de abundância e de desperdício, em simultâneo com a privação noutras zonas do planeta), (2) as condições de vida (pobreza, ignorância, desigualdade de acesso aos serviços de educação, saúde e justiça, habitação, trabalho, stress laboral, familiar e ambiental, emigração, isolamento, exclusão social, qualidade do ar, oferta a nível de lazer, agentes infecciosos), (3) os estilos de vida relacionados com a saúde (alimentação ou bebida em excesso, consumo de drogas, alimentação pouco cuidada ou excessiva ou fome, sedentarismo, lazer, stress no dia-a-dia, violência doméstica, social, sobre menores ou nacional/internacional), (4) as redes sociais de apoio sócio-cultural (família, vizinhos, amigos, grupos na escola ou emprego, capital social, igreja, clubes, serviços de saúde, estado de saúde, vacinação, competências pessoais e sociais).

Apesar de se caminhar no sentido de um modelo ecológico da saúde, ainda existe um longo caminho a percorrer até ao reconhecimento de que: (1) a promoção e protecção da saúde e a prevenção e tratamento da doença são partes diversas da mesma realidade, (2) a educação e o bem-estar económico são os principais

factores de risco para a saúde da educação, (3) o meio ambiente, rural ou urbano, tem fortes ressonâncias na saúde, (4) os indivíduos, a comunidade e os governos têm responsabilidades na saúde das populações.

A OMS (WHO, 2001) defende: (1) programas preventivos e promocionais, que promovam as capacidades das pessoas, actuando de preferência antes que os sintomas se instalem, (2) defende uma acção que inclua estratégias para diminuição do estigma, da discriminação, da exclusão social e da desigualdade de oportunidades, (3) preconiza a partilha de "boas práticas", após avaliação, que levem à criação de programas baseados nas experiências avaliadas. Ainda neste relatório ("*Nova compreensão, nova esperança*"), sugerem-se intervenções com jovens com especial atenção para a questão desenvolvimental, intervenções que envolvam os contextos sociais, intervenções que ajam precocemente e intervenções que promovam a participação e a competência das populações-alvo. Na sequência deste relatório são estabelecidas metas diferenciando três grupos de países em função da sua situação económica, prevendo mais tempo para os países com maiores dificuldades. Uma "Nova compreensão um novo entendimento": um novo entendimento de que a saúde mental, física e social são condições vitais e profundamente interdependentes e de que, à medida que cresça a nossa compreensão sobre esta interdependência, mais óbvio se tornará que a saúde mental é crucial para o bem-estar de todos os indivíduos, sociedades e países (WHO, 2001).

Refere-se ainda aquele documento a intervenções preferencialmente na comunidade ("*envolvimento o menos restritivo possível e tratamento o menos restritivo e menos intrusivo possível*"), embora chame a atenção para o facto de que a desinstitucionalização e a intervenção na comunidade necessitam de condições para implementação. Preconiza dez recomendações: (1) disponibilização de tratamento no âmbito dos cuidados de saúde primários, (2) disponibilização de medicação adequada, (3) prestação de cuidados na comunidade, (4) educação da opinião pública, (5) envolvimento da comunidade, da família, dos consumidores, (6) estabelecimento de políticas nacionais, programas, legislação, (7) desenvolvimento de recursos humanos, (8) estabelecimento de laços inter-sectoriais, (9) monitorização da saúde mental da comunidade, (10) apoio à investigação.

Deparamo-nos agora com uma terceira revolução da saúde que tem a ver sobretudo com a racionalização dos custos, com uma avaliação dos desperdícios e uma avaliação dos resultados de modo a se providenciar a acção mínima eficaz, intervenções sustentáveis e criação de recursos ("*Low cost, high impact*"). Embora a racionalização dos custos seja inevitável, espera-se que se traduza em medidas de capacitação e co-responsabilização do cidadão de modo a que lhe seja proporcionado o melhor serviço com vista à promoção e protecção da sua saúde.

No entanto alguns vêm nesta medida apenas um meio de restrição de custos, que se serve da responsabilização e culpabilização do cidadão pela sua doença.

A participação do cidadão preconizada na carta de Ottawa (OMS, 1986) implica necessariamente uma resposta organizada do sistema e a vontade política de aumento da participação do cidadão na protecção e promoção da sua saúde. Implica a mediação desta participação como uma real acessibilidade, implica não uma redução de custos mas uma transferência de recursos. A capacitação do cidadão implica meios e oportunidades, implica transferência de recursos (conhecimentos, técnicas, poder e dinheiro) para a comunidade. Restringindo a análise à questão económica, mesmo já sem falar de questões éticas e humanas ligadas à igualdade de oportunidades, a saúde tem vantagens económicas directas (menos gastos com a doença) e indirectas (menos absentismo e maior produtividade).

Durenberger e Foote (1993) falam de uma redistribuição dos custos, distinguindo uma medicina de "cuidados urgentes" e de "cuidados de saúde a longo prazo"(necessitando sobretudo de cuidados de hotelaria e autonomia e apoio social) como é o caso das doenças crónicas, deficiências e processos de envelhecimento e longevidade. É agora amplamente reconhecido que o que determina em grande medida a vida e a saúde das pessoas são factores que são resolvidos com medidas de saúde pública, de promoção e protecção da saúde, prevenção da doença, ambientes despoluídos, segurança no trabalho, segurança física em ambientes familiares, sociais e ambientais, hábitos alimentares e redução dos consumos.

McGinnis (1991) apresentou as metas para a Saúde 2000 na sequência da avaliação e reformulação das metas para a Saúde 1990. Estas metas situam-se nas áreas de: (1) actividade física, (2) nutrição, (3) consumo do tabaco, álcool e drogas, (4) planeamento familiar, (5) saúde mental, (6) violência, (7) abuso físico e sexual, (8) programas comunitários, (9) lesões, (10) segurança ocupacional, (11) saúde ambiental, (12) segurança na comida e drogas/medicamentos, (13) saúde oral, (14) saúde materno-infantil, (15) doenças da circulação, (16) cancro, (17) diabetes e outras doenças crónicas, (18) HIV/SIDA, (19) DSTs, (20) vacinação e (21) doenças infecciosas.

Psicologia da Saúde e Saúde Pública

Nos dias de hoje, paradigmas emergentes apontam para conceitos como "empowerment/capacitação", "activação de recursos comunitários", "intervenções preventivas", "intervenções promocionais", "qualidade de vida", "participação", "acessibilidade", "igualdade de oportunidades", "parcerias", entre outros. Tal implica um novo processo de trabalho, com repercussões claras a nível da própria formação dos técnicos de saúde, com novos conceitos chave: trabalho em equipa

interdisciplinar, linguagem comum, projectos articulados, gestão de poder e recursos, gestão de relações interpessoais e dinâmica de grupos, promoção e protecção da saúde, dinâmicas comunitárias. Assiste-se também, em consequência, a uma mudança do papel do profissional de saúde que passa a aparecer mais como um "catalizador do desenvolvimento pessoal e social dos indivíduos", assumindo-se mais como um "membro da equipa utente/profissional" do que como um "tratador" munido de "técnicas e saberes absolutos".

A teoria da acção social (Ewart, 1991) dá um enquadramento teórico à aplicação da Psicologia à Saúde Pública. A teoria da acção social define que há estados da acção (o que fazemos), que muitas vezes realizamos sem que mesmo nos apercebamos, dentro das nossas rotinas e em certos contextos (fumo, pratica de actividade física, ingestão de bebida e/ou comida). Ewart (1991) defende que é preciso estudar os mecanismos de mudança, que perspectivem as mudanças individuais enquadradas em mudanças favoráveis no sistema ambiental, isto é introduzir bons hábitos nas rotinas das pessoas e promoção da auto-protecção a partir da vida de todos os dias (alteração de leis, mudança de ambientes, modificação de populações). Este processo, continua Ewart (1991) implica interdependência social e auto-regulação.

Coie et al (1993) defendem que a intervenção da Psicologia na área da Saúde deve centrar-se nos determinantes, nos mediatizadores e nas consequências dos comportamentos dos indivíduos, com ênfase na transacção entre a pessoa e o ambiente, tendo em consideração a idade de desenvolvimento da população, i.e. adicionando à perspectiva ecológica uma orientação desenvolvimental. Referem ainda estes autores que os factores de risco têm um efeito cumulativo, dão origem a vários problemas e são neutralizados por factores de protecção. Defendem portanto (1) uma intervenção preferencial sobre os factores de protecção (resiliência, vantagem social, competências pessoais), (2) uma actuação sobre factores indicativos precoces, e (3) a conjugação de intervenções universais com intervenções mais selectivas. Coie et al (1993) defendem uma ligação próxima da intervenção à investigação como modo de avaliação de acções. Identificam factores de risco para a saúde (1) de ordem familiar (baixo estatuto económico, conflito familiar, doença mental, desorganização, comunicação difícil, dimensão da família); (2) de ordem emocional (abuso, apatia, imaturidade, stress, baixa autoestima, descontrolo); (3) ligados à escola/emprego (fracasso, desmotivação, desinteresse, isolamento, provocação (bullying), sobre ou sub expectativas); (4) problemas interpessoais (rejeição de pares, alienação, isolamento); (5) "handicaps" pessoais (originados por deficiência sensorial, física ou mental); (6) factores ecológicos (vizinhança, desemprego, pobreza extrema); injustiça racial ou outra forma de discriminação); (7) atraso de desenvolvimento (deficit de competências sociais, deficit de atenção, deficit de leitura, deficit de competências

de trabalho ou deficit de hábitos de trabalho, deficit de inteligência).

Psicologia do Desenvolvimento e Saúde Pública

O "bem-estar"/saúde positiva estuda-se por um lado, definindo o "fenómeno", por outro lado estudando as suas consequências na vida dos indivíduos e das populações e ainda, por fim, estudando os determinantes (os factores que levam a um determinado estado ou situação). Tanto para a caracterização de bem-estar/saúde positiva, como para a identificação das suas consequências, como para a definição das suas determinantes, necessitamos de uma abordagem biológica, de uma abordagem desenvolvimental, de uma abordagem ecológica, de uma abordagem política, de uma abordagem socioeconómica e de uma abordagem histórico-cultural. Identificados fenómenos, determinantes e consequências, urge definir e apresentar teorias de mudança que ajudem indivíduos e populações à promoção da sua saúde/bem-estar. Este modelo ecológico e desenvolvimental tem, para além disso, vários níveis de análise que co-existem e interagem: um nível pessoal, um nível interpessoal, um nível grupal, um nível institucional, um nível comunitário e um nível político/sistémico. Estes níveis de análise são especialmente importantes para a operacionalização das teorias de mudança no sentido da conquista desse bem-estar.

Erikson (1968) apresentou duas perspectivas para o desenvolvimento humano, inovadoras para a época. A primeira tinha a ver com o que depois se veio a chamar o desenvolvimento ao longo da vida. Segundo este autor, "desenvolver-se" é ajustar-se de modo a reagir, adaptar-se ou modificar situações, face aos desafios da vida. Nos diferentes períodos da vida os desafios são diferentes, as necessidades que implicam e as respostas que exigem são diferentes, mas enquanto há vida há desenvolvimento. A outra inovação introduzida por este autor é a constatação de que o desenvolvimento se processa na interacção com o mundo físico e social. Erikson (1968) chamou à sua proposta teoria do desenvolvimento Psicossocial.

Estas ideias foram mais recentemente retomadas, entre outros, por Havinghurst (1972) e Lerner (1985, 1998) e muito do trabalho pessoal que desenvolvemos também se baseia na conjugação de uma perspectiva desenvolvimental (visão diacrónica do desenvolvimento da pessoa aos vários níveis, sócio-cognitivo, emocional, motor, linguístico), com uma perspectiva ecológica (visão sincrónica do desenvolvimento baseada na interacção da pessoa, a cada momento, com os cenários e actores relevantes da sua vida, que por sua vez também interagem em seu redor) (Matos, 1994; 1998; 2000). Muitos autores já referidos sublinham a importância do nível de desenvolvimento humano definindo problemáticas e necessidades e implicando estratégias diferentes de intervenção e alguns autores identificam mesmo alguma continuidade dos problemas de infância e adolescência

para a idade adulta.

Pickin e Leger (1994) propõem um enquadramento para a saúde ao longo do ciclo da vida (Lifecyle framework for health) em nove fases, da gravidez até à morte. Este ciclo é seguido por outros autores embora por vezes só se debrucem sobre uma ou outra destas fases, p.e. gravidez e nascimento ou adolescência. Pickin & Leger, (1994) sublinham a relevância e o impacto das doenças genéticas e perinatais, infecciosas, acidentes, doenças do comportamento (violência, consumos, má nutrição, doenças cardiovasculares, obesidade), doenças degenerativas e de desadaptação e isolamento, definindo níveis de desenvolvimento onde estas condições são mais salientes, quer em função de características pessoais quer em função da relevância de certos contextos e actores nesse período, retomando de certo modo os conceitos de Erikson de tarefas e desafios de vida (1968).

Roberts, Maddux e Wright (1984) e Maddux, Roberts, Sladden e Wright (1986), salientam a importância de uma perspectiva desenvolvimental na avaliação e intervenção a nível da saúde, distinguindo entre (1) áreas de cuidados de saúde (desde etiologia às políticas de saúde), (2) áreas da Psicologia (desde a psicobiologia à psicologia organizacional) e (3) produtos (“outcomes”) incluindo desde problemas cardiovasculares aos comportamentos aditivos (uso de substâncias). Defendem a organização destas três dimensões em eixos ortogonais num modelo cúbico, sublinhando que este cubo tem uma realidade diferente consoante seja visto para o nível de desenvolvimento pre-natal, primeira infância, infância, adolescência, idade adulta, gerontes. Analisa a importância do desenvolvimento motor, cognitivo e social, bem como a sua repercussão em termos da saúde e desenvolvimento.

Desenvolvimento ao longo da vida

Vamos passar em revista as *tarefas de desenvolvimento* (de um a oito) preconizadas por Erikson, arriscando uma ponte imediata para as repercussões das tarefas da vida em termos de estilos de vida saudáveis.

A vida do bebé começa na sua representação por parte dos pais, e logo aí, como se sabe, todos os bebés começam a ser efectivamente diferentes. Na continuidade desta diferença seguem-se os diferentes factores genéticos, a saúde dos pais, a saúde da mãe durante a gravidez, o acompanhamento médico na gravidez e no parto, as condições ambientais e psicossociais, a detecção de alguma deficiência, muito dos dados que já podem “estar lançados” e que sublinham a necessidade de uma intervenção preventiva universal e/ou selectiva em matéria de saúde, muito anterior ao cenário da paternidade/maternidade.

Durante o primeiro ano de vida a tarefa principal do bebé é a aquisição da *segurança básica* (1), a sua actividade é espontânea e tem a ver com os

movimentos do membros, primeiro em si, e posteriormente para a apreensão de objectos, seguir com a cabeça, variações no tónus muscular. Falando de saúde positiva, o bem-estar do bebé está relacionado com este diálogo tónico e melódico consigo e com o mundo, com especial foco sobre o estabelecimento de laços de vinculação com a mãe ou com pessoas que dele se ocupem. Na ausência de doença ou perturbação física, o bem-estar do bebé está ligado à sensação de segurança que lhe transmite a presença de alguém que dele se ocupa e lhe satisfaz as necessidades de sobrevivência, que com ele brinca e interage satisfazendo as suas necessidades lúdicas. A confiança básica em si e no mundo, defende Erikson, vem da boa resposta a esta tarefa e é o primeiro período identificado por Erikson. A actividade do bebé está intimamente relacionada com a relação com o mundo e existe sempre excepto em casos de patologia grave. Os pais podem ajudar a promoção da actividade relacional do seu bebé proporcionando segurança, brincando com ele, mas respeitando os tempos de acção e repouso que garantirão ao bebé, o prazer e a procura activa da relação/acção. O bebé tem necessidades básicas em termos de sobrevivência e necessita de cuidados especiais de saúde mas, ao mesmo tempo, as características e necessidades do bebé e da díade mãe-bebé têm que ser tidas em consideração em qualquer intervenção em matéria de saúde: a importância da vinculação, a questão da privação da presença da mãe, a inclusão da mãe no processo de intervenção com o seu filho. Nos anos seguintes é tempo de grandes aquisições: a crescente disponibilidade motora e linguística, o controlo dos esfíncteres, a *autonomia* (2) crescente em actividades da vida diária. A actividade motora da criança está ligada à autonomização crescente: andar, explorar, correr, saltar, e brincar activamente, fonte de socialização neste período, que se vai enriquecendo com estas competências emergentes. A autonomia crescente permite o desenvolvimento da capacidade de *iniciativa* (3), a exploração activa e lúdica dos outros, do espaço, dos objectos e o teste dos limites das suas competências sócio-cognitivas, motoras e linguísticas. A actividade social da criança pré-escolar está intimamente relacionada com o jogo e as brincadeiras, com a exploração do mundo físico e social, das suas emergentes competências pessoais e existe sempre excepto em casos de patologia grave. Os pais podem ajudar a promoção da actividade social do seu filho nestas idades brincando com ele, promovendo ocasiões de exploração activa e segura, incentivando e ajudando a ultrapassar o medo evitando as ocasiões de risco físico. O estatuto de popularidade social está muito ligado, neste período, à autonomia nas actividades do dia-a-dia e à capacidade de iniciativa, que fazem da criança um bom elemento para o grupo (“o que resolve problemas”, “o que tem boas ideias para brincar”). A entrada na escola traz consigo a importância crescente de ambientes físicos e sociais externos à casa/família, a importância crescente do grupo de pares e constitui um tempo de aprendizagem e de teste da *competência* (4) pessoal e

social. O desenvolvimento cognitivo e linguístico permite agora com maior facilidade a compreensão das regras e a tomada de pontos de vista diversos dos seus, permitindo outras brincadeiras, como os jogos de regras e os desportos de grupo, a prática de uma modalidade desportiva e a prática de uma actividade física mais formal, isto é fora do contexto das brincadeiras espontâneas com os pares. E também porém nesta idade que se iniciam, e muitas vezes se consolidam, hábitos de sedentarismo mais ou menos associados a um consumo abusivo de televisão, e hábitos alimentares desequilibrados mais ou menos associados à obesidade. Os pais podem ajudar a promoção da actividade social do seu filho em idade escolar, encorajando-o a ser activo, e acompanhando-o nas suas actividades, apoiando os seus esforços, sugerindo e promovendo actividades e alternativas ao sedentarismo e ao isolamento. A comunidade, e em especial a escola, começa aqui a ter um papel fundamental e, como é tantas vezes reconhecido, um papel muito pouco conseguido. A crescente autonomia e iniciativa trazem necessariamente um acréscimo do contacto com o risco: risco de acidentes, de abusos físicos, de contágio, de aquisição de hábitos/estilos de vida lesivos da saúde. A saúde/bem-estar da criança tem de encontrar um compromisso entre estes factores e passa muito, uma vez mais, pelo trabalho preventivo com as famílias e, posteriormente, com os professores e com as próprias crianças na promoção de recursos pessoais, a nível da própria escola.

A entrada na adolescência, que vem ocorrendo cada vez mais cedo, traz consigo a necessidade de reavaliação por parte do adolescente de si e do seu projecto de vida, da sua *identidade pessoal* (5) e acarreta uma renegociação do seu papel e da sua relação com a família, uma renegociação do seu papel e da sua relação face ao seu corpo, agora biologicamente adulto, uma renegociação do seu papel e da sua relação com os pares, nomeadamente nas suas relações com o género oposto. Tipicamente, vários estudos são concordantes (Matos, Simões & Canha, 1999; Matos, Simões, Carvalhosa et al., 2000; Matos et al., 2003): os rapazes praticam mais actividades físicas, constituindo estas uma forma de socialização. Este tipo de comportamento é menos frequente nas raparigas que socializam, em geral, em actividades mais sedentárias (p.e., "conversar"). Com a adolescência, a socialização e o lazer não estão tão ligados às actividades físicas, aparecendo nesta altura como actividades de lazer mais populares a televisão, ligada muitas vezes a contextos de isolamento e à obesidade e a música ligada muitas vezes à frequência de espaços de diversão com prevalência acrescida de consumos (tabaco, álcool e drogas). Apesar do afastamento que ocorre neste período em relação à casa e aos pais, estes continuam a ter um papel importante. Actividades de lazer em conjunto como parte da cultura familiar, podem ajudar a ultrapassar algumas divergências e dificuldades de comunicação/gestão de conflitos, na adolescência. A comunidade, e em especial a escola, continua aqui a ter um papel

fundamental e, como é tantas vezes reconhecido, um papel muito pouco conseguido uma vez que os estudos confirmam que durante a adolescência os jovens se tornam menos saudáveis à medida que vão ficando mais velhos, pelo menos entre os 11 e os 16 anos, apresentando os rapazes maiores tendência para a externalização (acidentes, consumos, violência), e as raparigas maior tendência para a externalização (perturbação da imagem do corpo, sintomas físicos e psicológicos). Há também tendência para o "afastamento" e desinvestimento em relação à escola, nomeadamente por parte raparigas. (Matos, Simões & Canha, 1999; Matos, Simões, Carvalhosa et al., 2000; Matos et al., 2003). O hiperinvestimento dos adolescentes em relação ao grupo de pares faz com que estes se tornem agentes a incluir em qualquer intervenção na área da saúde, quer como população-alvo, quer mesmo como agentes de mudança, a par das famílias e dos professores. A adolescência é, para além das doenças crónicas, um período de vida tipicamente com menos necessidades em termos de saúde física. A maior parte dos problemas, pelo menos em países desenvolvidos, está efectivamente ligada a comportamentos e estilos de vida, por definição modificáveis.

No início da idade adulta, tipicamente, o jovem sai de casa dos seus pais, inicia a vida laboral, muda para uma espaço e um estilo de vida pessoal fora do contexto da família de origem. Tanto optando por viver só como acompanhado, é um período de teste da sua capacidade para o estabelecimento de relações de *intimidade* (6) fruto da sua escolha pessoal. É considerado um período crítico, ou pelo menos transaccional, em termos da adopção de estilos de vida saudáveis. Acontecimentos como o nascimento de filhos e situações de insegurança económica, de autonomia económica em relação aos pais, as exigências laborais e as características e estilo de vida do companheiro(a) condicionam, em grande parte, as possibilidades e apetências de escolha a nível do estilo de vida e das suas consequências em termos de saúde. Na continuação da idade adulta, segue-se em geral um período de *produtividade* (7), em geral associado, por um lado, a algum envelhecimento físico e , por outro lado, a um eventual aumento de disponibilidade económica, a uma maior disponibilidade de tempo graças ao crescimento e autonomia dos filhos. A adopção e manutenção de um estilo de vida saudável neste período têm uma importância capital para a saúde e bem-estar dos indivíduos, bem como para a promoção de um envelhecimento saudável. Muitas das ofertas em termos de serviços e programas de intervenção visam este período da vida, alguns programas mais ou menos associados a serviços de saúde, outros mais associados a uma perspectiva de lazer e recreação. Contudo, como já se tem dito para outras áreas tais como os consumos de substâncias, a promoção parcial de um estilo de vida saudável, circunscrito a certas áreas da vida dos indivíduos (p.e. prática de actividade física) corre o risco de se tornar uma mera moda de uma geração adulta que pretende assim "aguentar" mais um pouco do stress pessoal e

laboral, que pretende assim exibir uma “marcação” de estatuto sócio-económico elevado, que pretende assim diluir o efeito de uma vida demasiado sedentária e urbana, mais ou menos ligada a uma alimentação deficiente. Hendry, Shucksmith, Love & Glendinning, (1993), retomam este conceito quando defendem que comportamentos como o consumo de álcool, drogas ou consumo compulsivo de alimentos, e ainda comportamentos sexuais ou de jogo compulsivo nos adultos e nos jovens de determinado período histórico, reflectem fortemente mudanças sociais da população adulta desse período.

Na sequência deste percurso pelo desenvolvimento humano chegamos à idade da reforma onde, diz Erikson, os indivíduos são chamados a uma reflexão e *aceitação* (8) do seu percurso passado, como um caminho que foi necessário para a situação actual, e à congratulação com ela. A adopção e manutenção de um estilo de vida saudável neste período têm também uma importância capital para a saúde e bem-estar dos indivíduos, bem como para a promoção de um envelhecimento sem problemas adicionais. Muitas das ofertas em termos de serviços e programas de intervenção visam também este período, cada vez com maior intensidade, à medida que esta franja da população aumenta, com o aumento da longevidade e da expectativa da qualidade de vida pós-reforma. Alguns programas estão mais ou menos associados a serviços de saúde outros mais associados a uma perspectiva de lazer e recreação. Muita da socialização do idoso, muita vezes em risco de isolamento social após a morte do companheiro(a) e com a diminuição das “famílias alargadas” pode passar por um estilo de vida activo e pela promoção de actividades em grupo.

Curiosamente, quando consideramos países em vias de desenvolvimento, à medida que avançamos na pirâmide de motivações (Maslow, 1954, 1968), e que vão estando asseguradas as necessidades básicas em termos de sobrevivência e cuidados de saúde mínimos, à medida que aumenta a esperança de vida à nascença e a esperança média de vida no adulto, emergem, de algum modo como o “custo do desenvolvimento”, problemáticas como os consumos, as doenças cardiovasculares, a obesidade, os acidentes rodoviários, a doença mental, o abuso de menores, todas condições de ausência de saúde ligadas aos estilos de vida. Foi já referida a pertinência da promoção da adopção de hábitos de vida saudáveis o mais cedo possível no desenvolvimento dos indivíduos e a pertinência da inclusão neste processo dos actores relevantes, nos respectivos cenários de vida. Factores como a família e, mais tarde, o grupo de pares e supostamente a escola aparecem com importância capital para a adopção e manutenção de práticas saudáveis.

Desenvolvimento, risco e protecção para a saúde

A adolescência é um período de vida em geral com poucos problemas em termos de saúde física. Com excepção das doenças crónicas, a maior parte dos problemas, pelo menos nos países desenvolvidos, está efectivamente ligada a

comportamentos e estilos de vida, por definição modificáveis. Num estudo recente da OMS (OMS, 2002a) com dados de 25 países da Europa, 25 países em vias de desenvolvimento, EUA, Canadá e Israel identificou-se como comportamentos/situações protectoras na adolescência, a existência na vida do adolescente de um adulto de referência (pai, vizinho, professor), pessoa da confiança do adolescente e a quem ele recorre se tem problemas. Os adolescentes nestas circunstâncias tenderiam com mais frequência a não deixar a escola, a uma alimentação equilibrada, a uma maior actividade física, a menores consumos e a apresentar menos actos de delinquência.

Estudando as diferenças inter-individuais em função da idade e do género, no que diz respeito a estratégias para lidar com os problemas, Barrón et al (2002) identificaram estratégias centradas no problema e estratégias centradas nas emoções. Segundo os autores, na adolescência utilizam-se mais estratégias centradas na emoção, tipicamente menos eficazes na abordagem e resolução de problemas. As raparigas adolescentes têm mais estratégias para lidar com problemas mas que são, de uma maneira geral, menos eficazes. As adolescentes procuram mais o apoio social, enquanto que os rapazes procuram mais a distração e a diversão (Barrón et al, 2002). Entre os 15-18 anos (média de idade de 16 anos) os problemas na adolescência são, segundo Barrón et al, (2002), mais do tipo educativo para os rapazes, enquanto que para as raparigas têm mais a ver com percas afectivas, pessoais e familiares. Com a idade, os rapazes tendem por um lado a culpar-se e por outro a reduzir a tensão, e as raparigas cada vez menos a procurar apoio e a refugiar-se em ilusões. Os rapazes tendem mais a ignorar os problemas, a guardá-los para si e a tentar divertir-se, enquanto as raparigas buscam apoio ou se envolvem em algo improdutivo. Os adolescentes com mais alto bem-estar têm maior facilidade em resolver problemas e procurar apoio, enquanto que os adolescentes com menos bem-estar tendem mais a envolvimento em algo improdutivo. Debruçando-se sobre a percepção de bem-estar na adolescência Ryff (1989) identifica como condições associadas a auto-aceitação, o domínio do ambiente, a realização na vida, os compromissos com a vida, a autonomia e vinculação. A percepção de bem-estar aparece ainda associada à personalidade, à qualidade das realizações interpessoais, a relações familiares positivas, à auto-estima e à ausência de sintomas clínicos.

Saúde e competência pessoal e social

Algumas idades transaccionais, pelas modificações ecológicas estruturais que envolvem (entrada na escola, saída da escola, entrada na universidade, primeiro emprego, casamento, maternidade, reforma), constituem factor de risco na adopção e manutenção de estilos de vida saudáveis (Matos 1994; 1988; Matos, Simões & Carvalhosa, 2000). Depois da influência inicial da família, a escola tem sido vista como um local de eleição para o estabelecimento de hábitos de vida

saudáveis. Há um conjunto de capacidades que as pessoas adquirem ao longo da vida, que as ajudam na gestão da sua vida emocional, interpessoal, social, escolar e laboral e que as levam a uma percepção de bem-estar e felicidade pessoal, na sua relação consigo mesmo e com os outros. As dificuldades na aprendizagem destas competências actuam como uma bola de neve dificultando cada vez mais a vida das pessoas e tornando-as menos bem consigo próprias e com os outros, à medida que a idade avança. Isto acontece não só porque as tarefas e desafios da vida tendem a tornar-se mais complexos, mas também porque as pessoas vão adquirindo hábitos potencialmente nefastos com os quais vão gerando à sua volta problemas adicionais (p.e. consumos excessivos, violência, tendência para o abatimento e a depressão, tendência para o isolamento social, respostas ansiosas às dificuldades, percepção de impotência pessoal e social, sedentarismo). É em geral aceite que o comportamento social é aprendido como qualquer outro comportamento e que inclui uma componente perceptiva, uma componente cognitiva, uma componente emocional, uma componente motivacional, e uma componente comportamental. Promover competências sociais e pessoais é ensinar a observar, ensinar componentes críticas (compreender as situações, prever o que se tem de fazer e como fazer), trabalhar uma melhor realização com um mínimo de erro e de esforço.

A competência social implica (1) uma percepção e compreensão do mundo social, (2) uma integração da informação conseguida (3) da execução da resposta escolhida. Para que a resposta seja um sucesso, ela tem de provocar as mudanças previstas na sua execução. A avaliação do resultado proporciona uma informação preciosa para as futuras acções, com tendência a evitar comportamentos que anteriormente tenham tido efeitos indesejáveis (Bandura, 1977). Quando se diz que uma pessoa tem uma competência social deficitária, tal pode ter a ver com qualquer das questões referidas: (1) aspectos da identificação da situação (aspecto perceptivo, emocional e motivacional), (2) aspectos da identificação de objectivos e tomada de decisão (aspecto cognitivo, emocional e motivacional) e (3) aspectos da execução da resposta (aspecto emocional, motivacional e comportamental). Estes aspectos incluem aspectos perceptivos e atencionais, emocionais, cognitivos, motivacionais e comportamentais e são repetidamente referidos como estratégias de eleição na promoção da saúde/bem-estar e de estilos de vida saudáveis.

Há pessoas mais vulneráveis devido a razões genéticas ou biológicas ou por razões da sua história pessoal e social. Os efeitos de vulnerabilidade são muitas vezes cumulativos: a uma estrutura genética frágil junta-se uma estrutura familiar instável ou inexistente, pobreza, exclusão social, experiência de abuso ou de privação. O risco de desajustamento pode ser minorado pela promoção nestas pessoas, o mais precocemente possível, de competências gerais e específicas que

alarguem o seu reportório de comportamentos pessoais e sociais e que ajudem (1) a sua comunicação e relacionamento com os outros; (2) a expressão de ideias e a defesa de pontos de vista, (3) a defesa de direitos próprios sem recurso à agressividade, (4) a negociação tendo em conta o ponto de vista próprio e o do interlocutor, (5) a gestão de conflitos, (6) a identificação e resolução de problemas e conflitos interpessoais, (7) a gestão de alternativas, (8) a tomada e manutenção de decisões.

Estudos recentes revelam um largo espectro de esforços preventivos, desde intervenções genéricas destinadas ao aumento do bem-estar psicológico das populações, até intervenções cujo objectivo é a prevenção de problemas específicos, ou relativas a um grupo específico de risco estabelecido, sendo aconselhável uma intervenção precoce, antes mesmo do aparecimento dos primeiros sinais de mal-estar ou desajustamento, nos grupo de risco estabelecido (Matos, 1994; 1998; Spence & Matos, 2000; Matos, Simões & Carvalhosa 2000; Matos, 2002; Matos & Simões, 2003; Matos, 2004)

Os esforços preventivos implicam, não só a identificação precoce de factores de risco, como a identificação de estratégias eficazes para alteração das situações problemáticas já existentes. Um célebre estudo longitudinal (Alameda County) incluiu 7000 pessoas e utilizou um questionário sobre saúde e hábitos de vida. As pessoas saudáveis não fumavam, bebiam pouco ou nada, dormiam 7–8 horas por dia, tomavam pequeno almoço, raramente comiam "snacks" no meio das refeições, praticavam actividade física e tinham um peso razoável. Anos após, como resultado deste estudo longitudinal, verificou-se que os bons hábitos (escolhas de vida activas e saudáveis) tinham baixado a mortalidade. A baixa de mortalidade foi ainda mais expressiva no grupo onde, para além daqueles comportamentos, as pessoas ainda referiam laços sociais de apoio (Russell, 1986). Cada vez mais a atenção dos técnicos se vira para a identificação de factores protectores que promovam a resiliência na presença adversa de factores de risco. As pessoas que reagem e se ajustam às situações mais adversas (resistentes/resilientes) têm algo para ensinar, no que diz respeito ao modo como é possível ajudar pessoas mais vulneráveis a lidar com a adversidade. As pessoas resilientes têm em geral (1) um bom nível de competências sociais, (2) relacionamento interpessoal fácil, (3) boa capacidade de empreendimento e concretização de tarefas, (4) boa capacidade de identificação e resolução de problemas, (5) boa capacidade de planeamento e modificação de circunstâncias. Tendem ainda a obter o apoio de pares, pais e professores, e terão melhores resultados num ambiente de escola que apele à sua participação e mantenha um nível de exigência elevado (Grotberg, 1995; Werner & Smith, 2001). Estes argumentos justificam uma intervenção directa tentando, a nível individual, ajudar as pessoas ao robustecimento das suas competências próprias de acção sobre o mundo físico e

social. Aliado a qualquer trabalho preventivo de acção directa sobre o indivíduo, é de prever uma abordagem dos principais cenários onde a pessoa circula e ainda uma abordagem dos sistemas sociopolíticos mais latos, todos eles devendo incluir e permitir alterações que produzam uma diminuição das situações de risco e uma activação dos recursos de apoio.

Um objectivo importante de programas preventivos é a redução da exposição a factores de risco. Porém, a maior parte das vezes isso não é possível. O objectivo da prevenção poderá então ser a redução do impacto de factores de risco, promovendo competências pessoais e sociais, aumentando as competências parentais para lidar com os filhos, aumentando as competências dos docentes para lidar com os alunos, dos técnicos de saúde, justiça e solidariedade social para lidar com os respectivos públicos-alvo.

A identificação e compreensão de factores e processos de risco e de protecção, foram associados (Matos et al., 2003) tanto ao desenvolvimento de perturbações de externalização (consumos, violência, acidentes), associadas sobretudo ao género masculino, como ao desenvolvimento das perturbações da internalização (sintomas físicos e somáticos), associadas sobretudo ao género feminino, e são da maior relevância, nomeadamente em intervenções universais com grupos naturais em meio escolar (Spence & Matos, 2000).

É já neste momento claro que factores individuais, familiares e escolares, factores ligados à relação dos jovens com o grupo de pares e à ocupação de tempos livres se apresentam como cenários/situações/actores relevantes, cujo impacto positivo ou negativo vai influenciar o bem-estar do jovem. O que neste momento ainda não sabemos é exactamente de que modo estes factores se podem tornar factores protectores ou factores de risco. A relação com os pares, a ocupação dos tempos livres e a pesquisa de estilos de vida alternativos, parecem-nos apostas promissoras, uma vez que são factores que apresentam uma influência mais ambivalente, logo provavelmente mais passível de uma acção transformadora. É neste contexto que a promoção de um lazer activo enquanto forma de socialização com o grupo de pares, a promoção da capacidade de comunicação entre-pares, a gestão da pressão de certas culturas juvenis ou grupos de pares marginais, aparecem como apostas promissoras a nível da promoção de estilos de vida saudáveis. O grupo de pares tem um papel fundamental na construção da identidade e autonomia dos jovens, promove a formação de opiniões e atitudes, constitui um espaço de diálogo e apoio àcerca dos seus problemas pessoais, escolares e profissionais, oferece múltiplas ocasiões de desenvolvimento de novas relações consigo próprio e com os outros, estimula a gestão de conflitos e o desenvolvimento de relações sociais gratificantes. No entanto, é também muitas vezes com o grupo de pares que se dão as primeiras "passas", que se passam os primeiros "charros", que se "vai para os copos". Como vimos muitos jovens

fumam com os amigos, bebem com os amigos, consomem drogas com os amigos mas, por outro lado, praticam desportos com os amigos, conversam com os amigos, pedem conselhos aos amigos. Uma aposta em termos de saúde poderia ter como base esta cultura juvenil (Matos, 2003). O investimento dos adolescentes em relação ao grupo de pares faz com que estes se tornem agentes relevantes em qualquer intervenção na área da saúde, quer como população-alvo, quer mesmo como agentes de mudança a par das famílias e dos professores.

Promoção e educação para a saúde

A promoção da saúde é um processo que visa a apresentação de informações e conhecimentos das capacidades pessoais (genéticas, físicas e psíquicas) que permitam rentabilizar o capital próprio numa perspectiva de aumento do controlo sobre os determinantes da saúde e assim a melhoria da saúde e da qualidade de vida. A qualidade de vida é, neste contexto, a percepção pelos indivíduos de que (1) participam na gestão das suas vidas e da sua saúde, (2) as suas necessidades estão a ser satisfeitas e (3) não lhes estão a ser negadas oportunidades de alcançar felicidade e satisfação, não obstante o estado físico de saúde, ou condições sociais e económicas. A participação dos indivíduos é essencial neste processo (OMS, 1986).

Comportamentos de risco são formas específicas de comportamento associadas ao aumento de susceptibilidade a uma doença específica ou à "doença-saúde"(OMS, 1986). Os comportamentos de risco são usualmente definidos como "perigosos" com base em dados epidemiológicos e dados psicossociais. Consideram-se comportamentos de protecção aqueles que têm um efeito minimizador de situações de risco. Estratégias de resposta para a alteração de comportamentos de risco incluem o desenvolvimento de competências pessoais e sociais e a criação de mais envoltórios facilitadores da saúde (Matos, 1998; Matos 2002; Matos et al., 2003) no sentido da promoção de comportamentos de protecção. É possível argumentar que quase todos os comportamentos ou actividades têm impacto no seu estado de saúde do próprio agente. Como comportamentos prejudiciais para a saúde temos, como já vimos (Russell, 1986), p.e. tabagismo, uma alimentação rica em gorduras, ingestão de grandes quantidades de álcool, consumo de substâncias psicopáticas ilegais ou fora de um contexto de vigilância médica. Como comportamentos de protecção da saúde temos p.e. lavagem dos dentes, uso de cinto de segurança, prática de actividade física, procura de informação relacionada com a saúde, realização de um "check-up" regular, adequado número de horas de sono por noite.

O estudo dos comportamentos dos indivíduos ligados à saúde e dos factores que os influenciam é essencial para o desenvolvimento com qualidade de políticas de educação para a saúde, para a promoção da saúde e para programas e intervenção

com base nos indivíduos e nas comunidades. A promoção da saúde representa um amplo processo social e político, que inclui não só acções dirigidas ao fortalecimento das competências pessoais e sociais dos indivíduos, mas também acções dirigidas à alteração das condições sociais, ambientais e económicas, e ainda dirigidas à minoração do seu impacto na saúde pública e individual. A promoção da saúde tem a ver com a tomada de medidas no dia-a-dia, quer a nível individual quer a nível colectivo. Estas medidas, para além de participadas e concretizáveis, têm ainda, e cada vez mais, de tornar a adopção de estilos de vida saudáveis numa opção fácil e prestigiante do ponto de vista do reconhecimento social, bem como uma fonte de prazer e de felicidade pessoal (Csikszentmihalyi, 1990a, 1990b). Este facto é sobretudo importante na adolescência quando, frequentemente, a adopção de estilos de vida saudáveis é vista como cinzenta, aborrecida, desprestigante e desinteressante, ao passo que os consumos de substâncias, as velocidades, a não utilização de cinto de segurança, o envolvimento em lutas, a não utilização de capacete e em geral a transgressão são vistos como excitantes e como fonte de prestígio social. É pois preciso reduzir as barreiras físicas, económicas e culturais que dificultam as boas escolhas. É também necessário incluir o indivíduo como parte deste processo de controlo e de responsabilização individual sobre a sua saúde e a saúde da comunidade. Como já se referiu, o envolvimento, a participação e a responsabilização dos indivíduos não pode pretender "desculpabilizar" os serviços de saúde com consequentes "cortes orçamentais" para o sector. Trata-se sim de uma redistribuição de financiamentos.

Na Carta de Ottawa (OMS, 1986), uma *acção de promoção da saúde* significa: (1) construção de uma política de saúde pública; (2) criação de envolvimento que sustentem a saúde; (3) fortalecimento da acção da comunidade para a saúde; (4) desenvolvimento de competências pessoais; (5) re-orientação dos serviços de saúde. Os estilos de vida estão ligados aos valores, às motivações, às oportunidades e a questões específicas ligadas a aspectos culturais, sociais e económicos (OMS, 1986). Não há um mas sim vários tipos de estilos de vida "saudáveis", e a variedade estabelece-se em função do grupo onde o indivíduo está inserido e das suas próprias características individuais.

Argyle (1997) defende que a felicidade, o humor e a saúde se inter-influenciam. Apresenta um conjunto de factores de ordem pessoal e social que influenciam a saúde, tanto directamente como pela influência sobre a felicidade e o humor. Tais factores incluem as relações interpessoais, o ambiente laboral e a motivação com o trabalho, a classe social, a actividade física e o lazer. Aspectos como a nutrição, a actividade física, o tabagismo, o consumo de álcool, o consumo de drogas, a exclusão/isolamento social e o stress laboral ou escolar, a violência, estão na base da definição de um estilo de vida com efeitos nocivos para a saúde. De salientar

no entanto (Tobal, 2004) que, em relação à quase totalidade destes comportamentos, um estilo de vida saudável não tem uma relação linear com a existência, intensidade ou frequência destes comportamentos, registando-se, em relação à sua maioria, uma relação tipo "U invertido", sendo que a ocorrência de valores médios dos comportamentos é considerado um melhor indicador de um estilo de vida saudável. Os exemplos mais paradigmáticos são a actividade física e os cuidados relacionados com a nutrição, mas outros poderiam ser considerados: como o consumo de álcool e as relações interpessoais (entre o isolamento e a dependência). Como se vem argumentando, as acções educativas devem ser integradas num contexto mais vasto de promoção da saúde, não só para que sejam os próprios indivíduos quem toma decisões e se responsabiliza pela sua saúde, mas também para que se sintam competentes para adoptar estilos de vida saudáveis e ainda para que o seu envolvimento físico e social seja favorável a estes estilos de vida permitindo uma acessibilidade fácil, socialmente valorizada e duradoura. É cada vez mais sublinhada a importância da participação e da acessibilidade na adopção e manutenção de estilos de vida saudáveis.

A educação para a saúde é um processo de capacitação, participação e responsabilização dos indivíduos que os leve a sentir-se competentes, felizes e valorizados, ao adoptar e manter estilos de vida saudáveis. A educação para a saúde não se pode limitar a adoptar uma abordagem específica da doença, nem privilegiar apenas a sua informação ou as suas características instrumentais. Implica além disso uma resposta organizada do sistema no sentido de permitir que esta educação para a saúde tenha repercussão na vida dos jovens, no seu quotidiano, nomeadamente tornando acessíveis cenários e contextos promotores de saúde. Numa perspectiva de educação para a saúde, considerando vários comportamentos associados (cuidados de saúde primários, alimentação, prevenção de consumos, prevenção de comportamentos sexuais de risco), a eficácia na modificação de comportamentos no sentido da adopção de um estilo de vida saudável passa por (1) compreensão da história "natural" do comportamento visado; (2) identificação de determinantes sociais, situacionais, políticas, cognitivas, emocionais e comportamentais abertas e ambientais modificáveis; (3) desenvolvimento de estratégias para a modificação destes comportamentos, tanto através de mudanças no indivíduo (cognitivas, emocionais, motivacionais, comportamentais), como através de mudanças no envolvimento físico e social.

Referências

- Argyle, M. (1997) Is happiness a cause of health?, *Psychology and Health*, 12, pp 769-781
- Bandura, A. (1977) Self-efficacy: Towards a Unifying Theory of Behavioral Change, *Psychological Review*, 84, 191-215

- Barrón, R.; Castillo, I.; Casulo, A. & Verdí, J. (2002) Relacion entre estilos y estrategias de afrontamiento y bienestar en adolescentes, *Psicothema*, vol 14, 2, 363-368
- Coie, J.; Watt, N.; West, S.; Hawkin, D.; Asernow, D.; Makmer, H.; Remy, S.; Shure, M. & Long, B. (1993), *The Science of prevention*, *American Psychologist*, 10, 1013-1022
- Csikszentmihalyi, M. (1990). *Flow: the Psychology of Optimal Experience*. NY Harper & Row Publishers.
- Csikszentmihalyi, M. (1990). *Finding Flow: the Psychology of engagement with everyday life*. NY: Basic Books
- Durenberger, D. & Foote, S. (1993) *Beyond Incrementalism*, *American Psychologist*, vol. 48, 3, 277-282
- Egger, G.; Spark, R.; Lawson, J. & Donovan, R. (1999) *Health promotion strategies and methods* Sydney: McGraw-Hill
- Erikson, E. (1968). *Identity: youth and crisis*, New York: Norton
- Ewart, C. (1991) *Social Action theory for public health Psychology*, *American Psychologist*, 46, 9, 931- 944
- Grotberg, E (1995) *A guide promoting resilience in children: strengthening the human spirit*. The Hague: The bernard van Leer Foundation
- Havinghurst, R. J. (1972) *Developmental tasks and Education*, 3d (Eds.), New York: McKay.
- Henry, L.; Shucksmith, J.; Love, J. & Glendinning, A. (1993). *Young people leisure and Lifestyles*, London: Routledge
- Lalonde, M. (1974) *A new perspective on the health of Canadians*. Ottawa: Information Canada
- Lerner, R. M. (1985) *Adolescent maturational changes and psychosocial development: a dynamic interactional perspective*, *Journal of Youth and Adolescence*, 14, 355-372.
- Lerner, R. M. (1998). *Adolescent development: Challenges and opportunities for research, programs, and policies*. *Annual Review of Psychology*. Vol 49, 413-446.
- Matos, M. (1994). *Corpo, movimento e socialização*, Rio de Janeiro: Sprint.
- Matos, M. (1998). *Comunicação e Gestão de Conflitos na Escola*. Lisboa: Edições FMH
- Matos, M (2004) *Social adventure in the community*, in *Reducing inequities in health*, CE meeting, Copenhagen
- Matos, M. et al. (2003). *A saúde dos adolescentes portugueses (4 anos depois)*, Lisboa: FCT/CNLCSIDA/FMH/IHMT.
- Matos, M & Simões, C (2003) *La delinquenza giovanile*. In D. Sacchi (ed) *Apprendisti adulti*, pp 235-252, Milano: MacGrowHill

- Matos, M.; Simões, C. & Canha, L. (1999). Saúde e estilos de vida em jovens portugueses em idade escolar. In L. Sardinha, M. Matos, & I. Loureiro (Eds.). *Promoção da saúde: modelos e práticas de intervenção nos âmbitos da actividade física, nutrição e tabagismo* (pp. 217-240). Lisboa: Edições FMH.
- Matos, M.; Simões, C.; Canha, L. & Fonseca, S. (2000). *Saúde e estilos de vida nos jovens portugueses*. Lisboa: FMH/PPES.
- Matos, M.; Simões, C. & Carvalhosa, S. (2000). *Desenvolvimento de Competências de Vida na Prevenção do Desajustamento Social*. Lisboa: FMH/IRS-MJ.
- Matos, M.; Simões, C.; Carvalhosa, S.; Reis, C. & Canha, L. (2000). *A Saúde dos Adolescentes Portugueses*. Lisboa: FMH/PEPT-Saúde.
- Maslow (1954) *Motivation and personality*, Harper and Row, NY
- Maslow (1968) *Towards a Psychology of Being*, 2ed UN: NY
- Maddux, J.; Robert, M.; Sladdon, C. & Wright, C. (1986) *Developmental issues in Child Health Psychology*, *American Psychologist*, 41, 1, 25- 34
- McGinnis, J. (1991) *Health objectives for the nation*, *American Psychologist*, 46, 5, 520- 524
- Nichols, D. & Gobble, D. (1990) *On the importance of disregulatory processes in the models of health*, *American Psychologist*, 981-982
- OMS (1986) *Carta de Ottawa para a promoção da saúde, Versão portuguesa* "Uma Conferência Internacional para a Promoção da Saúde com vista a uma nova Saúde Pública", 17-21 Novembro, Ottawa, Canada, Lisboa: DGSaúde
- OMS (2002) *Rapport sur la santé dans le monde* "Réduire les risques et promouvoir une vie saine": Genève: OMS
- Pickin, C. & Leger, S. (1994) *Assessing health needs using life cycle framework*. Buckingham: Open Uni
- Ribeiro, J. L. P. (1998) *Psicologia e Saúde*, Lisboa: ISPA
- Richmond (1979) *Healthy people: The surgeon general's report on health promotion and disease prevention*, (doc. 017 001-0041602) USA Dept of health. Education and welfare: Washington DC: US Gov Printing Office
- Roberts, M.; Maddux, J. & Wright, L. (1984) *Developmental prespectives in behavioral health*. In J. Matarazzo, S. Weiss, J. Herd, N. Miller & S. Weiss (Eds.) *Behavioral health*, pp 56-58, NY: Wiley
- Russell, L. (1986) *Is prevention better than cure?* Washington: The Brooking Institute
- Ryff, C. (1987) *Happiness is everything? Explorations on the emaning of psychological well-being*, *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 6, 1069-1081

- Spence, S. & Matos, M (2000) Intervenções preventivas com crianças e adolescentes, in M. Matos, C. Simões & S. Carvalhosa (Eds.) *Desenvolvimento de Competências de Vida na Prevenção do Desajustamento Social*.pp 17-34, Lisboa: FMH/IRS-MJ.
- Stokols, D. (1992) Establishing and maintaining healthy environments towards a social ecology of health promotion *American Psychologist*, vol. 47, 1, 6-22
- Tobal, J.J.M (2004) *Lifestyle, psychological factors and health, The future of Mind and behaviour Sciences*, Lisboa: Torre do Tombo
- Werner, E.E.; Smith, R.S. (2001) *Journeys from childhood to midlife: risk, resilience and discovery*. NY: Cornell University press.
- WHO (1978) *Primary health care. Report of the International Conference of primary health care*, Alma-Ata: USSR; Geneve: WHO
- WHO (2001) *Mental health: New understanding, new hope*, Geneve: WHO
- WHO (2002) *Prevention and promotion in mental health*, Geneve: WHO

Adolescência, saúde e desenvolvimento

Margarida Gaspar de Matos

Saúde e desenvolvimento

Desenvolver, etimologicamente, pode significar (des-envolver, i.e. "cessar a confusão, a baralhação" Dicionário da Língua Portuguesa da Academia das Ciências de Lisboa, vol. I, 2001) e implica um aumento de complexidade mas também de clareza de processos e de possibilidades para todos na área da saúde, educação e recursos necessários à qualidade de vida (PNUD, 1990-1993). Saúde e desenvolvimento são duas áreas intrinsecamente ligadas a estilos de vida saudáveis e a hábitos específicos ligados ao risco e à protecção, com alguma estabilidade entre culturas (Nutbeam, Aaro & Wold, 1991) embora as motivações dos indivíduos para a protecção da sua saúde impliquem alguma estabilização prévia dos processos de sobrevivência e segurança pessoais. O desenvolvimento pessoal e social implica relações interpessoais, implica segurança no dia-a-dia (na rua, na escola, no trabalho), implica ausência de necessidades de sobrevivência (Maslow, 1954, 1968).

A Saúde nos países em desenvolvimento

O relatório da Conferência de Alma-Ata (WHO, 1978) reflecte sobre os países em desenvolvimento (PED) e sobre a necessidade de uma visão abrangente dos técnicos admitidos nas equipas de intervenção em saúde, considerando a participação dos indivíduos que nessas culturas realizam intervenções na área da saúde: (1) como forma de capacitação da população, de obtenção da sua confiança e optimização da sua participação, (2) como forma de compreensão e contextualização de problemáticas e sintomas e ainda (3) como forma de visar a saúde/bem-estar integral das pessoas, que passará, sem dúvida, pela proximidade daquelas em que culturalmente se confia, e (4) pela recuperação de um ambiente de apoio social. Nas recomendações deste relatório defende-se (WHO, 1978) que os serviços de saúde, nomeadamente os que estão ligados a intervenções transculturais, não podem obstinar-se num desenvolvimento impessoal, pretendendo depois ir ao encontro da intimidade das populações em questões tais como a vida, a morte, o amor, a felicidade, a doença.

Constata-se que muitos aspectos da vida do quotidiano, das relações entre as pessoas e das pessoas com o ambiente são relevantes para a sua saúde. A generalização abusiva de estratégias de organização de cuidados de saúde a

contextos, culturas e religiões diferentes de onde primeiro se implementaram, é efectivamente uma prática com graves custos e que apresenta contornos de “condescendência e etnocentrismo” entre culturas.

O progresso económico, a nível dos países, não se identifica totalmente com uma melhor situação em matéria de saúde. Os progressos nos cuidados de saúde são prejudicados por alguns factores nefastos ligados ao progresso económico. A “transição em saúde” tem implicações sérias em termos de cuidados e serviços de saúde. Nos PED, constata-se que a falta de água potável, a falta de condições sanitárias, as deficiências de vacinação e da saúde materno-infantil são ainda condições salientes, mas que se somam desde há anos às questões prementes a nível da saúde nos países mais desenvolvidos: consumos, excessos, deficiente alimentação, doenças sexualmente transmissíveis entre as quais o VIH/Sida, a obesidade e os diabetes, a violência e os acidentes, as carências a nível de saúde mental com alienação/desenraizamento/isolamento/ exclusão social. Nos países com graves indicadores de pobreza, higiene e salubridade, deficientes cuidados de saúde e educação, o equilíbrio homem / agentes patológicos tem ainda situações de ruptura, provocando epidemias, sendo que, cada vez mais, as medidas de saúde pública são as responsáveis pelo restabelecimento de ambientes saudáveis.

Numa perspectiva mundial, o custo da globalização leva a que os PED tenham um contacto precoce com o melhor e o pior dos países industrializados. Saliente-se em particular, para falar apenas de riscos para a saúde, o consumo abusivo de bebidas alcoólicas, alimentação sem qualidade e rica em gorduras, consumo de drogas, forte apelo ao consumo e ao “consumismo” com um potencial efeito secundário em termos de criminalidade para os mais desfavorecidos, sedentarismo, acidentes (nomeadamente sob o efeito de álcool e drogas), comportamentos sexuais de risco (nomeadamente sob o consumo de álcool e drogas).

Considerando a promoção e protecção da saúde, quer a nível das pessoas quer a nível das populações, ter-se-á em consideração a pirâmide de motivações (Maslow, 1968), especialmente quando se trabalha com populações em grande privação económica ou de segurança. Como refere Maslow (1968) é difícil pensar na sua saúde e no mundo de amanhã, quando está em causa a sobrevivência hoje. É difícil pensar em realização pessoal quando se tem fome, febre, dores ou medo.

Transição em saúde

Em Alma-Ata (WHO, 1978), Conferência Internacional de Cuidados de Saúde primários organizada em conjunto pela OMS e pela UNICEF (United Nations Children Fund), definiu-se a meta da “Saúde para todos no ano 2000”. Desde aí, saúde passou a ser considerada como um estado de bem-estar e não apenas como a ausência de doença e definiu-se saúde como um direito, sublinhou-se a

necessidade: (1) de promoção da saúde nos países em desenvolvimento, (2) de promoção de um desenvolvimento económico e social, (3) de promoção da participação das pessoas na gestão e protecção da sua saúde. Fez-se um apelo aos governos para que no ano 2000 todos os cidadãos fossem saudáveis de modo a que participassem e fossem produtivos social e economicamente. As chaves para todo este projecto seriam: (1) os cuidados de saúde primários, (2) a integração de vários sectores para a saúde (agricultura, educação) e (3) os cuidados mínimos (educação, saúde materno infantil, vacinação). A recente mudança acelerada nos PED implicou diferenças nos processos de produção, nos sistemas sociais e políticos, na família, na educação, nos meios de comunicação e na mobilidade. As relações entre saúde e desenvolvimento, como se viu, não são simples e o desenvolvimento não implica necessariamente melhoria no estado de saúde.

Nos PED, seja como resposta a catástrofes naturais ou a conflitos armados, a ajuda humanitária de emergência começa muitas vezes por ser assistencial nos casos em que há problemas de fome, sede, abrigo, sanidade básica. Logo que possível, depois da regularização da situação, preconiza-se uma mudança de estratégia de intervenção mais virada para a capacitação, participação da população, desenvolvimento de recursos locais, acções sustentáveis. Só então se poderá verdadeiramente falar de qualidade de vida das pessoas enquanto percepção subjectiva de bem-estar.

Antes dos anos 70, a intervenção de ajuda externa baseava-se no modelo de prestação externa de serviços de profissionais que tinha efeitos assistenciais em situações limite, ou de aumento das condições de vida das pessoas mas não aumentava a competência, a participação e autonomia das regiões, o desenvolvimento de recursos locais. No que respeita à evolução da Saúde Pública, o relatório da OMS, para a redução dos riscos (OMS, 2002) identifica como factores de risco para os PED com forte mortalidade: insuficiência ponderal, práticas sexuais perigosas, água não potável, falta de saneamento básico e de higiene, fumo de combustíveis sólidos dentro das casas, carência em zinco, ferro e vitamina A, hipertensão, tabagismo e hipercolesterémia. No que diz respeito a PED com fraca mortalidade: alcoolismo, hipertensão arterial, tabagismo, insuficiência ponderal, sobrecarga ponderal, hipercolesterémia, fumos de combustíveis sólidos no interior das habitações, fraco consumo de fruta e legumes, carência em ferro, água não potável, falta de saneamento básico e de higiene.

Nos chamados países desenvolvidos, os principais factores de risco são: tabagismo, hipertensão, alcoolismo, hipercolesterémia, sobrecarga ponderal, fraco consumo de fruta e legumes, sedentarismo, drogas ilícitas, práticas sexuais perigosas e a carência em ferro. Nos últimos 40 anos, o estudo e investigação na área da Saúde Internacional tiveram dois focos principais – as doenças tropicais e

a saúde infantil. O interesse pelas doenças tropicais veio dos antigos regimes coloniais e cresceu com as doenças dos expatriados das colónias que eram raras ou mesmo inexistentes na Europa. O foco em doenças infantis veio da constatação de que a mortalidade infantil em países em desenvolvimento tinha a ver com um pequeno número de doenças contagiosas em conjunto com baixo peso à nascença, subnutrição e factores ambientais adversos. Processos de vacinação e redução de exposição aos riscos são desenvolvimentos inevitáveis, dando origem ao que agora se chama saúde materno-infantil. Os países foram desenvolvendo programas nestas áreas deixando desprotegida a chamada saúde do adulto: cancro, doenças cardiovasculares, problemas pulmonares crónicos obstrutivos, diabetes, lesões, DST (VIH/Sida), tuberculose (Feachem, Phillips, & Bulatao, 1992). Tradicionalmente, a população-alvo da Saúde Pública nos PED era predominantemente pobre e vivendo em meio rural, com baixo nível de escolaridade e cujo *modus vivendi* era sobretudo a exploração agrícola (Sugar, Kleinman & Heggenhougen, 1994). As problemáticas mais óbvias tinham a ver com situações de pobreza, mal-nutrição, baixa escolarização e formação, elevadas taxas de fertilidade, falta de condições sanitárias com proliferação de doenças infecciosas e parasitárias. Os serviços de saúde eram escassos. A estratégia de intervenção em Saúde Pública visava sobretudo a informação e, em termos de áreas chave, a saúde materno-infantil, o saneamento básico e os programas de controlo das doenças transmissíveis. Muitas das vezes, na falta de recursos locais especializados, as acções eram possibilitadas através de cuidados mínimos, reportando a técnicas básicas levadas a cabo por agentes de saúde com uma formação escassa e conseguida a nível local.

Actualmente, a população-alvo da Saúde Pública nos PED enfrenta uma industrialização e uma urbanização desordenada, crises económicas generalizadas e, muitas vezes, alguma turbulência e instabilidade política que dificultam uma continuidade nos procedimentos, nomeadamente na organização dos serviços de saúde e noutras medidas de promoção da saúde das populações. Esta alteração ambiental acarretou novos riscos (poluentes, ocupacionais, etc.), novos comportamentos (importação de hábitos e culturas descontextualizados, anonimato nas relações interpessoais, solidão/isolamento, procura de "vidas rápidas" ligadas ao risco, criminalidade ligada à sedução do poder de compra), o aumento de esperança de vida e o aparecimento de novas patologias do envelhecimento, um aumento de extensão, impacto e complexidade dos serviços de saúde, o aumento das diferenças entre os estratos sociais (tanto nas condições de vida como no acesso aos serviços de saúde). A distribuição geográfica da população humana predispõe a resultados a longo prazo do tipo aculturação de migrantes, degradação do ambiente, mudança da subsistência para economia de mercado, violência e acidentes, que coexistem com acontecimentos pessoais

(separação do parceiro, perda de emprego, migração) com grande impacto a nível da saúde mental, sobretudo quando associada a uma redução do apoio social como é o caso da redução da família extensa, lares de um só progenitor, sub ou sobre emprego, trabalho da mulher, fertilidade reduzida.

A urbanização leva a mudanças da estrutura da família, a violência doméstica, duplica a taxa de alcoolismo. Duplica também a taxa de crianças e adolescentes com problemas psico-patológicos; o abandono das crianças na rua na falta de redes familiares alargadas; aumenta a taxa de prostituição e de delinquência bem como a taxa de pessoas em risco de depressão, suicídio, consumos (Sugar et al 1994). No caso dos idosos, o aumento de doenças crónicas, a pobreza e o isolamento ou dependência. Nos adultos dos países em desenvolvimento a patologia afectiva e esquizofrénica tem grande expressão na morbilidade, muitas vezes não identificada porque a sintomatologia inclui variações culturais (ex. sintomas de depressão ou pânico). Apesar desta situação, os programas de saúde mental são os últimos implementados e os primeiros a ser cortados em países em desenvolvimento, i.e. os mais sensíveis às flutuações económicas (Sugar et al 1994). A diminuição da mortalidade nos finais dos anos 60 (Christakis, Ware & Kleinman, 1994) acarretou alterações dos padrões de morbilidade, menos doenças infecciosas (embora se mantenham na África sub-sahariana, Índia e Médio Oriente), enquanto que as doenças crónicas (cardiopatas e cancro) e as doenças do comportamento (álcool, drogas, tabaco, violência, suicídio, depressão, ansiedade, abuso infantil) aumentam. Isto deu origem ao chamado "tríplice peso das doenças agudas, crónicas e comportamentais" nos PED.

O conceito de transição em saúde move-se entre a transição demográfica e a transição epidemiológica (Chen, Kleinman & Ware, 1994) em consequência da diminuição de taxas de fertilidade e de mortalidade. A transição epidemiológica respeita à mudança nos padrões de mortalidade. Enquanto que nos PED, as doenças infecciosas, a nutrição e a saúde reprodutiva são as maiores causas de morte, nos países considerados desenvolvidos são as doenças crónicas e degenerativas e os riscos associados a comportamentos. Chen, Kleinman & Ware (1994) argumentam que estas teorias de transição demográfica e epidemiológica são inadequadas para entender a mudança social e na saúde, sendo necessário analisar, para além destes, as suas dimensões sócio-culturais, económicas, políticas e históricas para que se entenda a mudança na saúde. Com o aumento da esperança de vida ocorre o aumento da percentagem e longevidade dos idosos (Warnes, 1994), acompanhadas de um declínio dos que pagam impostos e segurança social, do aumento dos custos de saúde do aumento de doenças crónicas e diminuição de famílias alargadas que possam acolher os idosos, levando-os a situações de pobreza e de dependência dos serviços de saúde.

Para referir apenas o ponto de vista da distribuição demográfica, previa-se que, de

1990 a 2025, a população urbana dos PED iria triplicar de 1400 milhões para 3800 milhões (UN 1987, in Kjellstrom, Koplan & Rothenberg, 1992). A maior parte destas pessoas irá viver em bairros suburbanos, descaracterizados, poluídos e com graves perigos para a saúde que advêm de (1) problemas de tratamento de resíduos, de águas, de higiene dos alimentos, (2) fome e má nutrição (sem proteínas, ferro, vitamina A e iodo), (3) falta de assistência nos partos e IVG (4) outros problemas ligados à violência doméstica, violência e acidentes domésticos e de trabalho, exposição a tóxicos, acidentes pessoais ligados à epilepsia e ao abuso de álcool, afogamentos, picadas/mordeduras de animais, (5) proliferação de hábitos nocivos relacionados com o desenvolvimento económico – tabagismo, alcoolismo, desequilíbrio dietético (ex: aborígenes e índios americanos), sedentarismo, infecção pelo VIH/Sida, acidentes motorizados, destruição do ambiente e acidentes de trabalho.

Neste contexto preconizam-se intervenções em seis níveis: (1) desenvolvimento tecnológico e suas aplicações: cinto de segurança nos carros, protectores acústicos e oculares, máscaras anti-poluição, (2) intervenções médicas: imunizações, (3) promoção e educação para a saúde, (4) envolvimento da comunidade na promoção do apoio social: prevenção do suicídio, controlo da poluição, (5) legislação, (6) medidas económicas: taxas, etc. Do ponto de vista médico a transição em saúde tem a ver com três factores: (1) diminuição da mortalidade, (2) mudança do padrão de morbilidade e (3) aumento da patologia comportamental (Christakis et al 1994). Desde que a promoção da saúde ficou na ordem do dia (Mechanic, 1994), têm proliferado campanhas para prevenção do uso do tabaco, drogas, álcool, prevenção do VIH, promoção do exercício, nutrição saudável, segurança. No entanto, estas campanhas são frequentemente pouco eficazes a médio prazo. Em áreas como a diminuição dos níveis de colesterol, da tensão arterial e do excesso de peso, os dados apontam para resultados ainda menos animadores. E, em áreas como o homicídio, a gravidez na adolescência, o suicídio os resultados reportados são mesmo nulos (Mechanic, 1994).

O PNUD (2003) apresenta como objectivos de desenvolvimento para o Milénio (Declaração do Milénio da ONU, 2000): (1) erradicação da pobreza extrema e da fome, (2) ensino primário universal, (3) igualdade de género, (4) redução da mortalidade infantil, (5) melhoria da saúde materna, (6) combate ao VIH/SIDA, malária e outras doenças, (7) garantia da sustentabilidade ambiental, (8) promoção de uma parceria mundial para o desenvolvimento. Basch (1990) refere outros aspectos intersectoriais do desenvolvimento com implicações na saúde: (1) desenvolvimento agrícola, (2) desenvolvimento de infra-estruturas (energia, comunicações, estradas), (3) emancipação da mulher da casa e da criação de filhos, (4) protecção do ambiente contra a poluição, (5) exploração de recursos naturais, (6) participação do cidadão na vida pública, (7) aumento do rendimento

per capita, (8) industrialização, (9) disponibilização de serviços de educação e saúde, (10) interacção internacional, (11) estabilidade política nos governos, (12) taxa de crescimento da população, (13) água e saneamento.

Kjellstrom, Koplan & Rothenberg (1992) referem ainda a necessidade de uso de medidas integradas, para além das específicas na área da saúde: (1) sector agrícola (ex. alimentação saudável), (2) sector educação (ex. educação e promoção da saúde nas escolas e na comunidade), (3) sector energia (ex. controlo da poluição), (4) sector habitação (ex. abrigo, planeamento urbano, saneamento básico), (5) sector industrial (ex. controlo da poluição e acidentes de trabalho) (6) sector transportes (ex. segurança rodoviária), (7) sector mulheres (ex. diminuição da desigualdade de oportunidades, envolvimento comunitário, promoção da saúde). Também Criel, (1995) defende um sistema de reorganização de serviços de saúde, educação, agricultura, saneamento transportes a nível distrital e, tal como Basch (1990), políticas integradas

Chabot (1993, cit in Chabot et al 1995) defende uma abordagem da saúde pela positiva, uma vez que, considera, a saúde não é um factor social não produtivo, que possa não estar incluído quando se fala de desenvolvimento. Porém, alerta, não se podem reorganizar ou gerir melhor fundos que não existam.

A OMS reconheceu três grupos de problemas que contribuem para a crise na saúde (Phillips & Verhasselt, 1994), (1) a diversidade de acidentes, (2) os custos causados pela industrialização e urbanização e (3) o corte de verbas para a saúde nos países em desenvolvimento e bem como em alguns países desenvolvidos. Phillips e Verhasselt, (1994) argumentam que já não é correcto atribuir os problemas de saúde a países de norte ou de sul, de este ou de oeste, desenvolvidos ou em desenvolvimento, sugerindo estes autores que devem ser antes atribuídos a condições de pobreza, às circunstâncias da industrialização e a ambientes psicossociais na industrialização. A transição em saúde implica determinantes culturais, sociais e comportamentais para a saúde e implica uma incidência na sobrevivência e na saúde e não na morte.

Segundo dados do PNUD (UNDP 1992, cit Williams, Baumslag & Jelliffe, 1994) os cinco países mais ricos recebem 82.7% do rendimento mundial e os cinco mais pobres recebem apenas 1,4%. O Banco Mundial, avança no seu Relatório de 1993 (World Bank, 1993) com a avaliação dos DALYs (Disability Adjusted Life Years) onde considera não só a esperança de vida mas também o tempo sem doença. No entanto, este documento ignora a participação da comunidade e as actividades intersectoriais e tenta diminuir os gastos com a formação com a justificação de que não tem lucro imediato.

As transições em saúde, positivas e negativas, caracterizam as condições do nosso tempo. Com um pouco de optimismo descreve-se (1) a diminuição da mortalidade infantil, (2) o aumento da esperança de vida à nascença, (3) o desaparecimento ou

controlo da maior parte das doenças transmissíveis. Se se adoptar uma visão mais negativa temos (1) o aumento descontrolado do HIV/SIDA, (2) as perturbações do humor e da ansiedade, (3) os conflitos étnicos, (4) o aumento dos suicídios, da violência e dos consumos.

Naidoo et al, (2000) sublinham p.e. a importância para a saúde dos cenários onde a vida decorre, identificando o local de trabalho e a escola, que podem proporcionar bem-estar e apoio social e sensação de mestria, mas que são também cenários de *bullying* (provocações), consumos e stress; os vizinhos que proporcionam uma sensação de pertença e orgulho local, mas que também podem ser fonte de rejeição, *bullying* e discriminação. Estes autores sublinham a importância do envolvimento social, da coesão, das redes sociais, do envolvimento activo na comunidade, do capital social/relações de confiança.

O conceito de saúde/bem-estar/qualidade de vida, quando o desenvolvimento social ultrapassa o nível de sobrevivência, deixa de ser entendido em função de um padrão (modelo "standard" da qualidade de vida) que avalia a qualidade de vida relacionada em termos de aquisições de bens e de acesso a serviços, e passa a ter uma dimensão subjectiva que inclui o bem-estar percebido e a importância atribuída a esta ou àquela vertente da qualidade de vida (Browne, McGee, & Boyle, 1997).

Saúde multicultural

As determinantes da saúde são complexas e as campanhas de informação simplesmente não são suficientes para mudar atitudes, aumentar competências, inserir (ou abolir) comportamentos das rotinas da vida do dia-a-dia e aumentar a acessibilidade. Há ainda a sublinhar que são frequentemente esquecidas especificidades culturais, desenvolvimentais, de género, de estatuto económico.

Falando de especificidade cultural e da representação das doenças e suas causas, verifica-se que, em muitos casos, elas são atribuíveis a causas de carácter místico e mágico: o fado, o astral, a má sorte, à violação de um tabu, a espíritos ou bruxaria. Basch (1990) regista ainda sintomas próprios de culturas que actualmente já estão incluídos no DSM IV(1996), um capítulo destinado às questões culturais e sua ressonância na psicopatologia. Uma vez mais se sublinha o papel das crenças e das expectativas das populações na adopção de medidas de protecção da sua própria saúde e ainda o papel que pode ter a obtenção da sua confiança por interacção com "equivalentes" locais (agentes de saúde local, curandeiros, magos). Por exemplo, em África a origem das DST é muitas vezes atribuída à colonização, i.e. a doenças trazidas pelos europeus (M'Bokolo cit Augé, 1984). São doenças socialmente estigmatizadas e associadas à vergonha e às quais a população se acha invulnerável, a não ser pela associação sexual com um branco (Valdiserri, 1989). Por vezes, são associadas a uma punição por

adultério e neste caso as mulheres, como garante da continuidade das linhagens, suportam grande número de proibições e sanções (Augé, 1984). O alvitre de que o HIV teria origem africana (Grmek, 1990) foi considerado insultuoso e racista porquanto a fonte do mal era sempre atribuída "ao outro" (imigrante, estranho à comunidade: toxicodependentes, homossexuais e agora os negros...(Fainzang, 1989), e seguiu-se uma re-interpretação da doença: a SIDA tal como outras doenças vem do descontentamento dos antepassados, dos espíritos de inimigos e é basicamente uma punição divina associada a uma transgressão de leis sociais. Como consequência desta crença, se a Sida nasceu no Ocidente como punição da transgressão de interditos sociais (homossexualidade, adultério, consumos de drogas) e foi introduzida em África por turistas e prostitutas, então apenas as pessoas que tivessem tido contacto sexual com prostitutas ou turistas seriam grupo de risco, o que dificulta a adopção de medidas de protecção, já de si dificultadas pela crença cultural de algumas populações africanas de que o esperma confere à mulher energia e vitalidade.

Em síntese, como se vinha argumentando, a África possui especificidades próprias, não só a nível epidemiológico como, e sobretudo, no âmbito sócio-cultural e comportamental que é preciso conhecer antes de planear intervenções preventivas. É ainda de considerar alguma desconfiança em relação a técnicos "forasteiros", que pode levar a população local a sentir as intervenções na área da educação e da saúde como intrusivas e pouco credíveis (Valdiserri, 1989)

Vários autores estudaram a influência da cultura na saúde e da comunicação e da cultura na saúde e nas relações interpessoais (Gallois, Callan, 1997). Hofstede, (1991 cit Gallois et al, 1997) referindo-se a dimensões da cultura com efeitos nas relações entre as pessoas, refere (1) a dimensão colectivismo-individualismo (colectivismo mais comum p.e. no Panamá e Equador e individualismo nos EUA e Austrália), (2) a distância interpessoal para relações de poder (alta distância na Malásia; baixa distância na Dinamarca), (3) sentimento de ameaça pelo desconhecido e correspondente defesa e agressão (máximo na Grécia e Portugal, mínimo na Dinamarca e Singapura), (4) dimensão das diferenças feminino-masculino (máximo no Japão e Áustria, mínimo na Suécia e Noruega), (5) dimensão curto-longo prazo (mais longo na China e o mais curto no Paquistão e Nigéria).

Outros autores referem a interacção entre práticas culturais, a saúde e relações familiares, referindo que, p.e. nos Haya e nos Sukuma da Tanzânia, tanto a mulher como o marido podem pedir o divórcio por epilepsia e lepra, apenas o homem pode pedir divórcio por sífilis enquanto que apenas a mulher pode pedir divórcio por impotência (Over, Ellis, Huber & Solon, 1992).

Modelos de mudança na promoção da saúde

Os modelos de mudança em saúde, utilizam paradigmas das ciências

comportamentais como a psicologia, sociologia e antropologia cultural (o termo comportamento refere-se a actos, palavras, reacções fisiológicas, cognições afectos e respostas emocionais). A identificação dos determinantes e correlatos da adopção e manutenção de um estilo de vida saudável e os determinantes e correlatos do abandono têm repercussões importantes no que diz respeito à compreensão destes fenómenos e à implementação de medidas promocionais e preventivas na área da saúde. No entanto, é necessário promover comportamentos de saúde, tendo em conta as diferentes idades e as suas especificidades biológicas, psicológicas e sociais e ainda os aspectos culturais e educativos entre os quais os hábitos anteriores e o apoio/disponibilidade social e ambiental.

Stroeber e Stroeber (1995) falam em 4 métodos para alteração de hábitos: (1) persuadir (habitualmente não resulta), (2) legislar (legislação restritiva e/ou punitiva), (3) mudar contextos (mudanças no ambiente e nos sistemas p.e. modificando a acessibilidade), ou (4) mudar atitudes (aumento de competências, modificação de crenças, definição de alternativas). Os hábitos são padrões de acção caracterizados por um baixo nível de consciência, são independentes de reforço e são automáticos. São muito difíceis de alterar, uma vez, que para além de ser automáticos, estão integrados nas rotinas do dia-a-dia e na relação dos indivíduos com os contextos sociais (Stroeber & Stroeber, 1995). O sucesso de uma medida fortuita como ir viver com alguém que não possui esse hábito, compreende-se enquanto consciencialização e reavaliação das rotinas e chamada de atenção sobre os automatismos (p.e. um fumador que vai viver com um não fumador). Como "ir viver com" não pode ser adoptado como medida de saúde pública, urge estudar as condições que facilitam a mudança de hábitos, sendo que (1) a informação não chega, (2) não chegam acções centradas no indivíduo, devendo incluir-se agentes de todos os cenários relevantes da vida das pessoas.

Em condições de privação económica e social grave com ameaça da própria sobrevivência, a qualidade de vida das pessoas está muito ligada à sobrevivência básica, a funções como a alimentação e a disponibilidade de um abrigo como referiu Maslow (1968). Enquanto as funções de sobrevivência e segurança não estão asseguradas, a motivação das pessoas tende a cingir-se à sua concretização. Excepto nestas condições de vida extremas, a qualidade de vida é subjectiva e tem a ver com a percepção que a pessoa tem da qualidade da sua vida. Deste modo, a qualidade de vida do indivíduo passa a ser o grau de coincidência entre o real e as suas próprias expectativas, reflectindo a satisfação de objectivos e sonhos próprios de cada indivíduo, sendo pois mais de realçar a experiência vivida do que as condições reais de vida ou a opinião de outrém sobre estas (Browne et al, 1997). Assim, as estratégias de intervenção cujo objectivo são a promoção da saúde, devem enfatizar a participação, a decisão, a autonomia e não a dependência.

As intervenções no âmbito da saúde pública deparam-se regularmente com o

problema da falta de adesão da população. Esta falta de adesão tem sido relacionada com a ausência de medidas que incluam um ou mais destes três tipos de factores ou características: ambientais ou contextuais, relacionadas com as características do comportamento que se pretende promover ou prevenir ou relacionadas com as características dos próprios indivíduos (Green, 1984). Os modelos teóricos na área da mudança de comportamentos (redução do risco, promoção da protecção) devem ter por um lado uma boa potência explicativa, (i.e. ser útil na compreensão das variáveis associadas a essa mudança), por outro lado devem promover uma boa capacidade de intervenção, (i.e. permitir a planificação de programas que visem influenciar os comportamentos de saúde).

Nutbeam e Harris (1999) descrevem a existência de modelos que (1) explicam a mudança nos comportamentos de saúde com base na intervenção individual, (2) explicam a mudança na comunidade e a acção comunitária para a saúde, (3) explicam mudanças organizacionais e práticas organizacionais de apoio à saúde e (4) explicam o desenvolvimento e a implementação de políticas de saúde pública.

Modelos de mudança e saúde na comunidade

Os estudo dos factores associados ao comportamento dos indivíduos impele para uma necessidade de abordar os indivíduos e as populações a partir de um ponto de vista triplo, considerando por um lado (1) as pessoas e (2) as características do comportamento que se deseja alterar/implementar, mas por outro lado (3) a modificação dos factores do envolvimento físico e social. Para um planeamento pertinente, é necessária a identificação de problemas e determinantes, a utilização correcta de modelos de mudança e a inclusão de acções de planeamento e desenvolvimento comunitário a par de acções de intervenção individual.

Essas acções incluem necessariamente: (1) identificação e priorização de necessidades, (2) identificação de recursos e barreiras, (3) identificação de objectivos e metas, (4) identificação de estratégias de mudança relevantes, (5) desenvolvimento comunitário, (6) participação de líderes de opinião comunitários: persuasão e formação, (7) promoção do papel das autarquias e do poder político: acessibilidade (8) adequação da mensagem à cultura e desenvolvimento local, (9) credibilidade dos canais de comunicação, (10) grupos de apoio e de ajuda- mútua.

Egger et al (1999) alertam ainda para o Valor "P" (pessoa) referindo-se à capacidade do técnico para comunicar confiança e empatia no trabalho com a comunidade demonstrando sensibilidade para valores, prioridades e recursos locais. Este valor "P" remete, uma vez mais, para a necessidade de formação profissional nesta mudança de paradigma. Trojan et al (1991) referem intervenções na comunidade e mobilização de organizações de voluntários, considerando os voluntários como um recurso comunitário válido sem efeitos nefastos reportados. Assim, preconiza a organização de grupos de voluntários na

área da educação, saúde, segurança social, grupos de pais, amigos, vizinhos e ainda a organização de grupos de auto-ajuda (em especial famílias, jovens, idosos, crianças, imigrantes, deficientes, mulheres, desempregados, doentes crónicos, viciados, empregados, pobreza). No caso dos grupos de auto-ajuda, Richardson (1991) argumenta que os grupos de auto-ajuda se podem apenas constituir como um complemento, não substituindo cuidados especializados na área da saúde, tendo sobretudo funções de apoio aos membros e de "self-advocacy" (defesa de direitos próprios). Bracht (1991) sublinha a necessidade da participação da comunidade na definição de estratégias de intervenção de modo a adoptá-las a uma cultura e a um estilo local de lidar com a doença. Preconiza o conhecimento local, o envolvimento local desde o início, uma discussão ampla das forças de resistência à mudança, através de dinâmicas de grupo, estratégias de resolução de conflitos e comunicação interpessoal. Bracht (1991) sugere um período de três anos para uma intervenção participada na comunidade: um ano para análise e avaliação da comunidade, seis meses depois desse ano para definição do desenho da intervenção e início, dois anos para implementação, com consolidação, manutenção e incorporação, disseminação e reavaliação no terceiro ano. A intervenção inclui necessariamente estruturas locais mais formais (organizações locais, conselhos, agências ou activistas locais) e estruturas não formais, tentando sensibilizar resistentes e marginais e guardando um espaço para "advocacy". Outros trabalhos de intervenção (Matos, Simões, Canha, Carvalhosa & Reis, 2000; Matos & Simões, 2003; Matos, 2004) apontam para este período de três anos e advogam uma metodologia assim abrangente. Diaz-Guerreiro (1984) sublinha também a necessidade de identificação de características locais. Distingue uma filosofia de vida (ou estilo de lidar com a saúde/stress) mais ou menos passivo, defendendo que em sociedades tradicionais a população tende a ser mais passiva e a mudar em função das circunstâncias enquanto que em sociedades mais industrializadas a população é mais interveniente, tentando activamente mudar o envolvimento.

Taylor (1990) encoraja o desenvolvimento de redes sociais organizacionais e económicas que sustentem as mudanças individuais, referindo-se ao desenvolvimento de grupos comunitários que providenciem protecção e afiliação, sublinhando que "comunidade" não é só região geográfica e que tem a ver com a cultura e com a auto-representação. Naidoo e Wills (2000) falam de factores de estratificação em saúde, identificando (1) factores demográficos (género, etnia, idade, estatuto económico), (2) factores ambientais (ambiente, região, acesso à saúde, acesso ao lazer), (3) estilo de vida (nutrição, fome, sedentarismo, stress, álcool, droga, comportamentos sexuais não seguros) e ainda (4) factores biológicos (obesidade, colesterol, hipertensão).

Nation, Crusto, Wandeman, Kumpfer, Seybolt, Morrissey-Kane e Davino (2003),

dando como exemplo uma intervenção para a prevenção do uso de substâncias e de comportamentos sexuais de risco, delinquência, violência e fracasso escolar, enumeram evidências de resultados positivos em (1) intervenções múltiplas usando vários métodos de ensino e de intervenção (activos, baseados na promoção de competências), (2) intervenções com base na teoria, (3) intervenções com base em relações interpessoais positivas, (4) intervenções em "dose" suficiente (tempo e intensidade), (5) intervenções no tempo certo, (idade adequada para provocar impacto e corresponder a uma necessidade), (6) intervenções relevantes culturalmente, (7) avaliação de resultados (objectivos claros) e, finalmente, (8) pessoal bem treinado.

Kumpfer e Alvarado (2003) prescrevem intervenções no grupo familiar apostando (1) nos factores de protecção e resiliência das famílias, (2) na sua competência e resiliência para enfrentar problemas (violência, suicídio, perturbações do comportamento, perturbações alimentares, gravidez na adolescência, prevenção do VIH, insucesso escolar, delinquência, uso de substâncias, depressão). Para estes autores, a intervenção com base na família deve incluir (1) um treino comportamental de pais (gerir filhos), (2) um programa de promoção de competências dos pais (gerir os filhos e ajudar filhos a gerir-se) e em alguns casos (3) a terapia familiar. Estes autores também remetem para a necessidade de avaliação das competências dos técnicos especializados nestas intervenções e da formação nesta área.

Greenberg, Weissberg, O'Brien, Zins, Fredericks, Resnicks e Elias (2003) por sua vez apresentam a escola como um contexto de aprendizagem social emocional, académica e de saúde nos jovens (SEL, social and emotional learning) e defendem que este contexto pode ser aproveitado para programas de promoção/prevenção na área da saúde mental, uso de substâncias, comportamento anti-social, faltas à escola. Os programas de promoção da saúde nas escolas devem, quanto a estes autores, basear-se na promoção de competências pessoais, na optimização das relações interpessoais. A comunidade escolar pode e deve, ainda segundo estes autores, ser usada para aumentar a protecção e diminuir o impacto do risco em matéria de saúde e bem-estar. No entanto, a escola pode contribuir para o risco se, pelo contrário, houver alienação, afastamento dos jovens, das contribuições e da participação destes na vida escolar (Nutbeam, Smith, Moore & Bauman 1993). Também no contexto escolar, a construção de capacidades nas escolas e nas comunidades, segue o percurso de (1) avaliação de necessidades, (2) estabelecimento de objectivos, (3) registo das melhores práticas da ciência, (4) construção de capacidade local própria, (5) planeamento, (6) avaliação do processo, (7) avaliação do impacto e resultados, (8) gestão da qualidade e melhoramento contínuo, (9) sustentabilidade e institucionalização.

Para Stokols (1992), em vez de intervenções sobre as pessoas como aquelas que

se implementam para o exercício, o regime dietético, o tabagismo, o alcoolismo, o consumo de drogas, os comportamentos sexuais de risco, a ênfase devia centrar-se em modificação de recursos ambientais para promoção do bem-estar das pessoas e de ambientes protectores de saúde. Uma perspectiva sócio-ecológica tem a ver com estas interdependências. Saúde será assim saúde física, bem-estar emocional e mental, coesão social a nível organizacional e comunitário. Para este autor, uma intervenção comunitária para promoção da saúde pública tem que actuar em multi-níveis: (1) factores bio-psico-comportamentais: bio-genéticos (história médica, inoculação, comportamento imunológico, idade, etnia, género, deficiência; psicológicos (optimismo, competências, resiliência, hostilidade, depressão, comportamento tipo A, e tipo C, extroversão, criatividade, auto-estima), comportamentais (álcool, tabaco, exercício, drogas, segurança, sono, alimentação, participação em programas de saúde), (2) factores sócio-físico-ambientais: geográficos (clima, contaminação da água e solo, radiações UV, aquecimento global, camada de ozono); arquitectónicos e tecnológicos (design ergonómico para o trabalho, tratamentos sanitários de águas e lixo, poluição do ar e ruído), sócio-culturais (estatuto económico, apoio social, cultura e religião, *mass média*, legislação, seguros de saúde, estabilidade política).

Os comportamentos de saúde não são propriedades fixas que uma pessoa tenha ou não: envolvem uma capacidade generativa onde competências cognitivas, emocionais, sociais e comportamentais se unem em função de objectivos. A posse de competências é diferente do seu uso efectivo e a percepção da eficácia pessoal é diferente da acção. A acção implica vontade e capacidades generativas e auto-regulatórias: (1) processos cognitivos tais como antecipação, pensamento analítico, predição e controlo, (2) processos motivacionais como persistência e posse de expectativas, (3) processos afectivos e activação da excitação fisiológica que podem interferir até na própria percepção de eficácia pessoal, (4) processos auto-regulatórios. Aumentar o funcionamento sócio-cognitivo é aumentar a competência para auto-regular (gerir), ter competências e conseguir ou querer usá-las. (Bandura, 1976, 1977, 1989a, 1989b; 1989c). No que diz respeito às relações entre a percepção de auto-eficácia, a resiliência e a adopção de comportamentos de protecção da saúde, Bandura (1989c) fala ainda de uma resiliência colectiva, que viria de um desenvolvimento comunitário.

Arriscando uma convergência desta temática da saúde positiva, bem-estar, felicidade e qualidade de vida, com uma teoria do lazer relembramos Kelly (1990) e a sua sugestão de que o lazer é um "estado interior" ("a state of mind"), sublinhando a experiência e o significado que o indivíduo lhe atribui, isto é o prazer experimentado e as características de cada experiência individual. Witt & Ellis (1989) insistem que este "estado interior" tem sobretudo que ver com prazer experimentado e com a percepção individual de competência, de controlo sobre os

resultados da experiência, da capacidade de iniciativa e da participação em actividades com uma motivação intrínseca (percepção de liberdade). Nesta perspectiva um indivíduo pode participar numa actividade de promoção/protecção da sua saúde, mas pode manter-se incapaz de obter benefícios dessa participação se não tiver uma percepção de sucesso, de competência e de bem-estar.

Iso-Ahola (1980) relaciona este conceito com a percepção de liberdade de escolha e de participação, sublinha também a percepção de liberdade como uma das componentes críticas das experiências de lazer (Mota & Sallis, 2002). Ora um dos factores frequentemente negligenciado, é justamente o facto de que o indivíduo, para alterar a sua situação, adoptando um estilo de vida mais saudável, tem que ter uma percepção de ganho: saúde, prazer, divertimento, bem-estar, convívio social, aumento de estatuto social, aumento da percepção de competência, maior percepção de liberdade. Este facto é especialmente verdadeiro na fase da manutenção de comportamentos saudáveis.

Métodologias quantitativas, qualitativas e dinâmica de grupos

Nutbeam (2003) define "policy making" como o modo como o governo usa a sua visão política para o desenvolvimento de programas e acções que produzam mudanças com significado. A investigação e o conhecimento científico são úteis para o "policy making", argumenta Nutbeam, se produzirem (1) informação cientificamente plausível, (2) informação politicamente aceitável ("que encaixe na visão política do governo"), (3) informação prática para implementação. Indagando se a investigação e o conhecimento científico podem induzir o "policy making" a produzir mudanças, argumenta afirmativamente no caso em que um maior conhecimento e investigação abra vias para mudanças necessárias, assevera contudo que há que prever um efeito perverso nos casos em que o conhecimento serve de pretexto para mudanças de "conveniência" já decididas anteriormente e que urge justificar.

Ziglio (1991) relaciona a relevância que têm a investigação e o conhecimento científico para o poder político com o modo como este conhecimento é capaz de avaliar resultados finais produzindo conclusões claras e articuladas com a realidade e diferenças culturais. Para isso, defende Ziglio (1991), são necessárias avaliações objectivas, baseadas em medidas fisiológicas e em respostas de populações, mas sempre complementadas com outras de carácter mais subjectivo, baseadas em observações e recolha de opiniões em grupos restritos. A informação deve pois conter dados quantitativos e qualitativos pelo que, pelo menos em saúde, é necessária a formação de técnicos em ambas as metodologias. Ziglio (1991) defende a necessidade de medidas e metodologias objectivas e subjectivas e, tal como Biglan et al (2003), a importância da epidemiologia da saúde na definição de programas de planeamento para (1) desenvolver programas de

manutenção da saúde na comunidade, (2) intervir em sujeitos vítimas de situações adversas (desemprego, isolamento, pobreza, guerra), (3) ter em conta situações específicas (idade, género, religião, cultura), (4) ter em conta as necessidades emocionais das populações mais vulneráveis (idosos, deficientes, desempregados), (5) sensibilizar as autarquias e o poder político, (6) atender a novas problemáticas

Weissberg, Kumpfer e Seligman (2003) identificam características das intervenções preventivas na área da saúde, que são eficazes, sublinhando que (1) têm um enquadramento baseado em factores de risco e de protecção, (2) baseiam-se na investigação, (3) incluem famílias, pares, escolas e comunidades, (4) usam multi-métodos para atingir múltiplos produtos/resultados, (5) são a longo prazo e específicas para cada idade, (6) são culturalmente apropriadas, (7) promovem o desenvolvimento de indivíduos saudáveis e empenhados (8) ensinam a aplicar competências sociais e emocionais na vida do dia-a-dia, (9) têm como último objectivo o estabelecimento de políticas, práticas institucionais, ambientes apoiantes que acarinhem um desenvolvimento óptimo, (10) seleccionam, treinam e apoiam os técnicos, com treino interpessoal para implementar programas com eficácia, (11) incorporam e adoptam programas baseados nas provas científicas para ir ao encontro das necessidades da comunidade através de um planeamento estratégico com avaliação continua e melhoramentos contínuos. Biglan, Mrazek, Carnine e Flay (2003) também sublinham esta relevância e a urgência de que as intervenções preventivas sejam cada vez mais guiadas pela ciência e pela investigação, sugerindo as formas como dados da epidemiologia podem guiar as intervenções (1) ajudando a identificar e caracterizar determinantes (prevenção/promoção), (2) monitorizando a incidência e prevalência de problemas, (3) identificando intervenções que valha a pena disseminar (“boas práticas”), (4) monitorizando os sistemas com vista à avaliação de intervenções, (5) registando experiências de prevenção, (6) desenvolvendo documentos com padrões/medidas de consenso, (7) promovendo medidas de disseminação, (8) integrando ciência e prática.

Wandersman e Florin (2003) reflectem sobre as metodologias de intervenção a nível da comunidade e do estímulo, tanto da investigação científica como da activação comunitária, ao desenvolvimento destes programas, referindo-se a exemplos como: (1) prevenção do uso de substâncias (álcool, tabaco e drogas), (2) prevenção da gravidez na adolescência e promoção de partos saudáveis, (3) promoção da vacinação (4) prevenção de incêndios. Argumentam que não há mais resultados porque a investigação comporta custos acrescidos e as mais valias resultantes da avaliação de programas tendem a traduzir-se em resultados a longo prazo, que não se compadecem com a urgência do “aqui e agora”. A prioridade torna-se então a concretização (não avaliada) de boas ideias com aparente

validade facial, em vez da avaliação criteriosa de intervenções, mesmo quando é sabido que tal se pode traduzir não só em maus investimentos (em programas que não funcionam), mas, muitas vezes ainda pior, em programas cujos efeitos são nefastos para a saúde, embora, à falta de avaliação, tal nunca seja denunciado.

Noack (1991) sugere uma investigação que reflecta sobre a História da Saúde, de modo a potenciar o equilíbrio da saúde no presente e aproveitar o seu potencial no futuro. Para estudar os comportamentos e estilos de vida ligados à saúde e ao risco, o modo como aparecem e se estabelecem na infância e na adolescência, têm que se ter em conta os cenários mais relevantes da vida dos jovens: a família, a escola e o grupo de pares. Efectivamente, muitos factores ligados à protecção e ao risco na área da saúde, tiveram a sua génese na infância e na adolescência, fruto de uma aprendizagem social, de uma experimentação ou de uma adesão a um grupo de pertença, que se tornou uma alternativa. Assim, numa perspectiva de promoção e de educação para a saúde, os jovens são um alvo importante, sendo de prever acções específicas para cenários específicos. Por outro lado, estes jovens enquadrados no sistema de ensino regular tornam-se mais acessíveis a programas que os apoiem nas suas escolhas relacionadas com a saúde e estilos de vida saudáveis. O trabalho com grupos inclui ainda a necessidade da formação de técnicos em técnicas de animação e dinâmica de grupos, i.e. técnicas que permitam a recolha de informação ou a aferição de opiniões de modo dinâmico e participativo mas com alguma organização que garanta a operacionalização dos objectivos. Os técnicos devem ainda ter competências de escuta activa, de relação gratificante com a sua vida, de abertura a novas propostas, de capacidade de trabalho no presente, de tolerância de trabalho exigente, de tolerância de trabalho em equipa, de trabalho com populações "impressionantes", de gestão de vicissitudes e situações que exijam criatividade, de lidar com diferenças culturais, de gestão da frustração (Matos, 1994, 1998, 2000). Um exemplo paradigmático é o da saúde escolar que implica: (1) a formação de técnicos diversificados e a gestão da interacção entre si, (2) a definição do perfil dos técnicos em termos de competências técnicas e de competências pessoais, (3) a definição de conteúdos programáticos a incluir em acções nas escolas, (4) a mudança nas políticas da educação (acessibilidade), (5) a competência para intervenções em grupo, com utilização de dinâmicas de grupo e de outras metodologias activas e participativas para a modificação de atitudes e de comportamentos, de modo adequado às necessidades, nível de desenvolvimento e identidade cultural e étnica dos alunos. Bennett e Murphy (1997) reflectindo sobre a relevância de técnicas específicas da Psicologia na promoção da saúde identificam: (1) intervenções com as pessoas, (2) entrevista motivacional, (3) aconselhamento por fases, (4) informação, (5) resolução de problemas, (6) gestão das emoções e do stress, (7) auto-ajuda.

Acção comunitária para a saúde

As medidas de Saúde Pública têm que ser cada vez mais diferenciadas e baseadas em diagnóstico local e implicam uma reorganização, ampliação e complexificação dos serviços de saúde e um aumento de exigências nos conhecimentos e competências dos profissionais de saúde, no sentido de dar respostas adequadas a situações complexas. Antes dos anos 70 do séc.XX, os programas de saúde internacional eram sobretudo programas verticais com foco específico (malária p.e.). No anos 70, cresceram os programas horizontais integrados com base na comunidade. Nos anos 80, reaparecem programas verticais sobretudo para facilidade de organização de recursos na área da saúde infantil e materna.

Nos PED (Oakley, 1989; Kahssay & Oakley, 1999), desde a declaração de Alma-Ata (WHO, 1978) que um dos objectivo foi o aumento da saúde para o ano 2000 através de (1) cuidados de saúde primários com maior envolvimento na comunidade (CIH community involvement in health development), (2) desenvolvimento multi-sectorial e interligado: agricultura, fornecimento de água, educação e saúde. O CIH depende do envolvimento político (apoio ou boicote?), da reorientação da organização dos serviços de saúde descentralizados a nível distrital (fazendo com que os problemas das pessoas sejam mais visíveis) e da economia do país (i.e. nos casos em que a saúde já é uma prioridade).

A acção comunitária para a saúde (CAH – community action for health) tem como objectivos a criação de sinergias entre serviços de saúde formais e a população local no que diz respeito à parceria para o desenvolvimento da saúde. Implica (1) partilha de conhecimentos, (2) identificação de objectivos comuns, compreensíveis, realistas e relevantes para ambas as partes, (3) formação (exploração de informações e conhecimentos em questões saúde, e em questões técnicas) e (4) desenvolvimento comunitário (uso de técnicas dramáticas para a comunicação, grupos de interesse). Uma intervenção bem sucedida inclui o apoio de lideranças locais, o incentivo ao envolvimento, a tomada de base nas competências das pessoas, a construção de redes locais, a criação de massa crítica. Desde a declaração de Alma-Ata (WHO, 1978), com confirmação na Carta de Ottawa (OMS 1986), que a OMS preconiza a necessidade de fortalecimento da acção comunitária, criação de ambientes apoiantes, desenvolvimento de políticas de saúde pública, reorganização dos serviços de saúde. Uma vez mais se justifica o interesse de teorias que guiam as estratégias de comunicação e promoção da saúde na comunidade.

Intervenções com a participação da comunidade, tais como recomenda a OMS (OMS,1986; WHO, 2002a) têm inúmeras vantagens. Mas é preciso acautelar efeitos perversos. A participação da comunidade implica uma nova gestão de recursos, uma partilha de competências técnicas e de poderes, mas não pode

implicar uma desculpabilização do sistema do ponto de vista da saúde pública, do mesmo modo que uma nova gestão de custos não pode significar um "corte orçamental" (Asthana, 1994; Finkenflugel, 1993, Orford, 1992).

O reconhecimento de diferentes problemas, implica uma diferente distribuição de fundos, o reconhecimento e promoção de intervenções não médicas através de acções flexíveis e multidisciplinares, tanto a nível individual como da comunidade, tanto a nível nacional como internacional (Bell & Chen, 1994). Assim, mais do que recursos naturais, mais do que capital financeiro, o conhecimento está a tornar-se um factor de produção. Para reduzir a distância em conhecimento, os PED necessitam de promover conhecimentos globais, desenvolver conhecimentos locais específicos e complementares, investir em capital humano e institucional (World Bank, 1992, in Bell & Chen, 1994).

A educação das mães influencia a saúde dos filhos, mesmo para além da procura e da adesão aos cuidados de saúde, através de práticas domésticas, do acesso a maior diferenciação económica e da solicitação de maior complexidade verbal e cognitiva. Vai um complexo caminho desde a escolarização das mães a uma redução da mortalidade e fertilidade, uma maior compreensão e o acesso aos media e à informação em saúde pública, uma maior interacção com os filhos durante a infância, mais recursos materiais, melhor acesso a recursos em matéria de saúde, alojamento e nutrição (LeVine, LeVine, Richman, Uribe & Correa, 1994). Estes efeitos juntam-se em sinergias, têm um efeito de acumulação inter-generacional e são ampliados ou reduzidos pela interacção com outras instituições existentes. Por outro lado, ainda em matéria de educação/formação, o Banco Mundial fala de "non formal education and training (NFET)" que inclui justamente o desenvolvimento de competências práticas, uma literacia básica, uma preparação para actividades geradoras de bens constituindo alternativas de baixo preço à educação primária (Banco Mundial, 1974 in Muller, 1997). Têm-se vindo cada vez mais a demonstrar os efeitos positivos da educação e formação na melhoria de vida das populações, contudo alguns autores alertam que essa formação tem de partir das práticas locais e ser levada a cabo num clima de cooperação e partilha e não de aulas magistrais (Williams, Baumslag & Jelliffe, 1994). Perrin (1989) refere-se aos riscos da baixa escolaridade associada aos problemas de saúde apresentando dados de um estudo com mães em que 19.6% eram analfabetas e 3.7% tinha um curso superior; verificando que a mortalidade dos seus filhos era inferior num nível de escolaridade superior das mães (ficando-nos a dúvida sobre qual a parte atribuível à educação e qual atribuível ao nível económico). No entanto, alerta ele, pobreza e falta de instrução não definem grupos de risco: são situações provisórias de risco que podem ser erradicadas se houver esforços nesse sentido. Perrin (1989), não aludindo à pobreza e à falta de instrução como se referiu, descreve factores de risco relacionados com os hábitos:

álcool, tabaco, droga, alimentação, sedentarismo, sexo sem protecção (que distingue de factores de risco psicossocial: estados emocionais negativos, apoio social insuficiente, crenças irrealistas, pobreza, isolamento, exclusão social, ignorância). Oetting, Donnermeyer, Plested, Edwards, Kelly, Beauvais (1995) colocam ainda a questão dos diferentes níveis de preparação das comunidades para a mudança. Estes autores fornecem um modelo de avaliação e análise da preparação das comunidades para a mudança baseado no modelo transteórico (Prochaska & DiClemente, 1983), que elaboram apresentando nove níveis na preparação da comunidade para a mudança, bem como um instrumento de avaliação.

É pois necessária uma formação profissional multidisciplinar e actualizada, baseada nos resultados de investigações recentes, de modo a dar resposta aos desafios suscitados pelas mudanças das últimas décadas, dotando os profissionais em formação de conhecimentos, competências multidisciplinares; competências de trabalho em equipa pluridisciplinar, competências de pesquisa autónoma e uma atitude que potencie a promoção da saúde dos indivíduos e das populações.

Referências

- American Psychiatric Association-APA (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.). Washington, DC: Author.
- Asthana, S. (1994) Primary health care and selective PHC: community participation in the health and development, in D. Phillips & Y. Verhasselt (Eds.) Health and Development (pp 182-198), NY: Routledge
- Augé, M. (1984) Ordre biologique, Ordre Social: la maladie, forme élémentaire de l'événement, in M. Augé & C. Herzlich (Eds.) Le Sens du mal, Anthropologie, Histoire, Sociologie de la Maladie (pp 9-31), Paris: ED des Archives Contemporaines
- Bandura, A. (1976). Social Learning Theory. N. J.: Prentice Hall.
- Bandura, A. (1977) Self-efficacy: Towards a Unifying Theory of Behavioral Change, *Psychological Review*, 84, 191-215
- Bandura, A. (1989a) Human agency: a social cognitive theory, *American Psychologist*, 44, 9, 1175-1184
- Bandura, A. (1989b) Regulation of cognitive processes through perceived self-efficacy, *Developmental psychology*, 25, 5, 729-735
- Bandura, A. (1989c) Social foundations of thought and action- a social cognitive theory, NJ: Prentice- Hall.
- Bandura, A. (1991) Human agency: the rhetoric and the reality; *American Psychologist*, 153-162
- Basch, P. (1990) Textbook of International health, Oxford: Oxford press
- Bell, D. & Chen, L. (1994) Responding to health transitions: from research to

- action, in L. Chen, A. Kleinman & N. Ware (Eds.) *Health and Social Change in International perspective* (pp 491-502), Boston: Harvard press
- Bennett, P. & Murphy, S. (1997) *Psicologia e Promoção da Saúde*, Lisboa: Climpsi
- Biglan, A.; Mrazek, P.; Carnine, D.; Flay, B. (2003) The Integration of Research and practise in the prevention of Youth behavioural problems *American Psychologist*, vol. 58, 67, 433-440
- Browne, J.; McGee, H. & Boyle, C. (1997) Conceptual approaches to the assessment of quality of life, *Psychology and Health*, 12, pp. 737-751
- Calmeiro, L. & Matos, M. G. (2004) *Psicologia do Exercício e da Saúde*, Lisboa: Omniserviços
- Chabot, J.; Harnmeijer, J.; Streeflandd, P. (1995) *African primary health care in times of economic turbulence*; Amsterdam: Royal Tropical Institute
- Chen, L.; Kleinman, A.; Ware, N. (1994) *Health and Social Change in International perspective*, Boston: Harvard press
- Christakis, N.; Ware, N.; Kleinman, A. (1994) Illness behavior and the health Transition in the developing world, in L. Chen, A. Kleinman & N. Ware (Eds.) *Health and Social Change in International perspective* (pp 275-302), Boston: Harvard press
- Dhillon, H. & Philip, L. (1995) *Promotion de la santé et action communautaire en faveur de la santé dans les pays en development*, Genève: OMS
- Dias-Guerrero, R. (1984) Behavioral health across cultures, in J. Matarazzo, S. Weiss, J. Herd, N. Miller & S. Weiss (Eds.) *Behavioral health*, pp 164-180, NY: Wiley
- Feachen, R.; Kjelltrom, T.; Murray, C.; Over, M. & Phillips, M. (1992) *The health of adults in the developing world*, NY: Oxford Press
- Feachen, R.; Phillips, M. & Bulatao, R. (1992) *Introducing adult Health*, in R. Feachen, T. Kjelltrom, C. Murray, M. Over & M. Phillips (Eds.) *The health of adults in the developing world* (pp 1-22), NY: Oxford Press
- Finkenflugel, H. (1993) (Eds.). *The Handicapped Community*. Amsterdam: VU Univ. Press.
- Egger, G.; Spark, R.; Lawson, J. & Donovan, R. (1999) *Health promotion strategies and methods* Sydney: McGraw-Hill
- Gallois, C. & Callan, V. (1997). *Communication and culture*. Brisbane: Wiley.
- Greenberg, M.; Weissberg, R.; O' Brien, M.; Zins, J.; Fredericks, L.; Resnicks, H. & Elias, M. (2003) Enhancing school based prevention and youth development through coordinated social, emotional and academic learning *American Psychologist*, vol. 58, 67, 466- 474
- Green, L. (1984) Health education models, J. Matarazzo, S. Weiss, J. Herd, N. Miller & S. Weiss (Eds.) *Behavioral health*, pp181-198, NY: Wiley

- Grmek, M. (1990) História da SIDA. Lisboa: Relógio de água
- Iso-Ahola, S. E. (1980). The social psychology of leisure and recreation, Dubuque, Ia: Wm. C. Brown Co.
- Kahassay, H. & Oakley, P. (1999) Community involvement in health development: a review of the concept and practise; Geneve: WHO
- Kelly, J. (1990) Leisure, 2nd (Eds.). NY: Prentice-Hall
- Kjellstrom, T.; Koplan, J. & Rothenberg, R. (1992) Current and future determinants of Adult ill-health, in R. Feachen, T. Kjellstrom, C. Murray, M. Over & M. Phillips (Eds.) The health of adults in the developing world (pp209-260), NY: Oxford Press
- LeVine, R.; LeVine, S. Richman, A.; Uribe, F. & Correa, C. (1994) Schooling and survival: the impact of maternal education on health and reproduction in the third world, in L. Chen, A. Kleinman & N. Ware (Eds.) Health and Social Change in International perspective (303-338), Boston: Harvard press
- Matos, M. (1994). Corpo, movimento e socialização, Rio de Janeiro: Sprint.
- Matos, M. (1998). Comunicação e Gestão de Conflitos na Escola. Lisboa: Edições FMH
- Matos, M. (2000) La promotion de competènces chez des mineurs delinquents, International Conference on Probation: Lisboa: CEJ
- Matos, M (2004) Social adventure in the community, in Reducing inequities in health, European meeting, Copenhagen
- Matos, M & Simões, C (2003) La delinquenza giovanile. In D. Sacchi (ed) Apprendisti adulti, pp 235-252, Milano: MacGrowHill
- Matos, M.; Simões, C.; Carvalhosa, S.; Reis, C. & Canha, L. (2000). A Saúde dos Adolescentes Portugueses. Lisboa: FMH/PEPT-Saúde.
- Maslow (1954) Motivation and personality, Harper and Row, NY
- Maslow (1968) Towards a Psychology of Being, 2ed UN: NY
- Mechanic, D. (1994) Promoting health: Implications for modern and developing nations, in L. Chen, A. Kleinman & N. Ware (Eds.) Health and Social Change in International perspective (471-490), Boston: Harvard press
- Mota, J & Sallis, J (2002) Actividade física e saúde. Porto: Campo das Letras
- Naidoo, J. & Wills, J. (2000), Health promotion foundations for practise. London: Bailliere Tindall
- Nation, M.; Crusto, C.; Wandersman, K.; Kumpfer, K.; Seybolt, D.; Morrissey-Kane, E.; & Davino, K. (2003) What works in prevention: principles of effective prevention programs, American Psychologist, vol. 58, 67, 449-456
- Noack, H. (1991) Conceptualizing and measuring health, in B. Badura, & Kickbusch (Eds.) Health promotion Research (pp 85-112), Copenhagen:

WHO

- Nutbeam, D. & Harris, E. (1999) Theory in a nutshell A guide to health promotion theory. Sydney: McGraw-hill
- Nutbeam, D.; Aaro, L & Wold, B. (1991) The lifestyle concept and health education with youn people, World health Statistic Quaterly, 44, 55-61
- Nutbeam, D.; Smith, C.; Moore, L. & Bauman, A. (1993) Warning, schools can damage your health; Journal of paediatric Child health, 29, 525-530
- Nutbeam, D. (2003) Research, Health and policy making, Annual meeting of HBSC, Bergen
- Oakley P.(1989), Community involvement in health development; Geneve: WHO
- Oetting, E.; Donnermeyer, J.; Plested, B.; Edwards, R.; Kelly, K.; Beauvais, F.; (1995) Assessing community readiness for prevention, The International Journal of Addiction, 30 (6), 659-683
- OMS (1986) Carta de Ottawa para a promoção da saúde, Versão portuguesa”Uma Conferência Internacional para a Promoção da Saúde com vista a uma nova Saúde Pública”, 17-21 Novembro, Ottawa, Canada, Lisboa: DGSaúde
- OMS (2002) Rapport sur la santé dans le monde”Réduire les risques et promouvoir une vie saine”: Genève: OMS
- Orford, J. (1992). Excessive appetites. N. Y.: Wiley.
- Over, M.; Ellis; Huber, J. & Orville, S. (1992) The consequences of Adult Ill-health in R. Feachen, T. Kjelltrom, C. Murray, M. Over & M. Phillips (Eds.) The health of adults in the developing world (pp 161-208), NY: Oxford Press
- Perrin, B. (1989) Literacy and health: making the connection, Health promotion, 28, 2-5
- Phillips, D. & Verhasselt, Y. (1994) Health and Development, NY: Routledge
- PNUD (2003) Relatório do desenvolvimento Humano 2003: Objectivos de desenvolvimento do milénio- um pacto entre nações para eliminar a pobreza humana, Lisboa: IPAD-Mensagem
- Proschaska, J. & Di Clemente C. (1983). Stages and processes of self-change in smoking: towards na integrative model of change. Journal of consulting and clinical Psychology, 51, 390-395
- Ribeiro, J. L. P. (1998) Psicologia e Saúde, Lisboa: ISPA
- Richardson, A. (1991) Health promotion through self-help: the contribution of self-help groups, in B. Badura & Kickbusch (Eds.) Health promotion Research (pp 467-476), Copenhagen: WHO
- Stokols, D. (1992) Establishing and mainatining healthy environements towards a social ecology of health promotion American Psychologist, vol. 47, 1, 6-22

- Stroeber, W. & Stroeber, M. (1995) *Social psychology of health*, Buckingham, Open press
- Sugar, J.; Kleinman, A. & Heggenhougen, K. (1994) *Social and behavioral pathologies in L. Chen, A. Kleinman & N. Ware (Eds.) Health and Social Change in International perspective* (pp 51-86), Boston: Harvard press
- Taylor, S. (1990) *Health psychology: the science and the field*, *Health Psychology*, 45, 1, 40- 50
- Trojan, A.; Hildebrandt, H.; Dneke, C. & Faltis, M. (1991) *The role of community groups and voluntary organizations in health promotion*, in B. Badura & Kickbusch (Eds.) *Health promotion Research* (pp 441-466), Copenhagen: WHO
- Valdisseri, R. (1989) *The design of effective programs in R Valdisserri (Eds.) Preventing AIDS* (pp 91—128) Nbrunswick: Rutgers Uni Press
- Warnes, A. (1994) *Socio-economic change in the health of the elderly people: future prospects for the developing world*, in D. Phillips & Y. Verhasselt (Eds.) *Health and Development* (pp 156-167), NY: Routledge
- Wandersman, A. & Florin, P. (2003) *Community intervention and effective practise*, *American Psychologist*, vol. 58, 67, 441-448
- Weissberg, R.; Kumpfer, K. & Seligman, M. (2003) *Prevention that works with children and youth- an introduction*, *American Psychologist*, vol. 58, 67, 425-432
- WHO (1978) *Primary health care. Report of the International Conference of primary health care*, Alma-Ata: USSR; Geneve: WHO
- WHO (2002a) *Prevention and promotion in mental health*, Geneve: WHO
- WHO (2002b) *World report on violence and health*, Geneve: WHO
- World Bank (2003) *World Development report: Investing in health*; World Bank
- Williams, C., Baumslag, N. & Jelliffe, D. (1994) *Mother and Child health*; NY: Oxford press
- Ziglio, E. (1991) *Indicators of health promotion policy*, in B. Badura & Kickbusch (Eds.) *Health promotion Research* (pp 55-84), Copenhagen: WHO

Prevenção e saúde positiva em crianças e adolescentes

Margarida Gaspar de Matos & Susan Spence

Introdução

Nas últimas décadas, na área da intervenção na comunidade nomeadamente na área da Saúde Mental, tem-se assistido a uma mudança de paradigma onde o foco deslocou de uma intervenção clínica com base no indivíduo "desviante" considerado como carente de uma intervenção técnica especializada, para um outro tipo de intervenção cujo enfoque é a participação do indivíduo "desviante" num processo de desenvolvimento pessoal e social. O papel do psicólogo, é neste último caso promoção da capacitação e participação do indivíduo na vida da comunidade, através da promoção de competências que lhe permitam interagir com os outros de modo a se sentir bem consigo e otimizar a sua relação com o mundo físico e social. Aqui o indivíduo "desviante", não é mais um "fracasso do sistema" a necessitar de protecção, mas um indivíduo vulnerável, que poderá vir a ser "um sucesso" a encontrar estratégias que lhe permitam ultrapassar esta vulnerabilidade. Este paradigma torna-se ainda mais relevante no trabalho através de realidades e culturas diversificadas, uma vez que permite respeitar diferenças culturais e inter-individuais. É sobejamente reportada a existência de efeitos cumulativos relacionáveis com uma maior probabilidade de desenvolvimento de perturbações de comportamento e consequente desajustamento pessoal e social em jovens com estruturas familiares instáveis ou não existentes, em jovens que viveram vários tipos de experiências de violência, abuso ou privação, ou mesmo nos jovens que de algum modo mais suave foram privados das experiências "normais" de socialização, no desenrolar do seu desenvolvimento, nomeadamente a ausência de modelos sociais. Os jovens adolescentes delinquentes representam na sua generalidade uma situação agravada ligada ao risco de desajustamento (Matos & al 2000).

Há no entanto um outro conjunto de estudos que nos sublinha que este risco de desajustamento pode ser minorado promovendo nestes jovens competências gerais e específicas que alarguem o seu repertório de comportamentos sociais e os ajudem a identificar situações e problemas, a procurar e implementar soluções, a avaliar resultados e a manter ou alterar estratégias (Matos, 1997a; Matos & Simões, 1999; Matos & al, 2000; Matos, 2001; Matos, 2002, Matos & Simões, 2003, Matos & al 2003). O risco de desenvolvimento de problemas de desajustamento pessoal e social aparece-nos também muitas vezes ligado com a dificuldade de expressar ideias e defender pontos de vista, de defender direitos

próprios sem recurso à agressividade, de negociar tendo em conta o ponto de vista próprio e do interlocutor, de gerir conflitos, de identificar e resolver conflitos interpessoais, de gerar alternativas, de tomar e manter decisões. O programa que utilizamos (Matos, 1997a; Matos & Simões, 1999; Matos & al, 2000; Matos, 2001; Matos, 2002, Matos & Simões, 2003, Matos & al 2003) visa fornecer aos psicólogos uma forma de promoção das competências de relacionamento interpessoal dos jovens em acompanhamento na comunidade, como estratégia preventiva do desajustamento social e pessoal, abrangendo as seguintes áreas (1) Comunicação interpessoal; (2) Identificação e gestão de emoções, (3) Resolução de problemas; (4) Competências sociais; (5) Assertividade; (6) Alterações do humor e da ansiedade: depressão (tristeza) e ansiedade (nervoso); (7) (Re)construção de um futuro.

Da intervenção à prevenção

Nas últimas décadas assistimos a uma rápida evolução na área da prevenção do desajustamento pessoal e social dos jovens. Gradualmente foi reconhecido o valor da prevenção como preferível a uma intervenção apenas após o aparecimento de problemas. A literatura recente revela um largo espectro de esforços preventivos, desde intervenções genéricas destinadas a aumentar o bem-estar psicológico até intervenções cujo objectivo é a prevenção de problemas psicológicos específicos ou relativas a um grupo específico de alto risco. No entanto os fundos gastos na prevenção representam uma pequena percentagem do total do orçamento para a saúde (Spence, 1996a; Mrazek & Haggerty, 1994), e uma grande maioria dos profissionais de saúde mental focam o seu trabalho numa perspectiva de tratar as perturbações psicológicas, mais do que preveni-las.

Numerosos trabalhos na área da Saúde Mental apontam agora para a importância das relações interpessoais na saúde mental dos indivíduos, sublinhando cada vez mais a necessidade de substituir programas de prevenção de carácter "curativo", centrados sobretudo na diminuição dos problemas dos indivíduos, para preconizar, na medida do possível, intervenções de carácter preventivo, que promovam competências, que apelem para a participação dos jovens envolvidos e que envolvam, na medida do possível, toda a comunidade (ver publicações da autora e equipa). Outro grande desafio tem a ver com a nova relação adulto/terapeuta/técnico e jovem/utente/doente em que este último tende a deixar de ser visto unicamente como o "objecto" da intervenção, considerado incapaz de tomar decisões sobre o seu destino e tecnicamente incapaz de participar activamente na sua mudança, sublinhando-se cada vez mais o enfoque na participação dos jovens nas decisões sobre a sua vida e saúde e promovendo a sua participação como agentes da sua própria mudança. Seguindo este ponto de vista, os jovens não são "fracassos do sistema" a precisar de protecção, mas sim

indivíduos que podem ter sucesso se encontrarem estratégias que lhes permitam lidar com a sua vulnerabilidade.

Trazemos aqui Compas, Hinden e Gerhardt (1995), com o conceito de trajetórias de risco que variam entre “nunca haver problemas” a “haver sempre problemas”, com três variantes intermédias referentes a um percurso em que há problemas que desaparecem, outro em que aparecem problemas onde não havia e outro ainda referente a um episódio problemático, de rápida recuperação. Relembramos ainda Downey, Lebolt, Ricón e Freitas (1998) que referem o conceito inovador da “sensibilização para rejeição”, como se fora uma distorção perceptiva e do processamento da informação, que leva alguns jovens com percursos de risco e desvio a ser mais reactivos face a situações de rejeição, aumentando a probabilidade de encontros hostis e comportamentos desviantes.

Abordagens à prevenção

Tradicionalmente são descritos três níveis de prevenção: primária, secundária e terciária (Caplan, 1964). A prevenção primária refere-se a esforços para reduzir a incidência de novas perturbações através da intervenção antes que a perturbação ocorra. A prevenção secundária refere-se a esforços para reduzir a prevalência das perturbações através da identificação precoce de casos estabelecidos. A prevenção terciária refere-se a esforços para reduzir a duração e o grau de incapacidade associada a uma perturbação através do tratamento e prevenção da recaída. A desvantagem desta distinção entre prevenção primária, secundária e terciária é que, na verdade, a prevenção secundária e terciária estão mais ligadas ao tratamento do que à prevenção, uma vez que apenas a prevenção primária está especificamente relacionada com intervenções antes do aparecimento de uma perturbação. Mais recentemente, a literatura na área da prevenção adoptou uma abordagem alternativa para classificar os esforços preventivos que nos dá mais informação sobre o tipo da abordagem de prevenção (Gordon, 1987). Gordon propôs três tipos de abordagens preventivas baseadas na presença e importância dos factores de risco relacionados com o desenvolvimento de determinada perturbação entre indivíduos que não manifestam ainda essa perturbação. Estas abordagens foram chamadas universal, selectiva e precoce. Uma intervenção preventiva universal é aquela que é providenciada a populações inteiras. A prevenção selectiva está destinada a indivíduos membros de grupos, a cuja pertença está associado um risco acrescido de desenvolvimento de uma perturbação. A prevenção precoce (“indicativa”) tem como alvo indivíduos assintomáticos mas de alto risco, a quem foi detectado um factor de risco, condição ou desvio que os identificou como estando em alto risco de desenvolver determinada perturbação no futuro (Gordon, 1987). Apesar desta abordagem referindo-se a prevenção universal, selectiva e precoce apresentar um avanço em

relação à anterior primária, secundária e terciária, esta é ainda alvo de crítica. Esta nova abordagem assume que as perturbações psicológicas são discretas, isto é, fenómenos presentes ou ausentes, ao passo que na realidade a maior parte da psicopatologia se apresenta num contínuo desde sintomas ligeiros a sintomas mais severos e/ou mais numerosos. A decisão de classificar uma pessoa como apresentando determinada perturbação emocional ou comportamental baseia-se em critérios de limites algo arbitrários em relação ao número e à severidade dos sintomas. Para além disso, uma sintomatologia ligeira e precoce é um factor de risco para o desenvolvimento de formas mais tardias de psicopatologia. Por exemplo, as perturbações de comportamento em jovens tendem a desenvolver-se ao longo de uma trajectória onde os sintomas precoces estão associados a um desenvolvimento, mais tarde, de uma sintomatologia mais severa (Farrington, 1995). Uma vez integradas nesta trajectória, muitas crianças mostram um aumento do nível de sintomatologia à medida que vão sendo mais velhos. Por isso uma prevenção precoce tem que incluir também os indivíduos que apresentam sintomas ligeiros, que sejam factores de risco para o desenvolvimento posterior de uma perturbação psicológica mais grave. Qualquer método de categorização de intervenções preventivas tem que ter em consideração um contínuo de dificuldades psicológicas e a trajectória do desenvolvimento de outras perturbações. Implícita nesta abordagem de Gordon (1987) está a assumpção de que há factores de risco identificáveis no desenvolvimento de perturbações mentais. Os factores de risco referem-se a factores biológicos, ambientais e psicológicos que aumentam a probabilidade do desenvolvimento de um problema psicológico.

Uma intervenção preventiva eficaz requer não só que seja possível identificar os factores de risco para formas particulares de psicopatologia, mas também que tenhamos métodos com garantia e validade, para identificar os indivíduos que os manifestam, e ainda que tenhamos meios eficazes de alterar a situação. Um outro desenvolvimento recente na área da prevenção, tem a ver com a necessidade de se considerar não só a identificação e alteração das variáveis ligadas ao risco mas de se ter em consideração os factores protectores. Os factores protectores referem-se a variáveis que produzem resiliência ao desenvolvimento de dificuldades psicológicas face à presença adversa de factores de risco. Há efectivamente jovens que, expostos a condições adversas, são capazes de se ajustar relativamente bem. Cada vez mais a investigação se dirige a variáveis associadas com a resiliência, pela sua possibilidade de atenuar o impacto dos factores de risco. Vários autores (Mangham, McGrath, Reid & Stewart, 1995a,b; Wang, Reynolds & Walberg, 1995) referem vários factores contribuindo para uma atitude resiliente: as competências pessoais (bom nível de competências sociais, bom relacionamento interpessoal, boa capacidade de empreender e concretizar tarefas e resolver

problemas, maior capacidade para planear e modificar circunstâncias, talentos especiais), e ainda o apoio ambiental (apoio de pares, pais e professores, um ambiente da escola que apele à participação dos jovens embora mantendo um elevado nível de exigência). Esta mudança de foco, com uma importância crescente atribuída aos factores de protecção é importante, até porque há muitos factores de risco que não podem ser facilmente alterados ou removidos, e uma estratégia opcional para a prevenção será aqui o robustecimento de factores de protecção.

As perturbações emocionais e comportamentais são processos multi-factoriais e interactivos pelo que implicam não só o envolvimento de profissionais de áreas disciplinares variadas como o envolvimento de todos os actores e cenários relevantes na vida de cada jovem. Aliado a qualquer trabalho preventivo de acção directa sobre o indivíduo, é de prever pois, uma abordagem dos principais cenários onde o jovem circula, movendo-nos depois ainda para uma abordagem dos sistemas sociopolíticos mais latos, todos estes devendo incluir e permitir alterações que produzam uma diminuição das situações de risco e uma activação dos recursos de apoio ((Matos., 1997a; Matos & Simões, 1999; Matos & al, 2000; Matos, 2001; Matos, 2002, Matos & Simões, 2003, Matos & al 2003).

Factores de risco

Apesar de estarmos longe de compreender perfeitamente a etiologia da psicopatologia do jovem, temos provas suficientes para afirmar o seguinte: a etiologia da psicopatologia do jovem resulta de uma complexa interacção de numerosas variáveis quer ambientais quer intrínsecas. Há muitas fontes de influência e nenhum factor é suficiente para explicar nenhuma perturbação específica, emocional ou comportamental. 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. Alguns factores de risco são comuns a um largo leque de perturbações emocionais e comportamentais, enquanto que outros têm uma influência mais específica em formas particulares de psicopatologia.

Factores genéticos e biológicos

É actualmente claro que pais com psicopatologia têm mais probabilidade de ter filhos com perturbações emocionais e comportamentais. Do mesmo modo, jovens com sintomas psico-patológicos têm, mais frequentemente que os seus pares, pais com diagnóstico de doença mental. Isto é verdade quer para perturbações de externalização quer para perturbações de internalização (Rutter & al., 1990). Contudo estes resultados dizem-nos pouco acerca da contribuição relativa dos

factores genéticos e do envolvimento familiar no desenvolvimento de uma psicopatologia. A psicopatologia parental está frequentemente associada a um maior stress familiar, dificuldades económicas, discórdia conjugal e competências parentais pobres. Temos pois que considerar todas estas questões ambientais associadas, para além da contribuição genética. Apesar de haver associações fortes entre a ansiedade, depressão, perturbações de comportamento e perturbação do défice de atenção, ainda não está clara a contribuição relativa da influência genética e ambiental (Rutter & al., 1990). Para além de factores genéticos há um leque de factores biológicos associados com a psicopatologia do jovem, que incluem influências do período pré-natal, nascimento, e primeira infância, tais como cuidados pré-natais deficitários (incluindo consumo de tabaco, droga e álcool das mães), nascimento prematuro, complicações do parto e toxinas. Também aqui o mecanismo de acção destas variáveis biológicas não é claro, uma vez que muitas vezes estas podem constituir não um factor de risco per si, mas um correlato de outros factores de risco.

Envolvimento familiar

Apesar de certos factores genéticos e biológicos estarem regularmente associados à psicopatologia do jovem, nem todos os jovens com sintomas psico-patológicos exibem estes factores, assim como nem todos os jovens expostos a estes factores desenvolvem psicopatologia. Temos pois que continuar a estudar outras características associadas. Há muitos factores familiares que aumentam a probabilidade de aparecerem perturbações emocionais ou do comportamento. Alguns dos factores parecem aumentar a probabilidade do aparecimento de um vasto leque de perturbações psicológicas, mais do que de uma forma específica de psicopatologia. Este facto explica o elevado nível de co-morbilidade nas perturbações do comportamento em crianças e adolescentes. Por exemplo, um dos mais frequentes correlatos de diferentes formas de psicopatologia é a desvantagem socioeconómica. Mas nós sabemos que as desvantagens socioeconómicas estão associadas a outros factores como fracas condições de habitação, fracos recursos educacionais, desemprego, lares mono-parentais, stress financeiro acrescido, psicopatologia parental (particularmente depressão e abuso de álcool e drogas), áreas residenciais com altas taxas de crime, deficientes recursos de socialização e lazer. Estas variáveis estão por seu lado associadas com a psicopatologia do jovem (Dodge, Pettit & Bates, 1994). Contudo algumas destas variáveis, apesar de associadas ao aparecimento de perturbações psicológicas, não têm um efeito directo na psicopatologia (Dodge & al., 1994, Patterson, 1996), por exemplo algumas crianças de famílias pobres, mono-parentais e com desempregados, podem emergir relativamente ajustadas se os pais forem saudáveis mentalmente e tiverem competências parentais fortes.

A ansiedade dos pais, a depressão e o abuso do álcool foram associadas com um amplo leque de problemas mentais na infância e na adolescência (Rutter & al., 1990) Também aqui, uma vez mais é importante determinar os mecanismos através dos quais a psicopatologia parental actua. A uma inter-relação complexa entre a psicopatologia parental, a discórdia familiar, a falta de apoio de um parceiro, divórcio ou separação, núcleo familiar mono-parental, exposição acrescida a stressores ambientais (p.e., dificuldades económicas), competências parentais pobres, padrões de comunicação negativos na família. Todas estas variáveis foram identificadas como factores de risco no aparecimento de perturbações psicológicas (Mrazek & Haggerty, 1994; Spence, 1996a), mas é difícil isolar e identificar inter-relações. A investigação sugere que as variáveis cruciais nesta rede são as competências parentais e os padrões de comunicação entre os pais e os jovens (Harnish, Dodge, Valente & Conduct Problems Prevention Research Group, 1995), contribuindo o seu défice para um vasto leque de perturbações nos jovens: depressão (Kaslow & Racusin, 1994), perturbação do défice de atenção (Barkley, 1989), etc. Há no entanto também provas de que esta relação pode ser recíproca, isto é que o comportamento difícil da criança ou do jovem pode provocar respostas parentais negativas (Barkley, 1989). Vários autores relacionaram as dificuldades parentais com o desenvolvimento de ansiedade e depressão nos jovens (Sanders, Dadds & Barrett, 1995), contudo, a maior parte da investigação refere-se especificamente a esta relação para as perturbações do comportamento.

Acontecimentos de vida negativos

Embora em geral a investigação refira que dificuldades emocionais e comportamentais nos jovens estão associadas com uma maior exposição a acontecimentos de vida importantes e negativos (Goodyer & Altham, 1991), muitos jovens vivem traumas maiores como a morte de um dos pais, a separação da família, guerra, desastres, e não desenvolvem sintomas significativos em termos psico-patológicos. Também neste caso os acontecimentos de vida negativos *per si*, parecem não bastar para explicar o aparecimento de sintomas psico-patológicos. Factores que reduzem o impacto negativo de acontecimentos de vida adversos parecem ser o apoio social e o facto de o jovem ter uma estratégia de lidar com a situação com enfoque na solução de problemas (Compas, 1987). Também nesta situação podemos pensar que os acontecimentos traumáticos tomam lugar numa sequência de mudanças que culminam em práticas parentais inadequadas e comunicação pobre entre os jovens e os pais, isto é, a relação entre os acontecimentos traumáticos e os seus efeitos no aparecimento de perturbações no jovem pode ser mediada pela comportamento parental (McFarlane, 1987).

Características intrínsecas da criança/adolescente

Para além dos factores referidos há também características intrínsecas da criança/adolescente, que o(a) põem em maior ou menor risco (Coie & al., 1994), como são exemplo o temperamento e o funcionamento intelectual. Um temperamento precoce caracterizado por irritabilidade, níveis de choro muito elevados, sono irregular e problemas alimentares está associado a perturbações de externalização no futuro (Prior, 1992).

Dificuldades de funcionamento intelectual e dificuldades de aprendizagem foram também associados a uma maior prevalência de um vasto leque de perturbações emocionais e comportamentais nas crianças e adolescentes, incluindo perturbações de comportamento, perturbação do défice de atenção e da hiperactividade e depressão (Farrington, 1995). O mecanismo pelo qual as dificuldades de funcionamento intelectual actuam também não é claro, é possível que seja o fracasso escolar a recta de lançamento para esta trajectória de perturbações de comportamento, baixa auto-estima e depressão. Também podemos considerar que os os mesmos factores biológicos podem estar por trás das dificuldades de funcionamento intelectual, défice de atenção, impulsividade e temperamento "difícil" em algumas crianças e jovens. Até a compreensão destes mecanismos de acção ser clara, todos estes factores devem ser apenas factores associados ao risco para os quais podem ser dirigidos esforços preventivos. O estilo cognitivo do jovem foi também relacionado com perturbações psicológicas. Por exemplo um estilo pessimista na interpretação da informação está associado à depressão no jovem (Jaycox, Reivich, Gillham e Seligman, 1994), um estilo hiper-atento ligado a uma interpretação de ameaça sistemática, está ligado à ansiedade em jovens (Kendall, 1991). Do mesmo modo jovens agressivos são caracterizados por um enviesamento do processamento de informação na direcção da confrontação e da ameaça (Lochman & Dodge, 1994). Comportamentos precoces de sintomatologia ligeira, foram associados a níveis clínicos de psicopatologia, mais tarde. Por exemplo, o comportamento agressivo precoce é por si só, o melhor indicador do risco de agressão e delinquência mais tarde (Guerra, Huesmann, Tolan & Van Acker, 1995; Loeber, 1990).

Factores protectores

Recentemente os investigadores começaram a estudar sistematicamente influências protectoras que produzam resiliência contra factores de risco adversos. Rutter (1987) refere ainda que factores protectores não são meramente um contínuo cujo extremo oposto constitui um factor de risco. O conceito de factores de protecção implica um efeito activo na diminuição do impacto dos factores de risco ou, por vezes, factores associados a um ponto de viragem na trajectória

desviante no sentido de um resultado mais adaptativo a longo prazo. Para além dos já referidos factores familiares (competências parentais e comunicação positiva), a supervisão parental e a regulação das actividades dos jovens com o grupo de pares fora de casa foram identificadas como factores que reduzem a delinquência em crianças educadas num envolvimento de alto risco (Patterson & Stouthamer-Loeber, 1984).

Também aqui se podem considerar as características intrínsecas da criança como tendo um efeito protector contra o desenvolvimento de perturbações emocionais e de comportamento, tais como um elevado mas realista auto-conceito, um conjunto de competências (competências de comunicação interpessoal, de identificação e solução de problemas, competências de evitar envolvimento ligados ao risco), e o sucesso escolar (Matos, 1997a; Matos 2001, Matos 2002; Matos & Simões, 2003; Matos & al, 2003; Rutter, 1987; Werner, 1987). Para além destes, Jessor (1998) refere também como factores protectores, a valorização da capacidade de realização ("eu sou capaz") e a valorização da saúde ("eu quero ter saúde").

O'Donnell, Hawkins e Abbott (1995) identificaram diversos factores que inibiam o risco de subsequente envolvimento em actos delinquentes, num conjunto de jovens que os professores identificaram como agressivos com 10-11 anos. Os factores que diferenciaram os jovens com comportamentos delinquentes dos outros foram as competências pró-sociais, a ligação à escola e a realização escolar, as normas contra o uso de substâncias, o tipo de interacção com adultos e pares com comportamento anti-social. No entanto também no que diz respeito a factores protectores, é importante identificar o mecanismo através do quais estes evitam o impacto negativo dos factores de risco, uma vez que, também aqui é de considerar uma complexa rede de inter-relações.

Benard (1995) fala de situações de protecção ligadas a uma vinculação social (facilitando uma filiação e uma autonomia), à participação social (associada a uma competência pessoal, a uma motivação intrínseca, e à percepção de segurança pessoal) e a expectativas de futuro positivas (associadas à percepção de competência, segurança pessoal e acessibilidade).

Implicações para a prevenção

Apesar de um objectivo importante de programas preventivos ser reduzir a exposição dos jovens a factores de risco, a maior parte das vezes tal não é possível. Para estes jovens o objectivo da prevenção poderá ser o reduzir o impacto de factores de risco promovendo as competências pessoais e sociais dos jovens (Matos, 1997a; Matos & Simões, 1999; Matos et al, 2000; Matos, 2001; Matos, 2002, Matos & Simões, 2003, Matos et al 2003) e aumentar as competências parentais.

No que diz respeito à família, os estudos que revimos mostram dois factores

cruciais que mediatizam a influência dos factores de risco ambiental no desenvolvimento de perturbações emocionais e de comportamento: as competências parentais e os padrões de comunicação adolescente- pais. Parece pois vantajoso incluir um apoio aos pais nestas áreas com vista a robustecer as suas competências e favorecer a diminuição do impacto de factores de risco do envolvimento sobre o jovem. Por outro lado um conjunto de características intrínsecas à criança foram associadas ao desenvolvimento de perturbações emocionais e de comportamento, pelo que os programas de intervenção directa com os jovens poderiam facilitar nestes a promoção de competências pessoais e sociais tais como identificação e solução de problemas, planeamento, estratégias de lidar com situações e pessoas, competências escolares ((Matos,. 1997a; Matos & Simões, 1999; Matos et al, 2000; Matos, 2001; Matos, 2002, Matos & Simões, 2003, Matos et al 2003). Do mesmo modo um outro factor de protecção a desenvolver seria o desenvolvimento de uma rede social de apoio, com outras pessoas chave na vida do adolescente.

Avaliação de programas de prevenção

Está para além do âmbito deste trabalho uma revisão detalhada de estratégias de intervenção preventivas e respectiva avaliação. Tal pode no entanto ser encontrada no trabalho de Mrazek e Haggerty (1994). Reforçamos aqui a necessidade de envolver multi-métodos e multi-informantes, e de proceder a avaliações de processo, produto, impacto, sustentabilidade e manutenção a médio e longo prazo (follow-up)

A literatura que descreve intervenções preventivas varia consideravelmente em termos do rigor metodológico dos métodos de avaliação. No entanto alguns estudos são particularmente convincentes, sugerindo que algumas das intervenções foram mesmo eficazes na prevenção ou pelo menos na atenuar da psicopatologia dos jovens.

Intervenções preventivas universais

As intervenções universais como já referimos são aplicadas ao conjunto da população. Algumas foram destinadas a aumentar a saúde mental em geral, outras tiveram objectivos mais específicos como problemas de comportamento, ansiedade, depressão ou abuso de substâncias. A maioria destas intervenções foi implementada no contexto escolar. Por exemplo, o projecto de Desenvolvimento Social de Seattle foi baseado na referência teórica que uma vinculação forte à família e à escola seria um factor de protecção para a delinquência e abuso do consumo de substâncias. Como pontos fundamentais no processo de aumento da protecção foram considerados: um aumento do sentimento de vinculação, um envolvimento activo e comprometido, crenças ligadas à participação em actos

delinquentes e os de abusos de substâncias. O projecto incluiu uma intervenção com os professores na sala de aula visando competências de gestão e ensino, promoção de competências de resolução de problemas interpessoais nos jovens, e incluiu um trabalho de promoção de competências parentais. O programa foi avaliado em zonas de alta criminalidade e os jovens incluídos no projecto iniciaram-se menos frequentemente em comportamentos delinquentes e abuso de álcool e mostraram, 4 anos depois, maior realização escolar, comparados com os seus colegas não incluídos no projecto (Hawkins et al., 1992). O abuso de álcool e drogas foi objecto de numerosas acções preventivas. Price (1995) apresentou várias abordagens na prevenção do abuso de substâncias que incluem estratégias baseadas na escola, estratégias com enfoque na família, estratégias com enfoque nos *media*. A prevenção do abuso de substâncias sublinha bem as várias perspectivas que têm de ser tomadas em consideração e, apesar de não haver soluções fáceis, algumas intervenções universais relatam efeitos muito positivos (Caplan & al., 1992; Ellickson & Bell, 1990; Perry & al., 1989).

Intervenções preventivas selectivas

Os esforços preventivos selectivos são levados a cabo junto de indivíduos que são membros de um grupo, cuja pertença os coloca em risco acrescido de desenvolvimento de perturbações emocionais e de comportamento. Nos últimos 20 anos, as intervenções preventivas foram implementadas junto de um leque variado de grupos de alto risco, tendo como principal enfoque os pais e as famílias que são confrontadas com grandes transições de vida e/ou situações de alto risco. Estes incluem grupos caracterizados por uma psicopatologia parental, nascimentos prematuros, famílias mono-parentais, privação socioeconómica, gravidez na adolescência, divórcio, falecimento de um familiar próximo, exposição a circunstâncias traumáticas e transições escolares. Dada a forte evidência de que os factores de risco têm um efeito multiplicativo e não meramente aditivo, os grupos de jovens expostos a múltiplos factores de risco aparecem como alvos privilegiados de uma acção preventiva. Por exemplo, Dishion e Andrews (1995) apresentam uma intervenção destinada a prevenir as perturbações do comportamento em adolescentes de alto risco, com pelo menos quatro factores de risco de entre um leque variado. Fraca relação com os pais, falta de motivação escolar, problemas de comportamento, uso precoce de substâncias, uso de substâncias pelos familiares próximos, vida com acontecimentos stressantes. A intervenção incluiu um programa de gestão de conflitos junto dos pais, e foi bem sucedida na redução de conflitos na família e de problemas de comportamento na escola. Matos (1995, 1997a, 2000) refere um programa de intervenção preventivo, com base na comunidade escolar, em que crianças de 8 anos são incluídas num programa de promoção e competências de relacionamento interpessoal, incluindo

as componentes de comunicação interpessoal, identificação e solução de conflitos e competências sociais e assertividade, como estratégia preventiva do desenvolvimento de perturbações de comportamento. Registaram-se melhorias significativas ao nível da relação com os colegas e professores, resultados estes mantidos a um ano. Um programa de intervenção com o mesmo referencial teórico, foi implementado junto de jovens de rua Angolanos (Matos & Fonseca, 1999), no âmbito de um programa de formação e inserção profissional e um outro programa com jovens não institucionalizados mas sujeitos a medidas tutelares (Matos & al, 2000). Em ambos os casos o objectivo do programa era evitar a delinquência e a exclusão social, na sequência de uma trajectória desviante em termos de desenvolvimento pessoal e social. A avaliação de follow-up do programa com jovens tutelados ainda se encontra em curso. A componente de intervenção com os pais, não foi possível de implementar, em nenhum destes 3 programas de intervenção, por dificuldades na execução do programa.

Intervenções preventivas precoces (indicativas)

Como já referimos, uma abordagem preventiva precoce (indicativa) tem como grupo alvo indivíduos que exibem um factor de risco, condição ou especificidade que os identifica como estando em elevado risco de vir a desenvolver uma perturbação emocional ou comportamental. A diferença fundamental entre uma intervenção preventiva selectiva e uma intervenção precoce tem a ver com o grau no qual o factor de risco é intrínseco ao indivíduo ou é mais um factor do grupo ou do envolvimento. As intervenções selectivas têm como alvo indivíduos que foram considerados em risco por pertencerem a um grupo, a cuja pertença esta associada uma maior probabilidade de vir a desenvolver uma perturbação emocional ou comportamental.

As intervenções precoces têm como alvo indivíduos que têm características intrínsecas que os colocam em risco de vir a desenvolver perturbações emocionais ou comportamentais no futuro. Como sabemos que a sintomatologia ligeira precoce é um factor de risco para uma psicopatologia clinicamente significativa mais tarde, os programas que têm como alvo a psicopatologia ligeira, serão encarados como intervenções precoces. Esta abordagem tem como objectivo identificar sintomas iniciais de perturbações emocionais e comportamentais através de programas de rastreio desde os primeiros anos de vida. Estes programas têm como objectivo quebrar a trajectória típica no desenvolvimento de várias formas de psicopatologia que inclui as perturbações do comportamento, a depressão, a ansiedade e os episódios psicóticos.

Foram desenvolvidos vários programas para a identificação precoce de crianças que evidenciaram níveis sub-clínicos de perturbações do comportamento e agressão. Uma grande variedade de abordagens foi usada de modo a interromper a

progressão desde os sinais iniciais de comportamento disruptivo, até mais tarde uma perturbação de comportamento clínica e socialmente significativa. Estas abordagens preventivas incluíram intervenções com pais, intervenções centradas nas crianças, e programas multi-componentes que incluíram uma grande variedade de métodos focados na criança e nos pais. O referencial teórico por trás destas intervenções defende que competências parentais pobres, fracasso académico e falta de competências sociais são factores de risco no desenvolvimento de perturbações de comportamento. Estas intervenções têm pois como principal enfoque uma promoção de competências académicas, sociais e parentais.

Conclusões

Nos últimos 20 anos foram feitos avanços consideráveis, na área da prevenção das perturbações emocionais e comportamentais das crianças e jovens. É neste momento possível identificar factores de risco e de protecção no desenvolvimento de perturbações de comportamento e perturbações de internalização nos jovens, a maioria dos quais é passível de ser alterada através de intervenções psicossociais. A identificação de factores de risco e de protecção associados quer ao desenvolvimento de perturbações de externalização quer ao desenvolvimento das perturbações da internalização, aparece como da maior relevância, nomeadamente em intervenções universais com grupos naturais, em meio escolar, onde estas perturbações coexistem, uma vez que sabemos (Matos, Simões & Canha, 1999; Matos & al, 2000; Matos & al, 2003) que as perturbações da internalização são mais frequentemente referidas pelo género feminino e as perturbações de externalização mais apresentadas pelo género masculino, em jovens em idade escolar entre os 11 e os 16 anos.

Há agora muitos estudos sobre intervenções universais, selectivas e precoces que reportam resultados positivos na redução do risco de desenvolvimento de perturbações emocionais e de comportamento. Há no entanto, muitas perguntas por responder, a maioria das quais têm a ver com a eficácia das intervenções a longo prazo e com as limitações da eficácia das intervenções, em termos de resultados duráveis e traduzíveis na melhoria da qualidade de vida dos jovens incluídos nestas intervenções, sobretudo quando condições extrínsecas extremamente adversas (privação socioeconómica, carências educacionais graves, exclusão social, xenofobia e racismo, exposição a cenários de violência e guerra), não permitem a estes jovens uma igualdade de oportunidades em termos de inserção na comunidade (Matos, 1997a; Matos & Simões, 1999; Matos et al, 2000; Matos, 2001; Matos, 2002, Matos & Simões, 2003, Matos et al 2003).

Referências

- Barkley, R. A. (1989). Hyperactive girls and boys: Stimulant drug effects on mother-child interactions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 30, 379-390.
- Benard, B.(1995)Fostering resilience in Children. Retirado em 6-6-2002 de http://www.ed.gov/datavase/ERIC_Digests/ ed386327.html
- Birchwood, M. (1995). Early intervention in psychotic relapse: Cognitive approaches to detection and management. *Behaviour Change*, 12, 2-19.
- Caplan, G. (1964). *Principles of preventive psychiatry*. New York: Basic Books.
- Caplan, M., Weissberg, R. P., Grober, J. S., Sivo, P. J., Grady, K., & Jacoby, C. (1992). Social competence promotion with inner-city and suburban young adolescents: Effects on social adjustment and alcohol use. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 56-63.
- Coie, J. D., Watt, N. F., West, S. G., Hawkins, J. D., Asarnow, J. R., Markman, H. J., Ramey, S. L. Shure, M. B., & Long, B. (1993). The science of prevention: A conceptual framework and some directions for a National Research Program. *American Psychologist*, 48, 1013-1022.
- Compas, B., Hinden, B. & Gerhardt, C (1995) Adolescent development: pathways and process of risk and resilience. *Annual Review of Psychology*, 46, 265-293
- Compas, B. (1987). *Coping* with stress during childhood and adolescence. *Psychological Bulletin*, 101, 393-403.
- Dishion, T. J., & Andrews, D. W. (1995). Preventing escalation in problem behaviors with high-risk young adolescents: Immediate and 1-Year outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 538-548.
- Downey, G., Lebolt, A., Ricón, C. & Freitas, A. (1998) Rejection sensitivity and children interpersonal difficulties. *Child Development*, 69 (4), 1074-1091
- Dodge, K. A., Pettit, G. S., & Bates, J. E. (1994). Socialization mediators of the relation between socioeconomic status and child conduct problems. *Special Issue: Children and poverty. Child Development*, 65, 649-665.
- Ellickson, P. L., Bell, R. M. (1990). Drug prevention in junior high: A multi-site longitudinal test. *Science*, 247, 1299-1305.
- Farrington, D. P. (1995). The challenge of teenage antisocial behavior. In M. Rutter (Ed.), *Psychosocial disturbances in young people: challenges for prevention* (pp. 83-130). New York: Cambridge University Press.
- Goodyer, I. M., & Altham, P. M. (1991). Lifetime exit events and recent social and family adversities in anxious and depressed school-aged children. *Journal of Affective Disorders*, 21, 219-228.
- Gordon, R. (1987). An operational classification of disease prevention. In: J.A.

- Steinberg & M.M. Silverman (Eds), Preventing mental disorders (pp. 20-26). Rockville, MD: Department of Health and Human Services,
- Guerra, N. G., Huesmann, L. R., Tolan, P. H., & Van Acker, R. (1995). Stressful events and individual beliefs as correlates of economic disadvantage and aggression among urban children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 518-528.
- Harnish, J. D., Dodge, K. A., Valente, E., & Conduct Problems Prevention Research Group. (1995). Mother-child interaction quality as a partial mediator of the roles of maternal depressive symptomatology and socioeconomic status in the development of child behavior problems. *Child Development*, 66, 739-753.
- Hawkins, J. D., Catalano, R. F., Morrison, D. M., O'Donnell, J., Abbott, R. D., & Day, L. E. (1992). The Seattle Social Development Project: Effects of the first four years on protective factors and problem behaviors. In J. McCord & R. Tremblay (Eds.), *The prevention of antisocial behavior in children* (pp. 139-161). New York, NY: Guilford Press.
- Jaycox, L. H., Reivich, K. J., Gillham, J., & Seligman, M. E. P. (1994). Prevention of depressive symptoms in school children. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 801-816.
- Jessor, R. (1998). *New perspectives on adolescent risk behavior*. Cambridge University Press.
- Kaslow, N. J., & Racusin, G. R. (1994). Family therapy for depression in young people. In W. M. Reynolds, & H. F. Johnston (Eds.). *Handbook of depression in children and adolescents* (pp. 345-363). New York: Plenum Press.
- Kendall, P. C. (1991). Considering cognition in anxiety-disordered children. *Special Issue: Assessment of childhood anxiety disorders. Journal of Anxiety Disorder*, 5, 167-185.
- Lochman, J. E., & Dodge, K. A. (1994). Social-cognitive processes of severely violent, moderately aggressive, and nonaggressive boys. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 366-374.
- Loeber, R. (1990). Development and risk factors of juvenile antisocial behavior and delinquency. *Clinical Psychology Review*, 10, 1-41.
- Mangham, C., McGrath, P., Reid, G., & Stewart, M. (1995a). Resiliency: relevance to health promotion - discussion paper. Ministry of supply and services. Catalogue n° H39-330/101995E.
- Mangham, C., McGrath, P., Reid, G., & Stewart, M. (1995b). Resiliency: relevance to health promotion - detailed analysis. Ministry of supply and services. Catalogue n° H39-330/101995E.
- Matos, M. G.; & Equipa do Projecto Aventura Social e Saúde (2003). *A saúde dos*

- adolescentes portuguesas (Quatro anos depois). Edições Faculdade de Motricidade Humana: Lisboa.
- Matos, M. G., Simões, C. & Carvalhosa, S. (Org.). (2000) *Desenvolvimento de Competências de Vida na Prevenção do Desajustamento Social*. Lisboa, Faculdade de Motricidade Humana/Instituto de Reinserção Social – Ministério da Justiça.
- Matos, M. G., Simões, C. (2003). *La delinquenza giovanile – Aspetti relativi al trattamento*. In Pergolizzi, F. (Ed.), *Apprendisti adulti – Interventi di prevenzione e terapia con gli adolescenti*, (235 a 252). McGraw-Hill, Milão.
- Matos, M. G. (2002) *Prevenção na Comunidade, Cidade Solidária – Revista da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa*, 8, V, 38-45
- Matos, M.G. (2001) *Social Adventure*. In *Mental Health Europe Mental Health Promotion of Adolescents and Young People*, pp. 70- 73
- Matos, M., Simões, C., Carvalhosa, S., & Reis, C. (2000). *A saúde dos adolescentes portugueses*. Lisboa: FMH/PEPT-Saúde.
- Matos, M.G. & C. Simões, (1999). *Formação profissional e competências sociais* Revista Formar, 32, 16-26.
- Matos, M., & Fonseca, S. (1999). *Adaptação do programa de competências sociais como prevenção na adolescência*. Paper presented to the Annual Meeting of AFTCC, Paris, França.
- Matos, M., Simões, C., & Canha, L. (1999). *Saúde e estilos de vida em jovens portugueses em idade escolar*. In L. Sardinha, A. Matos. & I. Loureiro (Eds.). *Promoção da saúde: modelos e práticas de intervenção nos âmbitos da actividade física, nutrição e tabagismo* (pp. 217-240). Lisboa: Edições FMH.
- Matos, M. (1997a). *Comunicação e gestão de conflitos na escola*. Lisboa: Edições FMH.
- Matos, M. (1997b). *Aventura social na multiculturalidade*. *Análise Psicológica*, 3 (XV), 425-431.
- Matos, M., Simões, C., Carvalhosa, S., & Reis, C. (2000). *A saúde dos adolescentes portugueses*. Lisboa: FMH/PEPT-Saúde.
- McFarlane, A. C. (1987). *Posttraumatic phenomena in a longitudinal study of children following a natural disaster*. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 26, 764-769.
- Mrazek, P. J., & Haggarty, R. J. (Eds.). (1994). *Reducing the risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research*. Washington, DC: National Academy Press.
- O'Donnell, J., Hawkins, J. D., & Abbott, R. D. (1995). *Predicting serious delinquency and substance use among aggressive boys*. Special section:

- Prediction and prevention of child and adolescent antisocial behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(4), 529-537.
- Patterson, G. R. (1996). Some characteristics of a developmental theory for early-onset delinquency. In M. F. Lenzenweger & J. J. Haugaard (Eds.), *Frontiers of developmental psychopathology*. (pp. 59-71). New York: Oxford University Press.
- Patterson, G. R., & Stouthamer-Loeber, M. (1984). The correlation of family management practices and delinquency. *Child Development*, 55, 1299-1307.
- Perry, C. L., Grant, M., Ernberg, G., Florenzano, R. U., Langdon, M. C., Myeni, A. D., Waahlberg, R., Berg, S., Anderson, K., Fisher, K. J., Blaze-Temple, D., Cross, D., Saunders, B., Jacobs, D. R., & Schmid, T. (1989). WHO Collaborative Study on Alcohol Education and Young People: Outcomes of a four-country pilot study. *The International Journal of the Addictions*, 24, 1145-1171.
- Price, J. (1995) Substance abuse: Risks and opportunities for prevention. In B. Raphael & G. D. Burrows (Eds.). *Handbook of studies on preventive psychiatry*. (pp. 531-548). Amsterdam: Elsevier Science B. V.
- Prior, M. (1992). Childhood temperament. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 33, 249-281.
- Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57, 316-331.
- Rutter, M., Macdonald, H., Le Couteur, A., Harrington, R., Bolton, P., & Bailey, A. (1990). Genetic factors in child psychiatric disorders- II Empirical findings. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 31, 39-83.
- Sanders, M. R., Dadds, M. R., & Barrett, P. M. (1995). The prevention of anxiety and stress related disorders in children. In B. Raphael & G. D. Burrows (Eds.). *Handbook of studies on preventive psychiatry* (pp. 399-421). Amsterdam: Elsevier Science B.V.
- Spence, S. H. (1996a). A case for prevention. In P. Cotton & H. Jackson (Eds.), *Early intervention and prevention in mental health* (pp. 1-19). Melbourne: The Australian Psychological Society.
- Wang, M., Reynolds, M. & Walberg, H. (1995). *Handbook of Special and Remedial Education: research and practice* (2nd ed.). Great Britain: Pergamon.
- Werner, E. E. (1987). Vulnerability and resiliency in children at risk for delinquency: A longitudinal study from birth to young adulthood. In J. D. Burchard & S. N. Burchard (Eds.), *Prevention of delinquent behavior*. (pp. 16-43). Beverly Hills: Sage.
- Yule, W. (1991). Work with children following disasters. In M. Herbert (Ed.),

Clinical child psychology: A social learning approach to theory and practice. (pp. 223-241). Chichester: John Wiley.

Resiliência e saúde

Celeste Simões

Introdução

Ao longo da nossa vida somos confrontados com desafios que nos proporcionam fascinantes descobertas acerca de nós próprios e do mundo que nos rodeia. No entanto, estes desafios também podem constituir factores de stress e, como tal, factores de risco para um bom ajustamento. A forma como ultrapassamos estes desafios depende dos recursos internos e externos que cada um de nós tem ao seu dispor.

Todas as pessoas possuem mais ou menos recursos, pessoais e ambientais, que os defendem do surgimento de problemas. Estes recursos são colocados à prova em situações de stress, adversidade ou risco que "precipitam" as pessoas ao encontro de consequências negativas. Mas nem sempre o encontro é uma realidade. Quando assim acontece, diz-se que se está perante pessoas resilientes. Tavares (2001), refere-se à pessoa resiliente como "... alguém flexível, aberto, criativo, livre, inteligente, emocionalmente equilibrado, autêntico, empático, disponível, comunicativo, capaz de resistir às mais variadas situações mais ou menos complicadas e difíceis, sem partir, sem perder o equilíbrio, por mais adversas que essas situações se lhe apresentem, p.57". Uma das questões que levantou o interesse por esta área de estudo relativamente recente, foi precisamente o facto de indivíduos perante situações de risco não apresentarem sinais de desajustamento, como à partida era esperado, ou um desajustamento a longo prazo ou para toda a vida (Luthar & Zigler, 1991). A resiliência tornou-se assim um modelo de análise abrangente, que apresenta uma ênfase especial nos factores e processos de protecção que, em condições adversas a um desenvolvimento saudável, conseguem inverter o percurso de factores de risco.

De acordo com a sua origem etimológica (do latim, *resillire*), resiliência quer dizer "saltar para trás". Segundo Garmezy (1993), por definição, a resiliência constitui uma qualidade elástica, que envolve a capacidade de distender sob o efeito do stress e depois voltar ao normal. A resiliência pode assim ser conceptualizada como um tipo de plasticidade ou flexibilidade. A plasticidade fornece um índice através do qual a mudança pode ser medida e, deste modo, a flexibilidade da pessoa para lidar com essa mesma mudança (Staudinger, Marsiske, & Baltes, 1993). Um dos princípios da definição de resiliência é o de que tem de haver risco ou experiências stressantes num determinado período da vida do sujeito (McGloin & Widom, 2001). Nas crianças, o atributo de resiliente

envolve a capacidade de ultrapassar factores de risco a que estão expostas e, conseqüentemente, de evitar conseqüências negativas, tais como a delinquência, problemas de comportamento, desajustamento psicológico, dificuldades académicas e problemas a nível físico (Hauser, Vieyra, Jacobson, & Wertreib, 1985). Alguns autores colocam nas suas definições de resiliência uma ênfase especial nas conseqüências perante situações de risco. Por exemplo, Rutter (1987) define resiliência como o resultado de processos de protecção que permitem ao indivíduo lidar com sucesso com adversidades. Para Garnezy (1999), a resiliência traduz-se na manifestação de competência, apesar da exposição a factores de risco significativos. Segundo Masten (1999b), a resiliência refere-se geralmente à apresentação de comportamentos desejados, em situações em que o funcionamento adaptativo ou o desenvolvimento estão significativamente ameaçados por acontecimentos ou situações de vida adversas.

Mangham, McGrath, Reid, e Stewart (1995a) definem resiliência como "a capacidade que os indivíduos e sistemas (famílias, grupos e comunidades) têm para lidar com sucesso com adversidades ou riscos significativos. Esta capacidade desenvolve-se e modifica-se ao longo do tempo, é aumentada por factores de protecção do indivíduo, sistema ou envolvimento, e contribui para a manutenção ou promoção da saúde, p.4". Esta definição salienta o facto de a resiliência não ser um traço fixo e estável ao longo do tempo, mas sim sujeito a mudança em função das variações nos factores de risco e de protecção. A resiliência é assim um processo dinâmico, que se desenvolve a partir das relações que se estabelecem com o meio ao longo da vida (Pereira, 2001). O facto de que uma pessoa seja classificada de resiliente numa determinada altura não implica que continue sempre a ter um bom ajustamento.

O dinamismo associado ao conceito de resiliência, deixa em aberto a possibilidade de poder promover factores que lhe estejam associados. A resiliência é geralmente vista como um balanço entre o stress e a adversidade por um lado, e a capacidade para lidar e a disponibilidade de apoio por outro (Mangham, McGrath, Reid, & Stewart, 1995b). Como diz Werner (1989, 1994), para a resiliência é necessário um equilíbrio entre factores de risco e de protecção, isto é, se existem mais factores de risco também são necessários mais factores de protecção que os compensem. E são precisamente estes factores de protecção que se podem desenvolver, estimular, ou melhorar, para que seja possível fazer face a riscos que muitas vezes são extremamente difíceis, e por vezes mesmo impossíveis de mudar. Sendo a resiliência um processo positivo que conduz à saúde (Mangham et al., 1995b), parece extremamente importante a concentração de esforços na promoção de recursos internos e externos a ela aliados.

Grotberg (1997) apresenta uma definição de resiliência, onde salienta os seus aspectos base, isto é, sucesso apesar da adversidade, mas coloca um foco especial

no sucesso. Segundo a autora, a resiliência permite em certas situações atingir níveis superiores de desenvolvimento, comparativamente com aquele que existia antes da ocorrência do problema. Para Grotberg, a resiliência é a capacidade que as pessoas têm para suportar, superar e, possivelmente, sair "superiores" de experiências de adversidade. Esta superioridade, em termos de força e maturidade, é algo bem vincado no conceito de resiliência sugerido pela autora. Como diz Grotberg, a resiliência pode ser encontrada em pessoas, grupos ou comunidades e pode fazer mais forte a vida dos que são resilientes. Um outro aspecto interessante, e de certo modo inovador nesta concepção de resiliência em relação a outras definições, é a de que esta pode ser promovida não necessariamente por causa da adversidade, mas como antecipação a adversidades inevitáveis (Grotberg, 1995).

Esta capacidade de ultrapassar as dificuldades que aparecem na nossa vida, tem sido perspectivada por alguns autores como uma capacidade excepcional, que envolveria uma resistência extrema, ou seja como invulnerabilidade. Cowen e Work (1988), por exemplo, referem-se ao conceito de resiliência como sendo análogo ao conceito de invulnerabilidade. Revisões realizadas por alguns autores, encontraram outros termos utilizados como sinónimo de resiliência, e que vão precisamente no sentido de ser inatingível: sobreviventes, heróis, pessoas modelo (Tarter & Vanyukov, 1999), crianças de ouro (Beauvais & Oetting, 1999), invencíveis (McGloin & Widom, 2001), e invulneráveis (Kaplan, 1999).

A invulnerabilidade implica que a pessoa não seja atingida (Garmezy, 1993). Contudo, não é isso que geralmente acontece com as pessoas, sejam elas resilientes ou não. Ralha-Simões (2001) fala de uma menor vulnerabilidade apresentada por alguns indivíduos, como base da resiliência. Refere ainda que esta menor vulnerabilidade não é devida a um bloqueio à entrada de estímulos do envolvimento, mas sim resultado de uma maior capacidade de adaptação que lhe permite um continuado ajuste às circunstâncias da vida, mesmo as menos favoráveis. Talvez, como referem Beauvais e Oetting (1999), este tipo de perspectiva, de algo fantástico ou transcendente, tivesse lugar pelo desconhecimento dos processos que deram origem ao sucesso. Actualmente alguns desses processos são conhecidos, e a perspectiva que prevalece é a de que a resiliência está em todos nós (Benard, 1995; Ralha-Simões, 2001), cidadãos comuns, pessoas "ditas normais". A resiliência é hoje entendida mais como um factor de equilíbrio pessoal e social (Tavares, 2001), que permite um funcionamento adaptado (Callahan, Rogé, Cardenal, Cayrou, & Sztulman, 2001), do que como um factor impossível de desestabilizar.

Factores e Processos Envolvidos na Resiliência

Como já foi possível referir, vários factores e processos participam na

manifestação da resiliência: factores de risco, factores de protecção, processos de risco e processos de protecção. A forma como estes factores interagem pode assumir diversas formas, sendo pois possível encontrar nos modelos de resiliência diversos processos aliados aos mesmos factores.

Factores de Risco

Segundo Kaplan (1999), os factores de risco são preditores de consequências desfavoráveis ou são manifestações precoces de futuros comportamentos. Coie et al. (1993) referem que os factores de risco consistem em variáveis que aumentam a probabilidade de aparecimento, de maior gravidade e maior duração de problemas de saúde mental. De acordo com os autores, estes factores podem ser agregados em diversas categorias, nomeadamente: circunstâncias familiares (baixo estatuto social, conflitos familiares, doença mental, famílias numerosas, fracas ligações com os pais, desorganização familiar, modelos desviantes); dificuldades emocionais (abuso, apatia, imaturidade emocional, acontecimentos de vida stressantes, baixa auto-estima, descontrolo emocional); problemas escolares (insucesso escolar, falta de interesse pela escola); contexto ecológico (desorganização comunitária, racismo, desemprego, pobreza extrema); problemas interpessoais (rejeição pelos pares, alienação ou isolamento); défice de competências (baixo Q.I., défice de competências sociais, défice de atenção, dificuldades de aprendizagem, fracos hábitos e competências de trabalho). Para Rutter (1987), o risco refere-se a variáveis cuja presença leva à patologia ou desajustamento. A investigação realizada nesta área está repleta de dados que confirmam a existência deste tipo de associações entre o risco e o desajustamento (Barocas, Seifer, & Sameroff, 1985; Garnezy, 1991a, 1993; Hauser et al., 1985; Masten et al., 1999; Nettles & Pleck, 1996; Robins, John, Caspi, Moffitt, & Stouthamer-Loeber, 1996; Rutter, 1979, 1996; Rutter, Harrington, Quinton, & Pickles, 1994; Werner, 1989, 1994; Werner & Smith, 2001). O impacto que os factores de risco têm sobre os indivíduos varia em função de múltiplas variáveis, nomeadamente, das características dos factores de risco, das características dos indivíduos expostos aos riscos, e da interacção entre os indivíduos e o risco. Masten et al. (1988) realizaram um estudo, no qual verificaram que as crianças em desvantagem familiar e social eram de um modo geral menos competentes. Os rapazes eram menos competentes socialmente do que as raparigas, e quando o stress era elevado, pareciam menos protegidos pelas qualidades positivas da família, apresentando mais comportamentos disruptivos e de oposição. Nas raparigas, a competência da mãe, em termos de estilo parental, apareceu como uma variável fundamental. As raparigas com poucos recursos, particularmente aquelas que não tiveram uma mãe competente, parecem estar em maior risco de comportamento disruptivo. Parece assim, que uma das características pessoais em interacção com os factores de risco é o género dos indivíduos. O estudo

longitudinal de Werner e Smith (2001), realizado no Havai, mostrou também que os factores que mais contribuem para uma má adaptação aos 40 anos de idade são diferentes para os homens e para as mulheres. Para os homens, os factores que mais se destacaram foram: o número de acontecimentos de vida stressantes na primeira década de vida, a necessidade de educação especial aos 10 anos, a exposição a um pai com problemas com o álcool ou problemas mentais na infância e adolescência, os problemas com o consumo de substâncias entre os 18 e os 40 anos, e o número de acontecimentos de vida stressantes na quarta década de vida, constituíram os factores mais influentes para uma má adaptação aos 40 anos de idade. Para as mulheres, a ocorrência de uma doença grave ou acidentes entre o nascimento e os dois anos de vida, a morte de um irmão entre os 2 e os 10 anos, a necessidade de cuidados de saúde mental aos 10 anos, a exposição a um pai com problemas com o álcool ou problemas mentais na adolescência, os conflitos na relação com a mãe, e o número de referências em serviços de saúde para problemas de saúde mental durante a adolescência, foram os principais factores que contribuíram para uma má adaptação na idade adulta.

É importante não confundir factores de risco com processos de risco. Em qualquer altura da vida, a pobreza e a desvantagem social estão acompanhadas por um aumento do risco de psicopatologia. A pobreza tem um papel crítico no mau desenvolvimento de muitas crianças. Persiste um ciclo natural nos ambientes empobrecidos que envolve um mau estatuto de saúde, abandono escolar e oportunidades de emprego limitadas. Existem provas de continuidade entre duas gerações, em cerca de metade das famílias em desvantagem socioeconómica, em relação à inteligência, realização educacional, ocupação, crime e desordens psiquiátricas (Garmezy, 1991b). No entanto, a investigação tem mostrado que é pouco provável que os processos de risco se encontrem na pobreza ou nas más condições de vida por si. Os dados empíricos têm sugerido que os efeitos destas desvantagens estão associados à desorganização e quebra na estrutura familiar geralmente associadas a esses contextos (Rutter, 1996).

A estrutura social da família ou o *background* familiar tem constituído precisamente um dos factores utilizados para operacionalizar o risco na investigação conduzida na área da resiliência (Gore & Eckenrode, 1996). A família constitui um dos contextos mais importantes ao longo do desenvolvimento do indivíduo. Como tal, é natural que os factores e processos com ela relacionados se reflectam no ajustamento dos jovens. Factores relacionados com a estrutura física, social e psicológica das famílias e dos seus elementos, podem ser determinantes para o encontro de dificuldades e, conseqüentemente, de desajustamento a vários níveis. Por exemplo, Werner (1989) apresenta como factores negativos ligados à família, os irmãos com pouca diferença de idade, mãe solteira, pai ausente, disrupções familiares e separações durante o primeiro ano de

vida. Alguns dos problemas na estrutura familiar mais estudados, inclusive através de estudos longitudinais, são o divórcio, as famílias mono-parentais, os maus tratos, as perturbações mentais e a desvantagem socioeconómica.

Também os factores de stress singulares (Gore & Eckenrode, 1996) têm constituído factores de risco alvo, no estudo da resiliência. A percepção de um acontecimento como stressante é fundamental para o desencadeamento do stress. Segundo Lazarus e Folkman (1984), os acontecimentos podem ser vistos como positivos, negativos ou neutros em termos de consequências, sendo designados como benignos, stressantes ou irrelevantes. São os acontecimentos percebidos como stressantes que geram stress. A este propósito, Rutter (1996) salienta o papel activo que as pessoas têm no impacto dos factores de risco. As pessoas seleccionam e moldam os seus envolvimentos. Um determinado factor de stress ou acontecimento não é vivido por todos indivíduos de uma família da mesma maneira, devido a factores individuais, à forma como se percebe o acontecimento, ao grau de envolvimento, às interacções que se estabelecem e à forma como se percebem e processam as interacções. Assim, é fácil perceber que a forma como se percebe e age sobre os acontecimentos determina uma parte significativa do impacto da adversidade e do stress.

A avaliação de um acontecimento como stressante pode desencadear reacções de ansiedade, medo, tristeza, falta de esperança, culpa, zanga, hostilidade, etc. (Garmezy & Rutter, 1985; Ribeiro, 1998). São múltiplos os acontecimentos que podem ser percebidos como ameaças ao bem-estar. Encontram-se referências a pequenos problemas do dia-a-dia, baixo estatuto sócio-económico (Luthar & Zigler, 1991), perdas pessoais, relações interpessoais cronicamente perturbadas (Garmezy & Rutter, 1985), divórcio, abandono, abuso, alcoolismo, acidentes, doença, morte, assaltos, perda do emprego, mudanças significativas na vida (Grotberg, 1997), factores relacionados com a saúde física, com a casa e a vizinhança, com os filhos, com a família alargada e com os amigos (Moss & Swindle, 1990, cit. in Ogden, 1996), e a percepção de riscos ambientais (Lima, 2004). Evans e Cohen (1987, cit. in Israel & Schurman, 1990) apresentam uma divisão dos acontecimentos stressantes em cinco categorias: acontecimentos significativos de vida, como por exemplo, morte de uma pessoa querida, casamento, divórcio, perda de emprego, nascimento de uma criança, mudança de residência; incómodos do dia-a-dia, como por exemplo, cumprimento dos prazos de trabalhos, reparações em casa, falta de dinheiro, falta de tempo livre; tensões crónicas, que envolvem por exemplo, dificuldades mantidas no tempo (pobreza, desemprego a longo prazo, racismo, conflitos familiares); acontecimentos catastróficos ou traumáticos, onde se incluem dilúvios, tremores de terra, tempestades, acidentes nucleares, guerras, aprisionamento; stressores ambientais, os mais permanentes e menos modificáveis e que são, entre outros, o caso da

poluição do ar e da água, ou a exposição a ruído ambiental crónico.

Apesar de a estrutura familiar e os factores de stress singulares constituírem importantes factores na operacionalização do risco na investigação na área da resiliência, mais frequentemente utilizados neste campo são os acontecimentos de vida stressantes acumulados (Gore & Eckenrode, 1996).

Os factores de risco têm mútuas influências directas ou indirectas, para além dos seus efeitos aditivos. Um factor de stress pode ter uma influência forte, se existir um ou mais factores de risco (Kaplan, 1999). O autor dá como exemplo os problemas de saúde mental dos pais que aumentam a probabilidade de que os acontecimentos stressantes dêem, por sua vez, origem à depressão. Gore e Eckenrode (1996) apresentam resultados de estudos conduzidos por Brown e Harris (1978, 1989), que indicam que a ocorrência de um determinado acontecimento prediz episódios de depressão, mas que a sua probabilidade triplica se esse acontecimento ocorrer num contexto de um stressor crónico, como por exemplo, dificuldades a longo prazo. Masten et al. (1988) salientam que as crianças com baixo quociente de inteligência, baixo estatuto sócio-económico, e qualidades familiares menos positivas, têm mais probabilidade de ser disruptivas na presença de níveis elevados de stress.

Forehand, Biggar, e Kotchick (1998) referem que uma única disrupção na vida da família, independentemente do tipo (p.e., divórcio, humor deprimido dos pais), pode apenas ter um pequeno efeito, mas múltiplas disrupções podem acumular e levar a interferência com o ajustamento psicossocial dos jovens famílias. O autor refere que os resultados de alguns estudos vão no sentido de encontrar uma relação positiva entre o número de factores de risco na família e os problemas de ajustamento social dos jovens.

O facto do número de factores de risco constituir uma peça fundamental na compreensão dos processos aliados ao desajustamento, foi levantado por Rutter (1979) que verificou que a combinação de quatro factores de stress quadruplicava a probabilidade de desajustamento em relação à combinação de três factores de stress. Esta hipótese, conhecida como risco acumulado (*cumulative risk*), destaca como questão crucial o número de factores de risco, e não propriamente o tipo ou um grupo particular de factores de risco, no ajustamento psicossocial a curto ou a longo prazo (Daeater-Deckard, Dodge, Bates, & Pettit, 1998; Forehand et al., 1998; Gorman & Pollitt, 1996). De acordo com esta hipótese, a acumulação de acontecimentos de vida stressantes está associada à predição de consequências negativas. Assim, lidar com múltiplos stressores é uma tarefa que se torna cada vez mais difícil à medida que aumentam os factores de stress (Kupersmidt, Burchinal, & Patterson, 1995).

Esta hipótese tem sido testada e confirmada em alguns estudos. Por exemplo, Werner (1996) verificou que dois terços de um grupo de participantes no estudo

longitudinal realizado na ilha de Kauai no Havai, que tinham quatro ou mais factores de risco, incluindo pobreza, baixo nível educacional dos pais, psicopatologia dos pais e discórdia na família, desenvolveram problemas de ajustamento. Forehand et al.(1998) verificaram, através de um estudo longitudinal que acompanhou os participantes desde o início da adolescência até ao início da vida adulta, que um aumento de três para quatro factores de risco estava associado a um aumento significativo dos problemas de internalização e externalização no início da vida adulta e a um decréscimo significativo da realização académica. Os autores referem que não se conhece a razão do "colapso" a partir dos quatro stressores. Talvez os adolescentes consigam lidar com um, dois e até três stressores, mas o confronto com quatro factores de stress em simultâneo poderá traduzir-se, como dizem Forehand et al., "na palha que partiu as costas do camelo", ou na conhecida expressão "a gota de água que faz transbordar o copo". Forehand et al. salientam que a acumulação de vários stressores, poderá não ter um efeito aditivo simples, como referem Kupersmidt et al. (1995), mas talvez um efeito exponencial mais complexo.

Nesta linha de análise, Garmezy (1987) refere também que o estatuto de risco aumenta exponencialmente com a acumulação de factores de risco. Os efeitos da acumulação dos factores de risco são negativos, na medida em que vão desgastando os recursos do indivíduo e do envolvimento, e como tal diminuem a resiliência com o tempo (Garmezy, 1993). Como nos referem Kupersmidt et al. (1995), lidar com múltiplos stressores é uma tarefa que se torna cada vez mais difícil à medida que aumentam os factores de stress, visto que diminui também a competência para lidar com eles.

Em alguns casos parece existir um efeito a longo prazo das sequelas do stress e das adversidades vividas numa fase precoce da vida, o que reflecte uma crescente vulnerabilidade ao stress e aos acontecimentos adversos (Rutter, 1996). Uma das questões interessantes em relação ao impacto dos factores de risco tem a ver com o momento em que surgem os problemas. Será que os problemas surgem de imediato após a exposição ao risco? Será que os seus efeitos só se manifestam anos mais tarde? Ou será que se manifestam desde a exposição ao risco até longos anos após este confronto? Forehand et al. (1998) verificaram que, para a realização académica, os factores de risco estavam associados a uma pior prestação, quer no momento da exposição quer ao longo do tempo. No entanto, quer para os problemas de externalização quer para os de internalização, o número de factores de risco familiares estavam associados aos problemas de ajustamento a longo prazo, mas não a curto prazo. A justificação que os autores apresentam para este resultado vai ao encontro das posições de Garmezy (1993) e Kupersmidt et al. (1995). Segundo os autores, o facto de os problemas de internalização e externalização não surgirem a curto prazo após a exposição, o que o autor

denomina de "efeito adiado", poderá ser justificado pelo facto de os adolescentes poderem ter recursos para lidar com o stress inicial. No entanto, com o decorrer do tempo, o desgaste dos recursos e/ou a iniciação de outros processos relacionados com as dificuldades de ajustamento (p.e., a associação com pares desviantes) pode dar origem a outras dificuldades. Os resultados deste estudo mostram que as consequências de múltiplos factores de risco podem não ser evidentes de imediato, mas possivelmente apenas alguns anos mais tarde.

Torna-se assim claro que o número total de factores de risco é uma questão importante (Beauvais & Oetting, 1999). A combinação entre factores de risco individuais e ambientais tem mais probabilidade de produzir consequências negativas. Estas consequências dependem de factores como: o número de stressores do envolvimento alargado, o número de stressores no envolvimento familiar, a vulnerabilidade do indivíduo, o tipo de acontecimentos e o momento em que têm os acontecimentos têm lugar. Mas é preciso não esquecer que estas consequências dependem ainda de aspectos ligados aos factores de protecção individuais, do envolvimento familiar e alargado (Rae-Grant, 1991).

Factores de Protecção

Quando atrás se apresentaram dados do estudo longitudinal do Kauai, referiu-se que cerca de dois terços dos indivíduos com múltiplos problemas ao longo do seu desenvolvimento, apresentavam problemas na idade adulta. No entanto, estes resultados também querem dizer que cerca de um terço das crianças e adolescentes que cresceram em ambientes adversos se tornaram adultos competentes e confiantes (Werner, 1996). Foram vários os factores que contribuíram para uma boa adaptação aos 40 anos de idade: satisfação com o trabalho e com as relações interpessoais, auto-avaliação positiva. Entre os factores mais importantes encontram-se: as boas relações familiares, um bom nível educacional e poucos acontecimentos stressantes, não só no momento actual mas também em etapas anteriores da vida, nomeadamente na adolescência (Werner & Smith, 2001).

A capacidade para a ultrapassar as dificuldades, os problemas, os acontecimentos negativos, ou as adversidades em geral, é desenvolvida e alimentada por vários factores. Grotberg (1995, 1998) apresenta alguns: factores de apoio e recursos externos, que envolvem relações de confiança, acesso à saúde, educação, serviços de segurança social ou equivalentes, apoio emocional fora da família, estrutura e regras em casa, encorajamento parental da autonomia, envolvimento escolar estável, modelos adequados, organizações religiosas; forças pessoais, onde se podem encontrar um sentido de ser amado, fé, crença em Deus, moralidade, confiança, empatia, altruísmo, *locus* de controlo interno; competências sociais, como por exemplo, a criatividade, persistência, humor, comunicação, resolução de

problemas, autocontrolo, procura de relações de confiança. Segundo a autora, a resiliência pode ser promovida por factores de protecção no envolvimento da criança, por factores promovidos e desenvolvidos dentro da criança, e por factores adquiridos pela criança.

Os factores de protecção referem-se a variáveis que servem para diminuir ou eliminar as influências negativas de exposição ao risco. Como se verá mais adiante, definições mais restritivas de factores de protecção referem que estes apenas influenciam o ajustamento nas situações de alto risco, mas não em situações em que o risco é baixo (Mangham et al., 1995a). Na literatura estes factores surgem geralmente categorizados em três grupos: factores de protecção individuais, familiares e comunitários (Garmezy, 1991a, 1993; Mangham et al., 1995a, 1995b; Werner, 1989; Werner & Johnson, 1999). Esta divisão é geralmente denominada a tríade protectora ou tríade da resiliência. Nos factores individuais encontram-se factores como o temperamento, a capacidade de reflexão, e as competências cognitivas. Nos familiares, o afecto e a coesão familiar. Nos comunitários, o apoio de professores, de assistentes sociais ou instituições sociais (Garmezy, 1991a, 1993).

Os factores de protecção individuais são fundamentais para fazer face aos problemas. Baixos níveis de factores de protecção individuais poderão contribuir para uma maior vulnerabilidade face ao risco. Werner e Smith (2001) apontam um poderoso efeito destes factores: factores de protecção individuais como autonomia, maturidade social, competência escolar, e auto-eficácia, parecem ter mais impacto na vida dos jovens vulneráveis do que os efeitos de factores de risco e acontecimentos de vida stressantes.

Também os factores ambientais, familiares e comunitários, são fundamentais a este nível. Um dos papéis mais importantes dos factores ambientais é o apoio social que dá aos indivíduos que deles dispõem. O apoio da família e amigos é apontado por Werner e Smith (2001), como um dos factores fundamentais para ultrapassagem das adversidades. O apoio social traduz-se no conjunto de relações interpessoais do indivíduo que lhe fornecem um apoio emocional, apoio instrumental e apoio informativo. O apoio emocional envolve uma ligação afectiva positiva, fonte de amizade, amor e confiança. O apoio instrumental traduz-se no fornecimento de ajuda e serviços que assistam às necessidades do indivíduo. O apoio informativo envolve os conselhos, sugestões e informações relativamente ao próprio, às situações do dia-a-dia, mas também informações e avaliações relativas a uma situação de ameaça (Bruchon-Schweitzer & Dantzer, 1998; House, 1981, cit. in Israel & Schurman, 1990). Um fraco apoio social (ou a sua percepção) aumenta a vulnerabilidade dos indivíduos, na medida em que desempenha um papel moderador do stress (Bruchon-Schweitzer & Dantzer, 1998). Segundo Bernard (1995), a literatura na área da resiliência mostra

claramente que as características da família e da comunidade podem alterar ou reverter consequências negativas esperadas e, como tal, conduzir à manifestação de resiliência. Estes factores de protecção podem ser agrupados, de acordo com Benard, em três grandes categorias: relações afectivas e de apoio; expectativas positivas elevadas; e oportunidades para participação.

Masten et al.(1999) referem como principais conclusões de um estudo longitudinal de dez anos, que os factores de protecção estão relacionados com o desenvolvimento de competências, que são menos comuns nas crianças que cresceram em contextos de adversidade, e ainda que, se estiverem presentes a um nível razoável, mesmo em contextos de stressores crónicos e severos, as consequências são geralmente boas. Os autores afirmam que os jovens resilientes (expostos a alta adversidade e com boa competência) diferem fortemente dos jovens desajustados (expostos a alta adversidade e com baixa competência), em termos de recursos presentes e passados e no bem-estar psicológico.

Estudos recentes mostram que não existe apenas uma fonte de resiliência (National Advisory Mental Health Council, 1995). Grotberg (1997) refere que a força perante as adversidades requer uma interacção dinâmica e equilibrada entre os diversos factores de protecção, na medida em que nenhum factor por si só é suficiente. É ainda importante salientar, que este confronto requer um balanço entre factores de risco e de protecção, isto é, se existem mais factores de risco também são necessários mais factores de protecção que os compensem (Werner & Smith, 2001).

Para além deste aspecto, Masten (1999b) chama a atenção para questões temporais aliadas aos factores de protecção, quando refere que um atributo pessoal ou do envolvimento pode ser vantajoso num período, mas representar uma desvantagem num outro período ou situação. O contributo que os factores de protecção podem ter no ajustamento varia ainda em função de outros factores, entre os quais o género. Os resultados do estudo do Kauai, indicam que os factores de protecção individuais tendem a ter um maior impacto no ajustamento na vida adulta para as mulheres de alto risco, do que para os homens de alto risco. Por outro lado, as fontes de apoio externo têm um maior impacto para os homens de alto risco do que para as mulheres de alto risco. Também Garmezy (1987) chama a atenção para o facto de a resiliência não ser conseguida apenas com empenho pessoal ou familiar. É necessário que também as comunidades e as instituições governamentais desenvolvam esforços para a promoção da resiliência.

Processos de Protecção e de Vulnerabilidade

Como já se teve oportunidade de referir, uma das questões que se levanta como prioritária na investigação na área da resiliência é o estudo dos processos que bloqueiam os efeitos dos factores de risco. Segundo Rutter (1987), é importante a

distinção entre processos ou mecanismos de protecção, de vulnerabilidade e de risco. De acordo com o autor, o termo “mecanismo de protecção” é utilizado quando uma trajectória de risco é mudada para uma outra com maior probabilidade de consequências adaptativas. O termo vulnerabilidade é usado quando uma trajectória, que era adaptada anteriormente, é mudada para uma outra com menor probabilidade de consequências adaptativas. Enquanto que os processos de risco levam directamente à desordem, os processos de vulnerabilidade ou de protecção operam indirectamente através da interacção de variáveis individuais ou contextuais com a variável de risco. Entre estas variáveis encontram-se, o género, temperamento, relações pais-filhos, apoio marital, capacidades de planeamento, experiências escolares, perda precoce dos pais e pontos de viragem na vida.

Este efeito de interacção, necessário para que se verifiquem os mecanismos de protecção, implica que estes processos actuem apenas em situações de alto risco, não apresentando efeito na ausência da variável de risco ou quando a variável apresenta valores baixos (Garmezy, 1987; Rutter, 1996). E estes mecanismos são, para alguns autores, aqueles a que a investigação se deve dedicar, ou seja, os factores e os processos que reduzem o impacto do stress mas que são menos influentes em condições de baixo stress (Gore & Eckenrode, 1996). No entanto, para outros autores, é também importante a identificação dos factores que predizem um bom ajustamento, tanto no alto como no baixo risco, dado que devem ser factores a promover nas intervenções preventivas (Tiêt et al., 1998). Estes factores que protegem os indivíduos, diga-se que permanentemente, são denominados de recurso ou compensatórios (Garmezy, 1987), e envolvem, não um efeito de interacção com a variável de risco, mas sim um efeito principal. Em termos de tipo de efeito, encontra-se assim um paralelo entre factores de risco como oposto ao factor de recurso ou compensador, na medida em que ambos se traduzem num efeito principal. Do mesmo modo, os factores de vulnerabilidade estão em oposição aos factores de protecção, na medida em que pressupõem um efeito de interacção com a variável de risco, actuando apenas quando os seus valores são elevados.

Esta posição apresentada por Garmezy (1987) e Rutter (1996), não é de todo consensual entre os investigadores da resiliência. Isto é, nem todos os investigadores reservam o termo factor de protecção para os casos em que se verificam processos interactivos. Por exemplo, Werner & Smith (2001) referem-se aos factores de protecção como aqueles que diferenciam os indivíduos de alto risco que se encontram bem adaptados dos indivíduos de alto risco que têm problemas de ajustamento.

Os factores de protecção “actuam sobre” o risco produzindo diversos efeitos. Os efeitos traduzem-se numa melhoria, manutenção, ou diminuição do ajustamento.

No entanto, para chegar a estes resultados, os efeitos pressupõem processos que, quando o resultado perante o risco é igual ou superior ao anterior, se denominam de processos de protecção. Rutter (1984, 1987) aponta quatro processos de protecção que conduzem à resiliência. O primeiro processo envolve a redução do impacto dos factores de risco no indivíduo. Segundo o autor, este é um mecanismo crucial, que pode ocorrer de duas formas: alterando o significado ou o perigo que o factor representa para o indivíduo; ou alterando a exposição à situação de risco ou o seu envolvimento próximo. Um segundo mecanismo apresentado envolve a redução dos impactos negativos da exposição: as consequências da exposição ao risco são geralmente nefastas, traduzindo-se assim em mais risco. Esta reacção cíclica de causa-efeito tem, como será de esperar, consequências adversas a longo prazo. Um outro processo protector envolve a promoção da auto-estima e da auto-eficácia, salientando Rutter neste âmbito o papel fundamental das relações seguras e harmoniosas na protecção contra envolvimento de risco, na promoção de um sentimento de valor pessoal e na crença de saber lidar com sucesso com os desafios que a vida coloca. Por último, o autor fala na abertura de oportunidades, que muitas vezes constituem pontos de viragem na vida dos indivíduos. Estas oportunidades poderão traduzir-se na participação em actividades, ou programas, que promovam o desenvolvimento de competências sociais e o investimento em actividades pró-sociais. Poderão ser experiências positivas na escola, no desporto, música, ou em outras áreas onde o indivíduo tenha sucesso ou prazer. Estas oportunidades poderão ainda aumentar as expectativas em relação ao futuro e, simultaneamente, o esforço e a persistência na concretização de objectivos. Para além destes processos, Rutter (1984) salienta como fundamental para a resiliência, a capacidade de saber resolver problemas e a capacidade de saber lidar com a mudança.

Benard (1995) aponta três processos de protecção que podem ocorrer em casa, na escola, na comunidade, ou na relação com os pares. Estes processos, que vão ao encontro dos mecanismos apresentados por Rutter (1984, 1987), envolvem os seguintes factores: relações afectivas, elevadas expectativas e oportunidades para ajudar os outros. A ligação afectiva com pessoas nos contextos significativos (o pai, a mãe, um irmão, um amigo, um professor, um técnico de saúde) permite ao jovem um apoio para um desenvolvimento saudável. Benard salienta a existência de pelo menos uma pessoa de apoio, como um dos factores mais importantes para um bom ajustamento face ao risco. As expectativas elevadas constituem um outro factor poderoso que despoleta processos de protecção. O sentimento de que os outros - seja em casa, na escola, na comunidade ou no contexto de pares - esperam algo de positivo do jovem e acreditam que ele é capaz de dar o seu melhor, leva-o a desenvolver sentimentos de auto-estima, auto-eficácia, autonomia e optimismo. Por último, as oportunidades de participação nos contextos significativos surgem

como consequência das elevadas expectativas. As oportunidades que, por exemplo, ao nível da escola, envolvem o encorajamento do pensamento crítico e do diálogo, da participação no planeamento curricular, na decisão das regras, ajudam a desenvolver um sentido de pertença e de responsabilidade, e a capacidade de tomada de decisões.

Alguns autores salientam o papel activo que os indivíduos têm nos processos de resiliência. Os sujeitos não são meros espectadores da sua vida. São intervenientes activos e com influência directa na sua própria vida, para o bem e para o mal. Masten et al. (1999) referem que os jovens desajustados, experimentaram nas suas vidas altos níveis de adversidade com poucos recursos protectores. Este facto pode tê-los tornado com tendência para a adversidade promovida pelo próprio comportamento. Para além deste aspecto, a forma como muitos destes jovens reagem a à adversidade, com comportamentos e emoções negativas, não ajuda ao surgimento de processos de resiliência, mas sim de vulnerabilidade. Também Kumpfer (1999) salienta o papel activo que os sujeitos têm na construção dos seus envolvimento, o que, como refere a autora, vai ao encontro do conceito de "agente" de Bandura.

Segundo Bandura (2001), as pessoas são agentes das suas próprias experiências, e não apenas observadores de processos internos determinados por acontecimentos ambientais. De acordo com o autor, ser agente "é fazer com que as coisas aconteçam intencionalmente através das suas próprias acções". As acções permitem ao indivíduo uma participação activa na construção da sua história de vida. Bandura apresenta quatro características da acção humana: a intencionalidade, a antecipação, a auto-reactividade, a auto-reflexividade. A intencionalidade refere-se à realização de acções propositadas, que envolvem planos de acções para atingir determinados objectivos. A antecipação envolve um período de análise das vantagens e desvantagens das suas acções, e dos percursos de acção que têm mais probabilidade de produzir as consequências desejadas, antes de entrar em acção. A antecipação permite, segundo Bandura, a auto-motivação e a condução de acções em antecipação de acontecimentos futuros. A auto-reactividade traduz-se na capacidade de dar vida aos planos realizados, através da motivação para a acção e da regulação dos comportamentos e das condições cognitivas e ambientais sobre que decorrem os comportamentos. Como refere o autor, "não se pode ficar sentado à espera" que os resultados surjam por si. É necessário um empenho pessoal e uma participação activa para atingir os objectivos programados. A auto-reflexividade envolve a capacidade de análise e avaliação da acção. A capacidade de reflexão sobre a adequação dos seus pensamentos e das acções é uma das outras características fundamentais da acção. Para Bandura, as crenças na eficácia estão na base da acção humana. Se as pessoas não acreditarem na sua capacidade de realização (auto-eficácia de

realização) e nas potencialidades que as suas acções têm para atingir objectivos e para ultrapassar obstáculos (auto-eficácia de resultados), têm com certeza pouco incentivo para acção e para resistência às adversidades. Um forte sentido de auto-eficácia reduz a vulnerabilidade ao stress e conseqüentemente aumenta a resiliência (Bandura, 2001).

Bandura (2001) refere que os factores que estão por trás dos comportamentos podem afectar profundamente o percurso desenvolvimental dos indivíduos. Estes factores poderão ser apenas os despoletadores de um comportamento mas, como se sabe, os comportamentos não ocorrem num vazio social, mas sim em contextos produtores de novas influências. Torna-se assim fundamental a participação activa dos indivíduos na selecção, criação ou adaptação dos seus envolvimentos para que deste modo possam ser os principais condutores da sua própria vida. Tavares (2001) salienta também a acção humana como peça fundamental para a resiliência e para a "transformação e optimização da sociedade". O autor refere-se às pessoas, mesmo as que estão em risco, como sujeitos de poder e vontade, cujas capacidades precisam de ser recrutadas e activadas para que se possam tornar indivíduos mais confiantes e resilientes.

Conclusões

Analisaram-se diversos factores e processos ligados ao risco e à resiliência. Entre as múltiplas definições de resiliência que é possível encontrar, talvez a mais consensual, como refere Windle (1999), seja a de uma adaptação com sucesso às tarefas da vida em condições de desvantagem social ou em situações fortemente adversas. Um dos factores necessariamente presente na resiliência é o risco. A resiliência traduz-se na adaptação perante o risco. O risco pode ser encontrado em vários domínios: pessoal, familiar ou comunitário. A nível pessoal encontram-se determinadas características que, em interacção com o envolvimento, podem precipitar os indivíduos para o perigo (Antonovsky & Sagy, 1986). O risco poderá também estar num envolvimento próximo, nomeadamente na família, nos amigos ou no local onde vive. O risco pode ainda ter origem em acontecimentos de vida stressantes gerados nos contextos significativos para o indivíduo.

Outros factores aliados à resiliência são os factores de protecção. Tal como no risco, também estes factores podem ser individuais, familiares ou comunitários. Dentro dos factores individuais encontram-se as competências cognitivas, emocionais e relacionais. Estas competências são fundamentais para actuar directamente sobre o risco, mas também para o recrutamento de factores de protecção na família e na comunidade. Na família destaca-se a importância do apoio afectivo e das boas práticas parentais. Na comunidade destacam-se, para além das oportunidades de participação nas actividades comunitárias, o papel fundamental que a escola tem na promoção de factores de resiliência.

Os factores de risco e de protecção actuam através de diversos mecanismos que produzem resultados mais ou menos favoráveis para o ajustamento do indivíduo. Podem cruzar as suas trajetórias ou, por outro lado, actuar de forma completamente independente. Podem actuar directamente ou indirectamente sobre os indivíduos. Os riscos poderão mesmo não chegar a actuar, no caso de prevenção. É pois possível encontrar múltiplos processos associados ao fenómeno da resiliência, e múltiplos modelos que tentam simplificar a complexidade entre factores de protecção e de risco e as suas consequências.

Alguns dos processos interessantes aliados à resiliência estão relacionados com a co-ocorrência de factores de risco. A investigação nesta área tem mostrado que a ocorrência simultânea de quatro ou mais factores de risco, está associada a um aumento significativo de problemas de internalização e de externalização. Mas não só os factores de risco se acumulam causando graves danos a quem com eles é confrontado. Também múltiplos factores de protecção em situações de risco são recrutados para actuar e para fazer face ao perigo. Como salientam Werner e Smith (2001), a resiliência requer um equilíbrio entre factores de risco e factores de protecção.

O surgimento do conceito de resiliência, bem como a investigação que esta nova ideia suscitou, trouxe importantes contributos para as ciências sociais e humanas. Entre eles, destaca-se a orientação da teoria para uma perspectiva mais desenvolvimental, e da prática para a procura e promoção de factores de protecção. Comparando o tempo de vida da resiliência com o nosso tempo de vida, poder-se-ia dizer que a resiliência está a abandonar a sua adolescência. É pois natural que esta seja uma fase de dúvidas e problemas, mas também de fascinantes descobertas. A nova fase de investigação em que este conceito está a entrar, que corresponde a uma etapa "mais adulta", poderá oferecer uma clarificação e um amadurecimento dos processos envolvidos e, conseqüentemente, um contributo mais robusto para a intervenção.

Referências

- Antonovsky, H., & Sagy, S. (1986). The development of sense of coherence and its impact on responses to stress situations. *Journal of Social Psychology*, 126, 213-285
- Bandura, A.(2001). Social cognitive theory: An agentic perspective. *Annual Review of Psychology*. Retirado em 20-09-2002, de www.findarticles.com
- Barocas, R., Seifer, R., & Sameroff, A. J. (1985). Defining enviromental risk: Multiple dimensions of psychological vulnerability. *American Journal of Community Psychology*, 13(4), 433-447
- Beauvais, F. & Oetting, E. R.(1999). Drug use, resilience, and the myth of golden child. In J. L. Johnson (Ed.), *Resilience and development: Positive life*

- adaptations (pp. 101-107). New York: Klumer Academic/Plenum Publishers.
- Benard, B. (1995). Fostering resilience in children. Retirado em 06-06-2002, de http://www.ed.gov/databases/ERIC_Digests/ed386327.html
- Bruchon-Schweitzer, M., & Dantzer, R. (1998). Introduction à la psychologie de la santé (2^e ed.). Paris: Presses Universitaires de France.
- Callahan, S., Rogé, B., Cardénel, M., Cayrou, S., & Sztulman, H. (2001). Le contrôle et la résilience du moi: Traduction des Échelles et premiers éléments des études de la fidélité et de la validité. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 11(4), 144-150.
- Coie, J., Watt, N. F., West, S. G., Hawkins, J. D., Asarnow, J. R., Markman, H. J., et al. (1993). The science of prevention: A conceptual framework and some directions for a National Research Program. *American Psychologist*, 48(10), 1013-1022.
- Cowen, E. L., & Work, W. C. (1988). Resilient children, psychological wellness, and primary prevention. *American Journal of Community Psychology*, 16(4), 591-607.
- Daeater-Deckard, K., Dodge, K. A., Bates, J. E., & Pettit, G. S. (1998). Multiple risk factors in the development of externalizing behavior problem: Group and individual differences. *Development and Psychopathology*, 10, 469-493
- Forehand, R., Biggar, H., & Kotchick, B. A. (1998). Cumulative risk across family stressors: Short- and long-term effects for adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*. Retirado em 20-09-2002, de www.findarticles.com
- Garnezy, N. (1987). Stress, competence, and development: Continuities in the study of schizophrenics adults, children vulnerable to psychopathology, and the search for stress-resistant children. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57(2), 159-174.
- Garnezy, N. (1991a). Resilience in children's adaptation to negative life events and stressed environments. *Pediatrics Annals*, 20(9), 462-466
- Garnezy, N. (1991b). Resiliency and vulnerability to adverse developmental outcomes associated with poverty. *American Behavioral Scientist*, 34(4), 416-430
- Garnezy, N. (1993). Children in poverty: Resilience despite risk. *Psychiatry*, 56, 127-136.
- Garnezy, N. (1999). Resilience: An interview with Norman Garnezy. In J. L. Johnson (Ed.), *Resilience and development: Positive life adaptations* (pp. 5-14). New York: Klumer Academic/Plenum Publishers.
- Garnezy, N., & Rutter, M. (1985). Acute reactions to stress. In L. Hersov (Ed.),

- Child and adolescent psiquiatry: Modern approaches (pp. 152-176). London: Blackwell Scientific Publications.
- Gore, S., & Eckenrode, J. (1996). Context and process in research on risk and resilience. In M. Rutter (Ed.), *Stress, risk, and resilience in children and adolescents: Processes, mechanisms, and interventions* (pp. 19-63). New York: Cambridge University Press.
- Gorman, K. S., & Pollitt, E. (1996). Does schooling buffer the effects of early risk? *Child Development*, 67, 314-326.
- Grotberg, E. H. (1995). *A guide to promoting resilience in children: Strengthening the human spirit*. The Hague: The Bernard van Leer Foundation.
- Grotberg, E. H. (1997). The international resilience project. Annual Convention, International Council of Psychologists. Retirado em 20-06-2002, de <http://resilnet.uiuc.edu/library/grotb98a.html>
- Grotberg, E. H. (1998). I am, I have, I can: What families worldwide taught us about resilience. *Reaching Today's Youth*, 2(3), 36-39.
- Hauser, S. T., Vieyra, M. A., Jacobson, A. M., & Wertreib, D. (1985). Vulnerability and resilience in adolescence: Views from the family. *Journal of Early Adolescence*, 5(1), 81-100.
- Israel, B. A., & Schurman, S. J. (1990). Social Support, control and the stress process. In B. K. Rimer (Ed.), *Health behavior and health education: Theory research and practice* (pp. 187-215). San Francisco: Jossey-Bass Inc.
- Kaplan, H. B. (1999). Toward an understanding of resilience: A critical review of definitions and models. In J. L. Johnson (Ed.), *Resilience and development: Positive life adaptations* (pp. 17-83). New York: Klumer Academic/Plenum Publishers.
- Kumpfer, K. L. (1999). Factors and processes contributing to resilience: The resilience framework. In J. L. Johnson (Ed.), *Resilience and development: Positive life adaptations* (pp. 179-224). New York: Klumer Academic/Plenum Publishers.
- Kupersmidt, J. B., Burchinal, M., & Patterson, C. J. (1995). Developmental patterns of childhood peer relations as predictors of externalizing behavior problems. *Development and Psychopathology*, 7, 825-843.
- Lima, M. L. (2004). On the influence of risk perception on mental health: Living near an incinerator. *Journal of Environmental Psychology*, 24(1), 71-84.
- Luthar, S. S., & Zigler, E. (1991). Vulnerability and competence: A review of research on resilience in childhood. *American Journal of Orthopsychiatry*, 61(1), 6-22.
- Mangham, C., McGrath, P., Reid, G., & Stewart, M. (1995a). Resiliency: Relevance to health promotion - Detailed analysis. Retirado em 05-07-

- 1999, de www.hc-sg.gc.ca/hppb/alcohol-otherdrugs/pube/resilncy/analysis.htm.
- Mangham, C., McGrath, P., Reid, G., & Stewart, M. (1995b). Resiliency: Relevance to health promotion - Discussion paper. Retirado em 05-07-1999, de www.hc-sg.gc.ca/hppb/alcohol-otherdrugs/pube/resilncy/analysis.htm.
- Masten, A. S. (1999). Resilience comes of age: Reflections on the past and outlook for the next generation of research. In J. L. Johnson (Ed.), *Resilience and development: Positive life adaptations* (pp. 281-296). New York: Klumer Academic/Plenum Publishers.
- Masten, A. S., Garmezy, N., Tellegen, A., Pellegrini, D. S., Larkin, K., & Larsen, A. (1988). Competence and stress in school children: The moderating effects of individual and family qualities. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 29(6), 745-764.
- Masten, A. S., Hubbard, J. J., Gest, S. D., Tellegen, A., Garmezy, N., & Ramirez, M. (1999). Competence in the context of adversity: Pathways to resilience and maladaptation from childhood to late adolescence. *Developmental Psychology*, 11, 143-169.
- McGloin, J. M., & Widom, C. S. (2001). Resilience among abused and neglected children grown up. *Development and Psychopathology*, 13, 1021-1038.
- National Advisory Mental Health Council. (1995). A national investment. Retirado em 22-10-2001, de <http://www.nimh.nih.gov/publicat/>
- Nettles, S. M., & Pleck, J. H. (1996). Risk, resilience, and development: The multiple ecologies of black adolescents in the United States. In M. Rutter (Ed.), *Stress, risk, and resilience in children and adolescents: Processes, mechanisms, and interventions* (pp. 147-181). New York: Cambridge University Press.
- Pereira, A. M. S. (2001). Resiliência, personalidade, stress e estratégias de *coping*. In J. Tavares (Ed.), *Resiliência e educação* (pp. 77-94). São Paulo: Cortez Editora.
- Rae-Grant, N. (1991). Primary prevention. In M. Lewis (Ed.), *Child and adolescent Psychiatry: A comprehensive textbook* (pp. 918-929). Baltimore: Williams & Wilkins.
- Ralha-Simões, H. (2001). Resiliência e desenvolvimento pessoal. In J. Tavares (Ed.), *Resiliência e educação* (pp. 95-113). São Paulo: Cortez Editora.
- Ribeiro, J. L. P. (1998). *Psicologia e saúde*. Lisboa: ISPA.
- Robins, R. W., John, O. P., Caspi, A., Moffitt, T. E., & Stouthamer-Loeber, M. (1996). Resilient, overcontrolled, and undercontrolled boys: Three replicable personality types. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 157-171.

- Rutter, M. (1979). Protective factors in children's responses to stress and disadvantage. In J. E. Rolf (Ed.), *Primary prevention of psychopathology: Social competence in children* (Vol. 3, pp. 49-74). Hanover: University Press of New England.
- Rutter, M. (1984). Resilient children. *Psychology Today*, March, 57-65.
- Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57(3), 316-331.
- Rutter, M. (1996). Stress research: Accomplishments and tasks ahead. In M. Rutter (Ed.), *Stress, risk, and resilience in children and adolescents: Processes, mechanisms, and interventions* (pp. 354-385). New York: Cambridge University Press.
- Rutter, M., Harrington, R., Quinton, D., & Pickles, A. (1994). Adult outcome of conduct disorder in childhood: Implications for concepts and definitions of patterns of psychopathology. In M. E. Lamb (Ed.), *Adolescent problem behavior: Issues and research* (pp. 57-80). New Jersey: Laurence Erlbaum Associates.
- Staudinger, U. M., Marsiske, M., & Baltes, P. B. (1993). Resilience and levels of reserve capacity in later adulthood: Perspectives from life-span theory. *Development and Psychopathology*, 5, 541-566.
- Tarter, R. E., & Vanyukov, M. (1999). Re-visiting the validity of the construct of resilience. In J. L. Johnson (Ed.), *Resilience and development: Positive life adaptations* (pp. 85-100). New York: Klumer Academic/Plenum Publishers.
- Tavares, J. (2001). A resiliência na sociedade emergente. In J. Tavares (Ed.), *Resiliência e educação* (pp. 43-75). São Paulo: Cortez Editora.
- Tiêt, Q. Q., Bird, H., Davies, M., Hoven, C., Cohen, P., Jensen, P., et al. (1998). Adverse life events and resilience. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 1191-1200.
- Werner, E. E. (1989). High-risk children in young adulthood: A longitudinal study from birth to 32 years. *American Journal of Orthopsychiatry*, 59, 72-81.
- Werner, E. E. (1994). Overcoming the odds. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 15, 131-136.
- Werner, E. E. (1996, March). Comunicação apresentada em "Fostering resiliency in kids: Overcoming adversity", Consortium of Social Science Associations, Washington.
- Werner, E. E., & Johnson, J. L. (1999). Can we apply resilience? In J. L. Johnson (Ed.), *Resilience and development: Positive life adaptations* (pp. 259-268). New York: Klumer Academic/Plenum Publishers.
- Werner, E. E., & Smith, R. S. (2001). *Journeys from childhood to midlife: Risk, resilience and recovery*. New York: Cornell University Press.

Windle, M. (1999). Critical conceptual and measurement issues in the study of resilience. In J. L. Johnson (Ed.), *Resilience and development: Positive life adaptations* (pp. 161-176). New York: Klumer Academic/Plenum Publishers.

Saúde, qualidade de vida e desenvolvimento

Tania Gaspar, Margarida Gaspar de Matos, José Luis Pais Ribeiro & Aldina Gonçalves

Introdução

O interesse despertado pela qualidade de vida relacionada com a saúde (SRQV) em crianças saudáveis tem vindo a aumentar, ao mesmo tempo que se têm desenvolvido métodos de avaliação da qualidade de vida neste grupo etário. Pretende-se aqui caracterizar e discutir considerações metodológicas da avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde em crianças. Apresenta-se o projecto colaborativo europeu Kidscreen que tem como objectivo o desenvolvimento de um instrumento estandardizado para avaliação da qualidade de vida em crianças e a sua utilização em amostras representativas nacionais em diferentes países europeus. O projecto inclui uma análise nacional e uma análise transcultural. Será o primeiro estudo transnacional a fornecer uma oportunidade para o desenvolvimento, teste e implementação de um instrumento de medida com utilização em crianças e adolescentes. Portugal colabora actualmente no projecto europeu Kidscreen, através da equipa nacional do projecto Aventura Social e Saúde, numa acção conjunta de investigadores da Faculdade de Motricidade Humana, Centro da Malária e outras doenças Tropicais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto e Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

Qualidade de vida e saúde

O interesse pelo conceito de Qualidade de Vida na área da saúde é relativamente recente e decorre dos novos paradigmas que têm influenciado práticas e políticas do sector da saúde nas últimas décadas. Os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença são multi-factoriais e complexos. A saúde e doenças são processos compreendidos como um *continuum* relacionados com aspectos económicos, sociais e culturais. Também, a mudança de perfil da morbilidade e mortalidade indica o aumento da prevalência de doenças crónico-degenerativas e os avanços nos tratamentos e as possibilidades efectivas de controlo dessas doenças têm levado ao aumento da esperança de vida (Seidl & Zannon, 2004).

No âmbito da saúde colectiva e das políticas públicas identifica-se um interesse crescente pela avaliação da qualidade de vida, nomeadamente pela inclusão de informações sobre a qualidade de vida como indicadores para a avaliação da eficácia, eficiência e impacto de tratamentos e intervenções. Outro indicador do interesse pelo constructo de qualidade de vida é a produção de conhecimento

associada aos esforços de integração e de intercâmbio de investigadores e profissionais (Seidl & Zannon, 2004).

Segundo a Organização Mundial de Saúde, a saúde é um recurso básico do dia a dia e inclui a pretensão individual de uma boa vida e uma boa qualidade de vida. Este conceito positivo de saúde enfatiza os recursos pessoais e sociais, assim como as capacidades físicas do indivíduo (WHO, 1986). A saúde surge como o domínio mais importante da qualidade de vida em geral (Ribeiro, 2003).

O conceito de qualidade de vida tem vindo a aumentar de importância na última década. Definido como um constructo multi-dimensional com aplicação e relevância para as pessoas, novas ou velhas, de todas as culturas, estatuto sócio-económico ou localização geográfica. Qualidade de vida relaciona-se com todos os aspectos do bem-estar da pessoa (físico, psicológico e social) e inclui o seu ambiente (Harding, 2001).

A partir do início da década de 90, parece chegar-se ao consenso entre os investigadores acerca de dois aspectos relevantes no conceito de qualidade de vida: subjectividade e multi-dimensionalidade (Seidl & Zannon, 2004). Actualmente, a maioria das definições de qualidade de vida enfatiza a sua natureza subjectiva (a percepção individual) (Harding, 2001).

Verificam-se duas tendências quanto à conceptualização do termo qualidade de vida na área da saúde: qualidade de vida como conceito mais genérico e qualidade de vida relacionada com a saúde (*health-related quality of life*) (Wallander & Schmitt, 2001). A conceptualização adoptada pela Organização Mundial de Saúde (WHOQOL, 1995) ilustra a qualidade de vida como conceito mais genérico, como a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores em que se insere e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações. Um dos aspectos importantes que caracteriza a investigação que parte da definição genérica do termo de qualidade de vida é o estudo de indivíduos saudáveis não restrito a amostras de pessoas com doenças (Seidl & Zannon, 2004).

Ribeiro (2003) apresenta algumas definições de qualidade de vida, nomeadamente identificando-a com a) o conceito de saúde positiva da OMS (WHO, 1986), um estado de bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade, b) a percepção subjectiva de satisfação ou felicidade com a vida em domínios importantes para o indivíduo, c) a diferença entre as expectativas do indivíduo e a sua experiência actual, ou ainda d) a percepção do indivíduo face à sua posição na vida em termos do contexto cultural e do sistema de valores a que pertence e em relação aos seus objectivos, expectativas, metas e preocupações. Todas estas definições envolvem conceitos como o bem-estar, a felicidade, a expectativa e a funcionalidade. A qualidade de vida inclui dois componentes, um

subjectivo ou psicossocial e outro objectivo, nomeadamente social, económico, político e ambiental (Liu, 1975, cit Ribeiro, 2003).

A OMS tem dado uma grande contribuição teórica e metodológica no âmbito da qualidade de vida, desenvolvendo um projecto que decorreu em diversas etapas: (1) clarificação do conceito de qualidade de vida por especialistas oriundos de diferentes culturas; (2) estudo qualitativo, em 15 cidades de 14 países, com grupos focais formados por pacientes, profissionais de saúde e pessoas da população geral, para exploração de crenças, atitudes, representações e do significado do termo em diferentes culturas; (3) desenvolvimento de testes de campo para análise factorial e de fiabilidade, validade de constructo e validade discriminante. A natureza multi-dimensional do constructo foi validada, de modo empírico, a partir de quatro dimensões ou factores: (1) física, relativa à percepção que o indivíduo tem da sua condição física; (2) psicológica, referente à percepção que o indivíduo tem da sua condição afectiva e cognitiva; (3) social, associada à percepção que o indivíduo tem das suas relações e papeis sociais; e (4) ambiente, relativa à percepção que o indivíduo tem do ambiente e contexto em que vive (WHOQOL, 1995, 1998). Além destas dimensões, obteve-se uma avaliação da qualidade de vida percebida de um modo geral. As quatro dimensões mais os itens da qualidade de vida geral constituem o Instrumento de Avaliação da Qualidade de vida da OMS (WHOQOL, 1998).

Num estudo realizado por Campbell, Converse e Rodgers (1976, in Ribeiro, 2003) os autores focam a experiência em vez das condições de vida, referindo que a relação entre as condições objectivas e o estado psicossocial é imperfeita e que, para conhecer a experiência da qualidade de vida, é necessário o recurso directo à descrição do próprio indivíduo sobre o que sente pela sua vida.

Instrumentos de avaliação da qualidade de vida

A análise de literatura revela que os instrumentos mais usados para a avaliação da qualidade de vida são os questionários de auto-preenchimento e as entrevistas. Por vezes, são adaptadas escalas ou questionários originalmente construídos para outras medidas, que são modificados para que se adequem à avaliação da qualidade de vida (Seidl & Zannon, 2004).

Além do *World Health Organization Quality of life Assessment* (WHOQOL, 1995, 1998), outros instrumentos genéricos de avaliação da qualidade de vida são utilizados em investigações e na prática clínica, nomeadamente, o *Medical Outcomes Study SF-36 Health Survey* (Ware, Kosinski & Keller, 1993; Ferreira, 1998) e o *Sickness Impact Profile* (WHO, 1994).

Os instrumentos de avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde tendem a manter o carácter multi-dimensional e avaliam ainda a percepção geral

da qualidade de vida, embora habitualmente enfatizem questões relacionadas com a doença ou incapacidade (Seidl & Zannon, 2004).

Gill, Alvan e Feinstein (1994) e Gladis, Gosch, Dishuk e Crits-Cristoth (1999), recomendam que os estudos para avaliação da qualidade de vida contenham: (a) definição do conceito ou do significado de qualidade de vida que orienta a investigação; (b) explicitação das razões teóricas e metodológicas que levaram à selecção dos instrumentos aplicados; (c) utilização de medidas não reducionistas ou simplistas; (d) medidas padronizadas, inclusão de itens abertos ou combinação de métodos qualitativos visando abranger outros aspectos não considerados neste tipo de medidas.

A definição de qualidade de vida é fundamental e condiciona a técnica de avaliação a utilizar. Gill e Feinstein (1994, in Pais Ribeiro, 2003) examinaram aleatoriamente 75 artigos que utilizavam instrumentos de medida da qualidade de vida e muito poucos a definiam ou justificavam o instrumento de medida utilizado.

Qualidade de vida de crianças e adolescentes

A qualidade de vida é um constructo importante que pode ser aplicado aos vários níveis, da medicina à saúde pública, da sociologia à economia e da política à psicologia (Wallander & Schmitt, 2001; Ribeiro, 2003).

No século passado devido a avanços no campo da saúde pública e medicina, conseguiu-se a redução da mortalidade infantil e aumentou a esperança de vida no mundo ocidental. Estes avanços, no entanto, têm vindo acompanhados por um aumento da percentagem de crianças e adolescentes que vivem com doenças crónicas. Hoje em dia, os políticos e os investigadores nos campos da saúde pública e da medicina consideram que é possível e desejável, não apenas uma investigação focada nos factores somáticos da morbilidade, mas também a avaliação da saúde e do bem-estar subjectivos de crianças e adolescentes.

Na convenção das Nações Unidas sobre os direitos das crianças (Newell, 1993) foi reconhecido o seu direito ao mais elevado nível de saúde, lazer e educação e, também, o direito a um nível de vida adequado ao seu desenvolvimento físico, mental, espiritual, moral e social. Todas estas são facetas da qualidade de vida.

Modelos conceptuais da qualidade de vida

Harding (2001) apresenta uma revisão de abordagens teóricas da qualidade de vida de crianças e adolescentes. Baseados no nível de saúde e incapacidade funcional, os primeiros modelos de qualidade de vida limitavam-se às funções, assumindo que as pessoas com doenças crónicas tinham necessariamente um pior funcionamento do que as pessoas saudáveis. Modelos baseados no nível de vida partiam do pressuposto dos economistas que utilizam o conceito de nível de vida

quando se referem a aspectos da vida de um país ou grupo de pessoas, originando confusão entre nível de vida e qualidade de vida. Novos modelos consideram a qualidade de vida, não apenas como um questão funcional ou de nível de vida, mas sim como um constructo que envolve ajustamento psicossocial, bem-estar, auto-estima, stress e *coping*. Estes últimos privilegiam a percepção da própria criança sobre o seu mundo, as suas preferências e a qualidade do seu mundo na sua perspectiva, incluindo a percepção de felicidade pessoal.

Para a medição da qualidade de vida relacionada com a saúde em crianças, numa fase inicial, considerava-se o padecimento de doenças específicas, tais como cancro, asma, diabetes e epilepsia: era um constructo psicossocial que descrevia aspectos físicos, mentais, sociais e funcionais do bem-estar e do funcionamento na perspectiva do paciente (Ravens-Sieberer & Bullinger, 1998).. Foram construídos instrumentos genéricos com diversos domínios (físico, psicossocial, social e ambiental) e com utilidade para medição da qualidade de vida em diferentes contextos, situações e culturas.

Inicialmente desenvolveram-se instrumentos de avaliação da qualidade de vida para crianças com doenças crónicas, mas mais recentemente têm sido desenvolvidos instrumentos genéricos e de avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde (Harding, 2001). Reconhece-se hoje que a qualidade de vida é tão importante para crianças saudáveis como para crianças com doenças

Não só a nível da investigação mas também dos cuidados de saúde e das políticas tem aumentado o interesse pela qualidade de vida em geral e pela das crianças e adolescentes em particular. No entanto, ainda há pouca investigação em crianças com idade entre os 6 e os 12 anos (Wallander & Schmitt, 2001) e só 9% dos estudos envolvem a avaliação da própria criança sobre a sua qualidade de vida.

A qualidade de vida é um conceito holístico, relaciona-se com as experiências actuais e passadas do indivíduo. Dificilmente pode ser completamente operacionalizado através de um instrumento e coloca-se uma razoável dúvida sobre a “melhor” definição. Wallander e Schmitt (2001) propõem que qualidade de vida é *“a combinação entre a percepção de bem-estar objectivo e subjectivo em múltiplos domínios da vida, considerados relevantes numa determinada cultura e tempo, aderindo aos níveis universais dos direitos humanos”*. Segundo os autores esta definição abrange os aspectos mais importantes referidos na literatura.

Sendo a qualidade de vida em crianças, também, um conceito multi-dimensional, têm vindo a ser desenvolvidos diversos métodos para delinear essas dimensões. Felce e Perry (1997, in Wallander & Schmitt, 2001) propõem uma estrutura dimensional da qualidade de vida, especialmente útil, pois apresenta um ponto de equilíbrio entre uma perspectiva compreensiva e parcimoniosa. Essa estrutura dimensional da qualidade de vida envolve cinco domínios: (a) bem-estar material:

finanças, qualidade de habitação, transporte; (b) bem-estar físico, que envolve a saúde, capacidade física, mobilidade, segurança pessoal; (c) bem-estar social, associado às relações interpessoais e envolvimento comunitário; (d) bem-estar emocional, relacionado com o positivismo/otimismo, estatuto, respeito, saúde mental, stress, fé, crença e auto-estima; e (e) bem-estar produtivo, relacionado com competência, produtividade e contribuição.

Estas abordagens diferem quanto ao foco (a) a objectiva qualidade das condições em que a criança vive; (b) a satisfação subjectiva da criança face às suas condições de vida; (c) a combinação de abordagens subjectivas e objectivas; ou (c) a combinação de perspectivas subjectivas e objectivas em determinados domínios da qualidade de vida da criança.

Um grande número de problemas surge da utilização de abordagens puramente subjectivas ou puramente objectivas isoladamente. A combinação de abordagens subjectivas e objectivas parece ser preferível na avaliação da qualidade de vida em crianças e adolescentes (Cummins, 1997, in Wallander & Schmitt, 2001).

No âmbito da avaliação da qualidade de vida em crianças, podem identificam-se quatro categorias de grupos interessados: sociedade, políticas do sistema de saúde, grupo de pacientes e pacientes individualmente. No entanto cada grupo apresenta diferentes sistemas de valores e diferentes resultados esperados, a que vão corresponder diferentes escolhas de instrumentos e do métodos de avaliação (Wallander & Schmitt, 2001).

Para efeitos de identificação de problemas gerais de satisfação com a vida, alguns questionários (Currie et al 2000; Matos e al, 2003) incluem itens relativos à percepção de bem-estar ou percepção de felicidade pessoal. Alguns estudos associam a percepção de bem-estar e felicidade pessoal a menos comportamentos ligados ao risco e mais comportamentos de protecção da saúde (Matos et al, 2003; Matos et al 2005).

Considerações metodológicas

É necessário ter em conta um número de considerações metodológicas no desenvolvimento e na estrutura dos instrumentos, nomeadamente a sua validade, fontes complementares e desenvolvimento da criança.

Loevinger's (1957, cit Wallander & Schmitt, 2001) discute a validade de um constructo em termos de validade substantiva, estrutural e externa. A validade substantiva prende-se com o contexto teórico, definição e conteúdo. A validade estrutural refere-se à relação entre o instrumento e o constructo através de actividades comportamentais. A validade externa pode ser demonstrada se explicar claramente as definições do constructo e a sua forma teórica.

Alguns grupos de crianças não têm a capacidade de fornecimento de relatos sobre a sua qualidade de vida, quer devido à tenra idade, quer porque estão doentes ou

com uma incapacidade funcional. A única forma de obter informação sobre a qualidade de vida destas crianças é pelo uso de fontes complementares, tais como, os pais, a quem é pedido que reflectam sobre a percepção da criança. A opinião dos autores varia quanto à concordância entre os discursos destas fontes complementares e os das crianças. No entanto diversos estudos revelam uma concordância moderada, variando segundo o género, a idade e outras condições (Wallander & Schmitt, 2001; Sung, Young, Greenberg, McLimont, Samanta, Wong, Rubenstein, Ingber, Doyle & Feldman, 2004; Chang, Yeh, 2005).

Numa perspectiva desenvolvimental, devem ter-se em conta diversos aspectos, nomeadamente a competência desenvolvimental da compreensão verbal, compreensão e gestão do tempo, diferenças desenvolvimentais nos itens da qualidade de vida e identificação de domínios e itens da qualidade de vida relevantes para as crianças (Wallander & Schmitt, 2001; Harding, 2001).

O instrumento de avaliação da qualidade de vida em crianças terá que ser aplicável a todas as crianças, tenham ou não condições especiais. Cummins (1997, in Wallander & Schmitt, 2001; Harding, 2001) defende critérios para apreciação dos instrumentos de avaliação. Segundo ele, os instrumentos devem (a) operacionalizar uma definição multi-dimensional, consensual, clara e genérica de qualidade de vida; (b) incluir critérios e domínios da qualidade de vida aplicáveis a todas as crianças; (c) fornecer resultados para cada domínio; (d) ser fáceis de aplicar e de cotar; (e) incluir abordagens objectivas e subjectivas; (f) incluir instrumentos paralelos para crianças e fontes complementares; (g) aumentar a satisfação em domínios percebidos como importantes para a criança; (h) ter características psicométricas satisfatórias (consistência interna e validade); (i) fornecer normas para a população em geral, para além de grupos específicos de crianças; (j) reconhecer que a criança está em desenvolvimento; (l) ser multi-cultural, ou genérico relacionado com a saúde, ou ter dimensões para doenças específicas; (m) incluir avaliação subjectiva ou qualitativa (emoções, satisfação ou preferências).

Numa pesquisa apresentada por Harding (2001) sobre instrumentos de avaliação de qualidade de vida genérica ou qualidade de vida relacionada com a saúde, estabelecem-se três critérios de inclusão (a) ênfase da medida posta na qualidade de vida em criança; (b) preenchimento pela própria criança ou adolescente; (c) instrumentos genérico, incluindo avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde mas não doenças específicas. A autora apresenta diversos instrumentos de avaliação da qualidade de vida em crianças caracterizando-os quanto à faixa etária coberta, ao tipo de medição, às dimensões que abrange, às amostras standardizadas, à validade e consistência interna, à medição qualitativa, à existência de versão para pais e versão inglesa. Todos os instrumentos referidos abrangem três ou quatro dos domínios indicados pela OMS (física, social e

psicossocial) como relevantes para crianças e adolescentes; há, no entanto, uma notável omissão do domínio ambiental. A maioria dos instrumentos inclui questões geradas pelas próprias crianças e apresentam características psicométricas satisfatórias (consistência interna e validade).

Como potenciais aplicações de instrumentos de avaliação da qualidade de vida em crianças, registam-se (a) informação da classe política; (b) aplicação relevante de recursos públicos; (c) avaliação de efeitos de políticas ou programas; (d) avaliação de efeitos de intervenções clínicas ou procedimentos de tratamento específicos; (e) determinação de diferenças da qualidade de vida em diferentes grupos (identificação de crianças em risco e vulneráveis); (f) determinação de factores que influenciam a qualidade de vida e como se relacionam entre si (depressão, pobreza, stress, doenças, etc.); (g) determinação de associações entre qualidade de vida e outros factores e (h) avaliação de relações entre diferentes apoios e os resultados a nível da qualidade de vida (Koot & Wallander, in press, cit in Wallander & Schmitt, 2001).

Introdução ao projecto Kidscreen / CE

O conceito de saúde já anteriormente referido (WHO, 1986), espelha uma importante expansão da visão da saúde, não deve ser entendida apenas a nível dos indicadores somáticos, mas engloba também as percepções individuais a nível do bem-estar psicológico e físico, como as pessoas gerem a sua relação com as outras pessoas e várias funções do seu quotidiano. Esta saúde percebida é denominada Qualidade de vida relacionada com a saúde (QVRS /Health-Related Quality of Life - HRQOL). É descrita como um constructo que engloba componentes do bem-estar e funções físicos, emocionais, mentais, sociais e comportamentais, como são percebidos pelos próprios (crianças e adolescentes) e pelos outros (pais). O grupo de qualidade de vida da OMS inclui uma perspectiva transcultural: a qualidade de vida é descrita como uma percepção individual sobre a posição na vida, num contexto cultural e num sistema de valores em que o indivíduo vive, e em relação aos seus objectivos, expectativas, metas e preocupações/interesses (WHO, 1996).

A monitorização do estado de saúde de uma população é uma das principais actividades da investigação em saúde pública (Ravens-Sieberer, Gosch, Abel, Auquier, Bellach, Bruil, Dur, Power, Rajmil & European Kidscreen Group, 2001). Actualmente, não existem instrumentos estandardizados, que possam ser aplicados com relevância equivalente em populações pediátricas em diferentes populações europeias.

O projecto colaborativo europeu Kidscreen foi desenvolvido com o objectivo de construção de um instrumento estandardizado para avaliação da qualidade de vida

em crianças e adolescentes. Foi aplicado em amostras representativas a nível europeu e nacional.

Enquanto que a qualidade de vida dos adultos tem sido estudada nos últimos dez anos, a qualidade de vida relacionada com a saúde em crianças é uma área recente. O desenvolvimento da investigação, no âmbito da qualidade de vida em crianças, deu-se em três etapas. Na primeira etapa, no final dos anos 80, a principal preocupação foi aceder à qualidade de vida de crianças como um conceito teórico, especialmente centrado nas diferenças face aos conceitos da qualidade de vida nos adultos. A segunda etapa, princípio dos anos 90 até à actualidade, consistiu na construção de instrumentos de avaliação da qualidade de vida em crianças. Uma terceira fase, que começou recentemente (desde 1995), envolve a preocupação de aplicação dos instrumentos de medida em estudos clínicos e epidemiológicos.

A inclusão de instrumentos de medida da qualidade de vida relacionada com a saúde (QVRS /Health-Related Quality of Life - HRQOL), em estudos de saúde pública, permite aos investigadores monitorizar o estado de saúde da população ao longo do tempo, detectar sub-grupos da população em geral que poderão estar em risco de fraca QVRS e conhecer o impacto das intervenções no âmbito da saúde pública numa determinada população. Actualmente, não existem instrumentos estandardizados que possam ser aplicados em populações pediátricas, em populações de países diferentes, além de que a saúde subjectiva tem aumentado de importância na avaliação do estado de saúde em amostras nacionais bem como em estudos internacionais de avaliação dos indicadores perceptivos da saúde, tais como, o estudo da OMS: Health Behaviour in School Aged Children (HBSC) (Currie, Hurrelmann, Settertobulte, Smith & Todd, 2000).

A investigação do ponto de vista das crianças sobre o seu bem-estar, a sua percepção e o seu comportamento, é apenas avaliado de modo rudimentar. Existem apenas alguns questionários genéricos que avaliem a QVRS em crianças e adolescentes.

As dificuldades de avaliação são diversas. Primeiro coloca-se a questão de saber se as crianças serão capazes de expressar opiniões, atitudes e sentimentos sobre a sua QVRS. A capacidade de compreensão do conceito de QVRS ou de avaliação dos aspectos da sua própria saúde e bem-estar é determinada pela idade, maturidade e desenvolvimento cognitivo.

Investigações recentes mostram que o questionário deve ser apropriado para a idade e nível cognitivo das crianças para que elas sejam capazes de relatar o seu bem-estar e a sua capacidade funcional. Para as crianças mais novas surge mesmo outro impedimento que é a dificuldade de leitura e escrita. De modo a resolver estes problemas, alguns autores desenvolveram questionários para diferentes

grupos de idades bem como outras estratégias e métodos como diferentes categorias de resposta, bonecos ou pictogramas.

Outro ponto crítico prende-se com as dimensões relevantes e necessárias para descrição do conceito de QVRS em crianças e adolescentes. Concorda-se que a QVRS é um constructo multi-dimensional, documentado por diversos estudos nacionais e internacionais em populações adultas. No entanto, não é claro que as crianças enfatizem as mesmas dimensões que os adultos. Tem aumentado a importância que é dada ao ponto de vista da criança tanto ou mais do que a informação recolhida na revisão de literatura ou na opinião de peritos. Os instrumentos que têm vindo a ser desenvolvido são apenas aplicados e generalizados em cada país. Num questionário transcultural é utilizado um consenso das dimensões relevantes e itens sobre a qualidade de vida para determinados grupos de idade em cada um dos países. Os itens estabelecidos são depois revistos. Quando se analisam resultados no âmbito da saúde pública, que incluam uma avaliação da QVRS em crianças e adolescentes, é importante ter em conta determinantes da percepção de saúde das crianças, nomeadamente, física, cultural, envolvimento social, stressores sociais, comportamentos de saúde, e processos psicossociais, tais como, estilos de *coping* e apoio social. Estes factores devem ser incluídos como determinantes ou variáveis moderadoras / mediadoras em contexto de saúde, em conjunto com a qualidade de vida. Como consequência, podem ser identificados, crianças e adolescentes em risco em termos da sua saúde subjectiva. Podem ser fornecidos a estas crianças programas de intervenção, que devem ser posteriormente avaliados (Ravens-Sieberer, Gosch, Abel, Auquier, Bellach, Bruil, Dur, Power, Rajmil & European Kidscreen Group, 2001).

Caracterização do Instrumento Kidscreen/CE

O KIDSCREEN é um instrumento genérico, que pode ser utilizado para medição, monitorização e avaliação. Pode ser aplicado em hospitais, estabelecimentos médicos e em escolas, por profissionais do campo da saúde pública, epidemiologia, medicina, psicologia, enfermagem e investigação clínica. É aplicável em crianças e adolescentes entre os 8 e os 18 anos de idade e aos seus pais, no âmbito da saúde e da doença crónica. É um questionário de auto-preenchimento (Ravens-Sieberer, Gosch, Abel, Auquier, Bellach, Bruil, Dur, Power, Rajmil & European Kidscreen Group, 2001). O tempo de aplicação é de 10 a 15 minutos.

O instrumento Kidscreen inclui dez dimensões, que descrevem a Qualidade de vida relacionada com a saúde (QVRS):

1. Bem-estar físico
2. Bem-estar psicológico
3. Humor e emoções

4. Auto-percepção
5. Autonomia
6. Relação com os pais e envolvimento familiar
7. Amigos e relações interpessoais de apoio social
8. Envolvimento escolar
9. Violência
10. Recursos económicos/financeiros

Os resultados são calculados para cada uma de dez dimensões consideradas, e serão apresentados valores para cada país, estratificados por idade, género e estatuto sócio-económico.

O Kidscreen é um instrumento que mede a saúde geral associada à qualidade de vida para crianças e adolescentes. Foi desenvolvido no âmbito do projecto Europeu “Screening and Promotion for Health-Related Quality of Life in Children and Adolescents – A European Public Health Perspective” criado pela Comissão Europeia. O projecto decorreu durante 3 anos (2001-2004) e os participantes iniciais foram a Áustria, a República Checa, a França, a Alemanha, a Grécia, a Hungria, a Irlanda, a Polónia, a Espanha, a Suécia, a Suíça, a Holanda e o Reino Unido.

O projecto tem como objectivo uma cooperação europeia no desenvolvimento de um instrumento estandardizado de avaliação da qualidade de vida, que irá ser aplicado a amostras representativas nacionais e europeias. O instrumento também pode ser utilizado para avaliação genérica da qualidade de vida em crianças e adolescentes com doenças crónicas. Pretende, ainda, identificar crianças em risco, em termos da saúde subjectiva e sugere intervenções precoces apropriadas ao incluir o instrumento na investigação e divulgação no âmbito dos serviços de saúde.

O projecto Kidscreen (Ravens-Sieberer, Gosch, Abel, Auquier, Bellach, Bruil, Dur, Power, Rajmil & European Kidscreen Group, 2001), desenvolveu-se ao longo de três fases (1) desenvolvimento e teste do instrumento; (2) aplicação do instrumento em amostras de grandes dimensões no âmbito da saúde; (3) implementação, onde será testada a utilização do instrumento em diferentes contextos.

Todo o projecto é baseado em 11 grupos de trabalho. Enquanto que o centro de estudos é responsável pela co-orientação/coordenação de todos os grupos de trabalho e fases do projecto, cada centro participante é alternadamente responsável por conteúdos de diferentes grupos de trabalho. O centro de estudos localiza-se no Robert Kock Institute (RKI), a instituição central é o Ministério da Saúde em Berlim. Os parceiros têm a experiência no âmbito da saúde pública e em investigação sobre QVRS em crianças e adolescentes. A equipa portuguesa iniciou a sua colaboração em 2004, tendo já traduzido e adaptado os instrumentos

e levado a cabo um estudo piloto inicial, prevendo-se a validação (versão criança e versão pais) para 2005.

A construção do questionário foi baseada na revisão de literatura, consultoria de especialistas e grupos focais com crianças de todos os países envolvidos, no sentido de identificar as dimensões e os itens da qualidade de vida relacionada com a saúde, relevantes para os inquiridos em todos os países. A revisão de literatura permitiu a identificação inicial das dimensões e dos métodos de avaliação para o projecto. Duas pesquisas de literatura utilizando a Medline e a Psychlit visaram, numa primeira análise (a) crianças e adolescentes associado a termos como saúde pública, populações de saúde, relatórios, divulgação em saúde, epidemiologia e, numa segunda análise, (b) qualidade de vida, estado de saúde, bem-estar, psicossocial associados a instrumentos de medição. Foram identificados 9029 trabalhos. Os resumos dos trabalhos foram analisados e avaliados por um grupo de peritos em saúde infantil e qualidade de vida.

O instrumento Kidscreen mede 10 dimensões da qualidade de vida relacionada com a saúde (física, bem-estar psicológico, humor e emoções, auto-percepção, autonomia, relações com os pais e ambiente familiar, pares e apoio social, ambiente escolar, violência e recursos financeiros). Foi também desenvolvida uma versão de monitorização reduzida. Ambas as versões foram adaptadas para pais e prestadores dos cuidados primários. O instrumento Kidscreen está actualmente disponível em checo, holandês, inglês, francês, alemão, grego, húngaro, polaco, espanhol, sueco e, mais recentemente, português.

O instrumento foi desenvolvido baseando-se numa revisão de literatura, consultoria de especialistas e “focus group” grupos de discussão centrados num tema com crianças e adolescentes, com idades entre os 8 e os 18 anos de idade. Foi efectuado um estudo piloto europeu com 2100 crianças e com os seus pais.

O instrumento final foi usado numa amostra representativa em 1800 crianças e seus pais por país participante (total = 25200 crianças) e foram produzidos dados normativos. A análise final envolve uma análise nacional e uma análise entre os diferentes países que confirma os resultados do estudo piloto.

Além de uma análise psicométrica comum, foi realizada uma análise de itens e um modelo de equações estruturais para determinação das características optimizadas dos itens e da escala do questionário.

Para avaliação da consistência interna foi calculado o Alfa de Cronbach para as dez dimensões do Kidscreen com resultados entre .76 (bullying) e -.89 (apoio financeiro)

Foi testada a validade convergente e divergente usando informação sobre a saúde física (*Children with special health care needs screener for parents*, CSHCN, Beyhell et al., 2002) e mental (*Strength and difficulties questionnaire*. SDQ, Goodman e tal., 2000).

Aventura Social e Saúde: Portugal no projecto Kidscreen

A natureza colaborativa e internacional do projecto do Kidscreen produz muitos desafios em termos da construção de um instrumento, conceptual e linguisticamente apropriado para utilização em diferentes países. Uma vez que cada país teve a possibilidade de envolvimento desde as primeiras fases do construção do instrumento, o instrumento do Kidscreen é o primeiro verdadeiro instrumento trans-cultural de QVRS para crianças e adolescentes. O instrumento Kidscreen pode contribuir para as políticas europeias, fornecendo informação sobre os tipos e a disparidades na distribuição da qualidade de vida a nível nacional e europeu. Permite uma melhor compreensão da saúde percebida em crianças e adolescentes e ajuda a à identificação das populações em risco.

A equipa portuguesa do projecto Aventura Social colabora com o projecto europeu Kidscreen e já concluiu o processo de tradução e adaptação dos instrumentos Kidscreen. Estes irão ser utilizados junto de uma população representativa de crianças dos 8 aos 15 anos e respectivos pais, em 2005.

O principal objectivo é a compreensão da percepção de qualidade de vida relacionada com a saúde em crianças e a identificação de populações de risco. Os resultados do estudo nacional serão posteriormente analisados junto com os resultados dos outros países membros. A avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde tem uma importância crescente como meio de monitorização do estado de saúde da população ao longo do tempo, pela detecção de sub-grupos da população com QVRS baixa e avaliando o impacto que intervenções a nível da saúde pública em populações determinadas.

Referências

- Chang, P. & Yeh, C. (2005). Agreement between child self-report and parent proxy-report to evaluate quality of life in children with câncer. *Psycho Oncology* 14: 125-134.
- Currie, C.; Hurrelmann, K.; Settertobulte, W.; Smith R.; Todd, J. (2000). *Health Behaviour among young people*. Copenhagen: WHO.
- Ferreira, P.L. (1998). A medição do estado de saúde: criação da versão portuguesa do SF-16. Documento de trabalho: Centro de estudos e Investigação em saúde. Faculdade de Economia, Universidade de Coimbra.
- Gill, T.M.; Alvan, M.D. & Feinstein, M.D. (1994). A critical appraisal of quality of quality of life measurements. *JAMA*.
- Gladis, M.M.; Gosch, E.A.; Dishuk, N.M. & Crits-Cristoph, P. (1999). Quality of life: expanding the scope of clinical significance. *Journal Consult Clinic Psychol*, 67: 320-331.

- Harding, L. (2001). Children's Quality of Life Assessments: a review of genetic and health related quality of life measures completed by children and adolescents. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 8: 79-96.
- Matos, M et al (2003) A saúde dos adolescentes portugueses (quatro anos depois), Lisboa:CDI/ FMH
- Matos, M; Carvalhosa; S.; Simões, C.; Branco, J.; urbano,J. (2005) Risco e protecção: adolescentes, família, amigos e escola, www.fmh.utl.pt/aventurasocial
- Newell, P. (1993). The United Nations Convention and Children's Rights in the U.K. National Children's Bureau: London.
- Ribeiro, J.L.P. (2003). Quality of life is a primary end-point in clinical settings. *Clinical Nutrition* 23 (1): 121-130.
- Ravens-Sieberer, U, & Bullinger, M. (1998). Assessing health-related quality of life in chronically ill children with the German KINDL. First psychometric and content analytic results. *Quality of Life Research* 7: 399-409.
- Ravens-Sieberer, U.; Gosch, A.; Abel, T.; Auquier, P.; Bellach, B.; Bruil, J.; Dur, W.; Power, M.; Rajmil, L. & European Kidscreen Group (2001). Quality of life in children and adolescents: a European public health perspective. *Preventive medicine* 46: 294-302.
- Seidl & Zannon (2004). Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 20 (2): 580-588
- Sung, L.; Young, N.L.; Greenberg, M.L.; McLimont, M.; Samanta, T.; Wong, J.; Rubenstein, J.; Ingber, S.; Doyle, J.J. & Feldman, B.M. (2004). Health-related quality of life (HRQOL) scores reported from parents and their children with chronic illness differed depending on utility elicitation method. *Journal of Clinical Epidemiology* 57: 1161-1166.
- 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.
- Ware, J.E.; Kosinski, M. & Keller, E.D. (1993). The SF-16 Physical and mental summary scales: a user's manual. Boston: the health Institute.
- World Health Organization (1986). *Young people's health - a challenge for society: report of a WHO study group on young people and "Health for all by the year 2000"*. Geneva: WHO.
- World Health Organization (1994). *Quality Of Life Assessment: an annotated bibliography*. Geneva: WHO
- World Health Organization Quality Of Life Group (1995). *The World Health Organization Quality Of Life Assessment (WHOQOL): position paper*

from World Health Organization. Geneva: Department of mental health
WHO

- World Health Organization Quality Of Life Assessment Group (1996). What is Quality of Life? World Health Organization Quality Of Life Assessment (WHOQOL): World Health Forum.
- World Health Organization Quality Of Life Group (1998). The World Health Organization Quality Of Life Assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. Geneva: Department of mental health
WHO

Saúde e diversidade cultural

Tania Gaspar

Introdução

Nas últimas décadas, houve em Portugal grandes mudanças sociais, políticas e culturais. Portugal passou de fornecedor de mão-de-obra a país de acolhimento para muitos, especialmente provenientes de ex-colónias portuguesas. A interacção social resultante deu origem a uma renovação das atitudes e das formas de expressão cultural. Este carácter multicultural da sociedade portuguesa é uma realidade irreversível, em particular nos meios urbanos mais industrializados (Martins & Silva, 2000).

Paralelamente, temos assistido na Europa, nomeadamente em Portugal, a um aumento crescente de aspectos relativos à discriminação de minorias descritas como minorias étnicas e raciais (Vala, Lopes & Brito, 2000).

Actualmente, a discriminação é baseada sobretudo nas diferenças culturais. Pode-se, no entanto, considerar que, em muitos casos, a expressão das diferenças culturais é, implicitamente, uma expressão de racismo (Vala, Lopes & Brito, 2000).

Em resultado do aumento do seu fluxo de entrada em Portugal, na segunda metade da década de 70 e na de 80 do séc. XX, os migrantes oriundos dos países africanos de língua oficial portuguesa (PALOP), isolados ou em família, tiveram dificuldades de alojamento pelo que ocuparam as casas que encontraram livres, quaisquer que fossem as condições de habitabilidade e segurança ou, em alternativa, sobre-ocuparam alojamentos ou construíram barracas clandestinas nos terrenos "disponíveis" à volta das grandes cidades, especialmente em Lisboa. Estes bairros estão, muitas vezes, situados em zonas suburbanas que servem de "dormitório" à cidade, contrastando de modo flagrante com os bairros vizinhos que, apesar das suas características suburbanas, apresentam condições de habitabilidade consideradas normais, e com cujos residentes surgem frequentemente tensões e conflitos (STEP/BIT, 2003). Para além dos problemas habitacionais e ambientais, as situações de pobreza e exclusão social e de riscos de marginalidade social assumem também outras formas de natureza socioeconómica e cultural (STEP/BIT, 2003): (a) baixos níveis de escolaridade e de qualificação profissional, traduzindo-se nos adultos em vínculos laborais precários e desqualificados e em situações frequentes de desemprego, implicando baixos rendimentos; (b) falta de acesso aos direitos sociais básicos (como a segurança social), devido à ilegalidade em que muitos se encontram; (c) presença de uma importante economia subterrânea ligada à droga e à prostituição; (d)

existência de graves problemas sociais relacionados com o consumo excessivo de álcool e doenças infecto-contagiosas; (e) elevadas taxas de insucesso e abandono escolar, em parte devidas às dificuldades de domínio da língua portuguesa; (f) situações frequentes de crianças em risco, deixadas na rua, sozinhas em casa com a porta trancada ou à guarda de irmãos mais velhos ou de amas clandestinas (vizinhas), sem condições habitacionais, económicas e sociais; (g) ocorrência de tensões e conflitos inter-étnicos. Perante este cenário, verifica-se que a comunidade de imigrantes se defronta com várias adversidades e enfrenta sérios obstáculos à completa integração social sobretudo dos mais jovens uma vez que crescem entre dois padrões sociais e culturais distintos. Esta experiência é potencialmente geradora de conflitos no processo de construção de uma identidade social positiva (Martins & Silva, 2000). As famílias de imigrantes lidam com inúmeros constrangimentos condicionantes da sua capacidade de afirmação cultural, tais como ausência de estruturas representativas que possam manifestar as suas especificidades, imposição dos padrões culturais portugueses, discriminação e carências dos seus bairros.

O racismo e a xenofobia são fenómenos duma espessura histórica e duma complexidade consideráveis e, em Portugal, têm ocorrido diversos discursos e comportamentos que evidenciam a intolerância e a exclusão relativamente a grupos minoritários. Para o fomento de uma convivência pluri-cultural, é necessária a adoção de medidas que atenuem o efeito das assimetrias sociais, evitando conflitos que resultem de atitudes discriminatórias em relação às minorias étnicas (Martins & Silva, 2000; Carmo, 2000).

O processo de integração do estrangeiro na sociedade passa pela sua adaptação ao novo ambiente social e cultural. Os portugueses têm um papel fundamental na integração dos imigrantes através de um apoio funcional-material, na procura de habitação, emprego, legalização, na aprendizagem da língua e essencialmente, no sentimento de pertença (Juhos, 2000). Segundo Segal (1997) considerando as questões inerentes à aculturação no processo de adaptação a uma nova cultura o indivíduo poderá reagir de três formas (1) estabelecer ou manter vínculos com o grupo cultural a que pertence de modo a restabelecer ou dar continuidade à cultura tradicional no novo contexto; (2) comportar-se como se permanecesse na sua cultura tradicional e dar a entender aos outros que são eles que se têm de se-lhe adaptar; (3) aceitar os novos valores e padrões de comportamento. Qualquer das escolhas terá consequências para a saúde física e mental, reflectindo-se na estrutura da personalidade. No âmbito dos problemas que enfrentam os jovens com origens africanas no processo de relação com a sociedade portuguesa e de identidade social e pessoal, Pais (2000) propõe quatro estratégias de aculturação: integração, assimilação, separação e marginalização. Considera a manutenção da identidade e características culturais e a preservação da relação com outros grupos

como aspectos fundamentais num processo positivo de integração. 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. Em relação à etnia, diversas investigações efectuadas nos EUA, tendo em conta sub-grupos étnico-culturais diferenciados, revelam padrões mais elevados de comportamentos de risco tais como consumo de álcool e drogas, comportamentos de violência e insucesso escolar quando comparados com jovens de origem europeia (Patterson & Jaspersmidt, 1990; Arbona & al., 1999; Graham & Juvonen, 2002).

Pobreza

A pobreza ou a desigualdade económica constituem uma das maiores ameaças para a saúde dos indivíduos. Por um lado, limitam o acesso aos serviços de saúde, aos gastos ligados a opções de vida saudável. Por outro, diminuem fortemente as expectativas de uma vida e de um futuro associados ao bem-estar e desenvolvimento pessoal e social, isto é, limitam o acesso à saúde, no presente e, na falta de expectativas de uma igualdade de oportunidades, no futuro. A desigualdade e a pobreza limitam o espectro dos estilos de vida saudáveis e estão intimamente ligadas à saúde e à escolha e manutenção de estilos de vida. Os indivíduos e países social e economicamente desfavorecidos têm uma menor gama de escolhas na procura de um estilo de vida saudável e debatem-se com questões fundamentais de existência, sobrevivência e direitos humanos. (WHO; 1997; STEP/BIT, 2003; Matos et al., 2003).

Segundo descreve o Programa global de Estratégias e Técnicas contra a Exclusão Social e a Pobreza (STEP) da Organização Internacional do Trabalho (OIT) (2003), pobreza e exclusão social estão relacionadas com factores ligados à sociedade (âmbito “macro” e “meso”) e factores ligados às histórias pessoais e familiares concretas (âmbito micro). Consideram factores “macro” aqueles que dizem respeito às configurações estruturais da economia mundial e dos modelos de desenvolvimento, de organização e funcionamento dos sistemas económicos e financeiros predominantes no Mundo, bem como aos valores, normas e princípios deles decorrentes, que por vezes são valores e preconceitos dominantes de marginalização e de desprezo por grupos sociais, culturais e étnicos, assim como políticas públicas de âmbito nacional de orientação discriminatória. Os factores “meso” caracterizam-se por um conjunto de variáveis, que podendo ter origem nas políticas macro ou nos elementos culturais dominantes, têm um impacto mais significativo a nível local ou sectorial, tais como: atitudes culturais, preconceitos e comportamentos sociais de discriminação de base local face a uma comunidade

migrante, portadores de HIV ou outras doenças, políticas de realojamento que criem ilhas de exclusão social, e decisões que discriminem minorias étnicas. A nível micro, estão incluídas variáveis como: dimensão e estatuto do agregado familiar, idade, educação, percursos e histórias de vida, projectos de vida, opções pessoais, oportunidades aproveitadas ou perdidas, etc. Estas variáveis fazem-se sentir fundamentalmente nas interações estabelecidas ao nível pessoal e familiar. De referir que uma das categorias mais vulneráveis à pobreza e exclusão social é a das minorias étnicas.

No entanto, nos países em vias de desenvolvimento, ao mesmo tempo que se assiste a uma diminuição da importância de certos riscos para a saúde (p.e. doenças infecciosas, e ligadas ao saneamento), assiste-se a um aumento dos riscos de saúde ligados ao "desenvolvimento": doenças ligadas ao *stress*, consumo de tabaco, álcool e drogas, acidentes de viação e doenças cardíacas, entre outras. Outras questões como a má nutrição, a pouca actividade física, o tabagismo, o alcoolismo, o consumo de substâncias ilícitas, a exclusão social, o isolamento social e o *stress* laboral, estão na base do que se considera um estilo de vida com efeitos nocivos para a saúde (Matos et al., 2003). As crianças e adolescentes que se encontram em situação de pobreza e exclusão social são, na maioria, privadas ou tem difícil acesso aos cuidados de saúde e educação e quase todas são levadas a enfrentar a escolha entre *resistir* ou *desistir*, em relação à violência, ao crime, à prostituição e ao consumo de substâncias tais como a droga e o álcool (Carmo, 2000).

Os cenários do Adolescente

Nesta fase da vida, a capacidade para lidar com eventos *stressantes*, tem a ver com características individuais bem como com factores do envolvimento que poderão acentuar ou atenuar as dificuldades percebidas (Neto & Ruiz, 1998). O modelo proposto por Charlton, Melia e Moyer (1990) pretende conceptualizar a forma como diversos factores (pessoais e sociais) interagem de forma a afectar um comportamento específico do indivíduo. Utilizando o modelo proposto pelos autores em relação ao consumo de tabaco, parece possível e adequada a sua aplicação aos comportamentos de consumo de outras substâncias psico-activas, nomeadamente o consumo de álcool. Os autores defendem que o comportamento é influenciado por (a) estatuto sócio-económico, (b) influências da família, (c) influências dos pares, (d) auto-imagem e personalidade e (e) reforço fisiológico. O modelo identifica as maiores influências neste processo, salienta a influência dos pares e do reforço fisiológico na experimentação. Por outro lado, refere a grande influência da família, da auto-imagem e da personalidade na selecção dos pares. No modelo apresentado em Matos et al. (2003) são considerados os cenários e os actores que privam com o adolescente. Consideram-se características individuais -

o género, a idade, a etnia, as crenças e atitudes e a percepção de si - e factores de envolvimento que poderão aumentar ou diminuir o risco e a protecção, tais como a família (comunicação com os pais, tipo de família e profissão dos pais), a escola (relação com os professores, com os colegas, sucesso escolar e gosto pela escola), grupo de pares (amigos, tempo que passa com eles, actividades que com eles desenvolve) e comunidade (apoio, estruturas, normas e políticas).

Catalano, Berglund, Ryan, Lonczak e Hawkins (2002) identificam alguns factores que se pretendem promover para um desenvolvimento positivo: "bonding/ligação", resiliência, competências sociais, emocionais, cognitivas, comportamentais e morais, auto-determinação, espiritualidade, auto-eficácia, identidade positiva, expectativas positivas no futuro, reconhecimento de comportamentos positivos, oportunidades para um envolvimento pro-social e normas sociais. Outros aspectos têm sido referidos como factores de influência, nomeadamente a autonomia na tomada de decisão (Dickey & Deatrck, 2000), a percepção de auto-eficácia (Kelly, Zyzanski & Alemagno, 1991; Rimal, 2000), os padrões de ajustamento, a auto-gestão de condições crónicas de saúde (Williams, Holmbeck & Greenley, 2002) e o ajustamento psicossocial (Zweig, Phillips & Lindberg, 2002).

A formação da identidade, considerando como identidade a tomada de consciência do sentido individual de unicidade e a solidariedade com um grupo de ideais, pode ser especialmente difícil para os adolescentes de comunidades migrantes que se encontram envolvidos entre duas ou mais culturas. Muitas vezes foco de uma avaliação social negativa, a tarefa de construção de uma identidade positiva como membro de uma minoria é difícil (Spencer & Dornbusch, 1999).

Percepção de si

Sprinthall e Collins (2003) consideram a auto-estima como um elemento avaliativo do auto-conceito, que é a auto-descrição de competências e de identidade (p.e. "*sou branco*" ou "*sou negro*"), no qual os indivíduos formulam um julgamento do seu próprio valor (p.e. "*eu sou a mais inteligente*").

Num estudo realizado por Carlson, Uppal & Prosser (2000) que abordava a questão da auto-estima, comparando diversos grupos étnicos, os resultados revelam que é consensual que a auto-estima elevada depende do estilo parental democrático e da percepção de apoio por parte dos professores. Inversamente, o *stress* parental influencia de modo negativo a auto-estima. A identidade étnica foi considerada um factor preditor da auto-estima (especialmente nas raparigas de minoria étnica). Também, Roberts, Phinney, Masse & Romero (1999) defendem que a identidade étnica está positivamente relacionada com o bem-estar psicológico, com o desenvolvimento de estratégias de *coping*, com a auto-estima e com o optimismo, enquanto que está negativamente relacionada com a solidão e a

depressão. Verifica-se a importância da pertença étnica na as vidas dos sujeitos e como por ela são positivamente influenciados (Banks, 1999).

Família

A qualidade dos laços familiares e das normas transmitidas, a modelação e monitorização parental, a disfunção familiar, a natureza da estrutura familiar e os estilos educativos, são relevantes no envolvimento em determinados comportamentos de risco, tais como o uso e abuso de substâncias (Settortobulte, Jensen & Hurrelmann, 2001). O problema do consumo de álcool nos jovens é determinado, em grande parte, pelo contexto interpessoal que desenvolve. A família é o ambiente social básico da criança e do adolescente. O contexto familiar pode converter-se numa forte fonte positiva de adaptação ou, pelo contrário, de desadaptação, dependendo da qualidade das relações entre os membros da família (Villa, 1997), tendo em conta que quanto mais fraca a supervisão familiar (controlo social informal) e mais fraca a ponte que faz entre o jovem e a sua entrada na sociedade, maior é o risco de criminalidade e delinquência. Segundo esta teoria, alguns factores que influenciam o controlo social informal fornecido pelos pais e a consequente delinquência são: nível de pobreza da família, mobilidade de residência, tamanho da família, actividade profissional da mãe e mobilidade do agregado familiar (Sampson & Laub, 1999).

Os factores do âmbito familiar que frequentemente estão vinculados ao consumo de álcool nos adolescentes são: (a) relação afectiva e comunicação pais-filhos, (b) dinâmica familiar, (c) modelo parental de consumo de álcool (Villa, 1997; Hughes & Chen, 1999; Frabutt, Walker & Mackiman-Lewis, 2002).

Relativamente às diferenças étnicas, alguns autores referem que os jovens de origem africana relatam mais que as suas famílias têm influência no seu uso de substâncias do que os de origem europeia (Catalano et al., 1998; Swaim et al., cit. por Oetting & Donnermeyer, 1998; Hirsch, Mickus & Boerger, 2002).

Hirsch, Mickus & Boerger (2002), pesquisaram a importância que adultos, que não os pais, têm para os adolescentes consoante a etnia, a estrutura familiar e o género e identificaram que os efeitos mais fortes são em relação à variável etnia. São os jovens negros quem refere ligações mais fortes e mais interacções de apoio de adultos. E foram as raparigas negras, com pais divorciados, que referem laços mais fortes com outros adultos. O reduzido nível económico e educacional dos pais condiciona o rendimento escolar das crianças e dos adolescentes. Aqui entram ainda outros factores como a falta de domínio do português falado e escrito e o desfasamento com os valores veiculados na escola. A crescer, as 2ª e 3ª gerações de comunidades minoritárias, que sofrem um processo de socialização com referências duplas, mais contraditórias que complementares, expressam grandes dificuldades na definição da sua identidade e das suas pertenças (STEP/BIT, 2003).

Escola

A escola está referida como responsável pela transmissão de normas e padrões comportamentais. Na sociedade actual, a escola representa um papel determinante no processo de socialização das crianças e dos adolescentes (Settertobulte, Jensen & Hurrelmann, 2001). Em relação aos grupos étnicos, a actuação da escola é muito reduzida, uma vez que são os jovens pertencentes a minorias étnicas que apresentam maiores dificuldades de adaptação e índices mais elevados de insucesso escolar e de abandono (Wyman, 1993; Fagan & Pabon; Tildesley e al., cit. por Oetting & Donnermeyer, 1998). Assim como os sujeitos com nível sócio-económico baixo, muitos sujeitos negros apresentam fracasso escolar e representações negativas da escola, desistência precoce perante o fracasso, desresponsabilização pelos resultados da realização, sentimentos de desânimo e "abandono aprendido". Por outro lado, apresentam expectativas de sucesso irrealistamente elevadas, mesmo quando os resultados da sua realização se revelam baixos (Faria, 1999; Honora, 2002; Graham & Juvonen, 2002).

O apoio académico dos pais e dos pares é um bom indicador para o sucesso escolar. Os alunos africanos referem uma positiva influência dos pais mas que é suplantada por uma ausência de apoio dos pares. Por outro lado, os jovens africanos não atribuem o sucesso escolar a um maior esforço e dedicação e referem que o insucesso escolar não os vai afectar na sua vida futura (Steinberg, Dornbusch & Brown, 1992). Tendo em conta que os professores têm uma grande influência na percepção que os alunos tem da sua realização, o facto de os professores de grupos minoritários serem frequentemente mais tolerantes ao fracasso vai transmitir aos indivíduos sinais indirectos de que o fracasso dos alunos se deve a causas estáveis e incontroláveis, como a falta de capacidade. O papel do professor é fundamental na promoção, nos jovens, do desenvolvimento de capacidades de decisão e de escolha de estilos de vida saudáveis. Perante este cenário, torna-se claro que, ligada à função docente, a formação de professores será um polo de intervenção fulcral, devendo ter como objectivo uma formação pluri-cultural que contemple a valorização das características e culturas dos jovens (Neto & Ruiz, 1998).

Uma vez que Portugal tem sido um país de imigração para originários dos PALOP, a escola passou a ser um palco de encontro para estes grupos culturais (STEP/BIT, 2003). O sistema de ensino pode considerar-se como um meio estruturado e estruturador que contribui para a normalização dos alunos. Um estudo realizado por Gonçalves e Neto (2001) verifica que não existem diferenças significativas nas dimensões das representações sociais da escola entre os alunos portugueses e os alunos dos PALOP, concluindo-se que a socialização escolar pode conduzir à homogeneização das representações que aí se elaboram. A escola como instituição de socialização transmite a cultura da classe dominante, criando

um desfasamento entre a cultura familiar e a cultura escolar (Wyman, 1993). No entanto, como refere Pereira (cit in Monteiro, 2000) "não é o aluno com uma cultura diferente da cultura escolar que está desadaptado da escola, é a escola que está desadaptada em relação ao aluno. O contexto de aprendizagem deverá ser um contexto dos vários contextos".

Se a sociedade portuguesa é pluri-cultural, as respostas (programas escolares e filosofia de ensino) devem ser necessariamente heterogéneas e elaboradas de acordo com os interesses do destinatário. A uniformização deve dar lugar à diversidade. A democratização do ensino implica que a escola garanta a igualdade de oportunidades para todos os alunos, sendo necessário para tal encontrar respostas diferentes consoante as necessidades específicas de cada um e atendendo à sua estrutura social e cultural (Monteiro, 2000). A estrutura organizacional e as práticas da escola influenciam a frequência de interações inter-raciais, tendo assim um papel fundamental na promoção de relações positivas entre as diferentes etnias (Khmelkov & Hallinan, 1999; Fagan & Pabon; Roth, 2000; Monteiro 2000; Graham & Juvonen, 2002). Em termos gerais, os sujeitos de minorias étnicas têm notas mais baixas, reprovam e abandonam a escola com mais frequência e têm um nível cultural inferior. Esta diferença no sucesso académico pode dever-se a um variado número de factores, como sejam: a influencia e expectativas dos pais, dos professores e dos pares (Steinberg, Dornbusch & Brown, 1999).

Grupo de pares

Na adolescência, os pares são fundamentais e significantes para o desenvolvimento do sujeito, a nível normativo e a nível diferencial. Os jovens utilizam os amigos como recursos sociais e cognitivos no seu dia-a-dia (Hartup, 1999; Settertobulte, Jensen & Hurrelmann, 2001; Lambert, Hublet, Verduyck, Maes & Broucke, 2002; Matos, Gaspar, Vitória & Clemente, 2003).

Num estudo desenvolvido por Verkuyten e Wolf (2002) em relação à identidade étnica e à identidade familiar, o autor conclui que os jovens de minorias étnicas dão maior peso à identidade familiar, enquanto que os jovens de maiorias étnicas dão maior peso à identidade étnica. O sentimento de pertença pode moderar ou mesmo eliminar a percepção de estigmatização de jovens de minorias raciais e étnicas. O desenvolvimento de uma identidade de grupo comum, deverá diminuir a estigmatização, promover atitudes inter-grupo, aumentar a satisfação institucional e promover o comprometimento de todos os jovens (Dovidio, Gaertner, Niemann & Snider, 2001). Os adolescentes atravessam uma fase de construção da identidade, em que as atitudes ainda não estão cristalizadas, sendo por conseguinte possível e oportuno operar preventivamente, através duma educação inter-cultural, sobre as atitudes e comportamentos racistas e xenófobos

que eventualmente se estejam a configurar.

Num estudo levado a cabo por Neto e Ruiz (1998) para recolha de informação sobre o modo como os adolescentes percebem e interagem com os colegas pertencentes a minorias étnicas, verificou-se que a maioria está preocupada com o futuro, e que estabelece a ligação racismo e xenofobia, com circunstâncias de exclusão, violência e intolerância, sobretudo ligadas à cor da pele. Só uma minoria dos jovens se declarou racista, denotando a grande maioria sentimentos e comportamentos de aproximação e tolerância para com os colegas de minorias étnicas. Segundo os autores, revelou-se uma vontade generalizada de combate ao racismo. A amizade tem influência importante nas atitudes, comportamentos e desenvolvimento dos adolescentes. Pode ser positiva, no sentido em que a interação com os amigos pode melhorar as competências sociais e a capacidade para lidar com situações de *stress*; ou então pode ser negativa, no sentido de que um adolescente que tenha amigos com atitudes e comportamentos ligados ao risco tem maior probabilidade de adopção dos mesmos comportamentos e atitudes (Berndt, 1999).

Conclui-se que, na generalidade, para os jovens, a convivência com os amigos se reveste de extrema importância e que os comportamentos individuais são influenciados pelas normas do grupo, nomeadamente, comportamentos desviantes. Considerando as diferenças étnicas, as correlações entre comportamentos desviantes e influência de pares são menores nos grupos minoritários (Newcomb & Bentler; Gottfredson & Koper, cit. por Oetting & Donnermeyer, 1998).

Em relação às percepções de discriminação de adolescentes pertencentes a maiorias ou a minorias étnicas, que vivem num contexto multi-étnico, conclui-se que os adolescentes percebem uma maior discriminação grupal do que uma discriminação pessoal e que são os adolescentes das minorias étnicas quem mais percebe a discriminação (Neto e Ruiz, 1998; Verkuyten & Kinket, 1999; Dovidio, Gaertner, Niemann & Snider, 2001; Verkuyten & Thijs, 2001; Campos & Neto, 2001; Verkuyten & Wolf, 2002).

Um estudo realizado por Killen & Stangor (2001) mostra a forma como os jovens incluem ou excluem outros do seu grupo segundo a etnia. Segundo os autores os critérios de escolha baseiam-se em duas formas de pensamento social: crenças morais (justiça, igualdade de direitos, acesso e tratamento) acerca do acto da exclusão e as crenças de norma social (estereótipos de "raça" e género) acerca dos processos de funcionamento dos grupos sociais. Em relação ao envolvimento em lutas ou actos violentos, os jovens africanos são mais frequentemente identificados pelos pares como agressores e menos como vítimas. Os jovens africanos caracterizados como vítimas mostram uma maior solidão, uma mais baixa auto-estima do que as vítimas de outros grupos étnicos, e são os mais

rejeitados pelos pares (Graham & Juvonen, 2002).

Comunidade

No contexto comunitário a juventude é o reflexo da sociedade: culturalmente heterogénea, marcada pela discriminação, pelas desigualdades económicas e sociais, pela existência de sistemas culturais diferentes e hierarquizados, um que domina e outros minoritários.

A exposição à exclusão e à discriminação tendo como base a etnia está associada a níveis menos favoráveis de saúde mental e de ajustamento, ou seja, factores como os acontecimentos de exclusão ou de discriminação afectam a identidade étnica e a auto-estima global do sujeito, assim como provocam um contexto de *stress*, levando, conseqüentemente, a problemas emocionais e comportamentais (DuBois et al., 2002).

Segundo descreve Neto (2003), um dos conjuntos de comportamentos denominado "*stress* de aculturação" inclui experiências engendradas durante a aculturação que são disruptivas para o indivíduo e para o grupo (p.e., consumo de substâncias -álcool e drogas-, sintomas físicos e psicológicos, e sentimentos de marginalidade). O *stress* de aculturação acarreta uma redução na saúde, física, psicológica e social. Por outro lado, o *stress* não é necessariamente negativo: pode ser uma força positiva e criadora que estimule e motive o funcionamento psicológico do indivíduo.

Na adaptação do modelo de Berry, Kim, Minde e Mok (1987) feita por Neto (2003), são identificados factores que moderam as relações entre aculturação e *stress*: (a) a natureza da sociedade, pluri-cultural ou mono-cultural; (b) tipo de grupo tema de aculturação, imigrantes ou refugiados, etc.; (c) modos de aculturação, integração, assimilação, separação e marginalização; (d) características demográficas e sociais do indivíduo, idade, género, apoio social, etc.; (e) características psicológicas do indivíduo, tais como atitudes, valores, identidade, estratégias de confronto.

A percepção do ambiente social (percepção de riscos na vizinhança, delinquência dos amigos, e práticas de monitorização parental) e do controlo pessoal (competência para controlo da raiva e características de relação com o risco) são factores preditores na agressão interpessoal, principalmente, na juventude minoritária urbana. Os resultados de um estudo levado a cabo por Griffins, Scheier, Borvin, Diaz & Miller(1999) indicam que a percepção de monitorização parental, a delinquência dos amigos e a percepção de riscos na vizinhança estão directamente associados com a agressividade e têm uma associação indirecta com competências de controlo da raiva. A gestão das diferenças exige um modelo de cooperação entre os actores implicados (pais, escola, pares e a comunidade) (Monteiro, 2000).

Uma vez que a comunidade tem uma grande influência no comportamento dos indivíduos, inclusive no consumo de álcool na adolescência, os programas preventivos deviam ser focados na comunidade (a) influenciar o ambiente social dos jovens e mudar as normas, os valores e as políticas que promovem o seu comportamento de consumo; (b) coordenação entre os serviços de saúde e de educação e as estruturas da comunidade; (c) promoção de partilha da responsabilidade sobre a sua saúde e desenvolvimento de competências pessoais para a mudança e a respectiva manutenção a longo prazo (WHO, 1996).

No sentido da melhoria do bem-estar e da saúde dos indivíduos e das comunidades é evidente que é necessária uma perspectiva ecológica e comunitária que permita compreender os comportamentos relacionados com a saúde em função de contextos sociais e culturais, uma vez que existem muitos comportamentos de risco para a saúde associados a determinantes sociais e/ou culturais e que nos deparamos com uma diminuição da coesão social e uma degradação dos sistemas tradicionais de apoio (família, vizinhança, etc.) (Glanz, 1999; Seltertobulte, Jensen & Hurrelmann, 2001).

Saúde e Diversidade cultural

Diferentes culturas estão associadas a diferentes conceitos de saúde, diferentes formas de enfrentar as ameaças para a saúde e diferentes experiências da doença. A saúde dos grupos minoritários é geralmente fraca, identificando-se vários factores associados: práticas sociais de racismo e discriminação, estatuto sócio-económico baixo, etno-centrismo dos serviços de saúde e de educação, diferentes comportamentos protectores da saúde dependentes da cultura e de diferentes normas sociais e expectativas, diferenças na rapidez de reconhecimento dos sintomas, diferenças na acessibilidade aos serviços de saúde, *stress* social e menor controlo pessoal (Teixeira, 2000; Martins & Silva, 2000).

A proveniência étnica e cultural confunde-se frequentemente com a classe social, uma vez que uma percentagem significativa dos membros das minorias étnicas e culturais tem estatuto sócio-económico baixo. Verifica-se, também, que os sujeitos pertencentes a minorias étnicas têm mais fontes de *stress* (discriminação, conflito racial) e enfrentam maiores dificuldades de acesso aos serviços de saúde (Gonçalves et al., 2003).

A consideração de diversos contextos culturais implica que seja necessário (Teixeira, 2000; Martins & Silva, 2000): (a) compreender a evolução das crenças de saúde em função dos contextos sociais e culturais; (b) investigar factores associados ao desenvolvimento crescente dos cuidados alternativos; (c) estudar a interacção dos sistemas de crenças de saúde das minorias étnicas com o sistema de crenças de saúde dominante. Os estudos para avaliação dos comportamentos e prevenção de eventuais situações de risco em diferentes grupos étnico-culturais,

necessitam ter em consideração vários factores básicos de obtenção de resultados efectivos, tais como o desenvolvimento da sensibilidade cultural e respeito pela personalidade individual, através do conhecimento e valorização dos diferentes saberes, crenças e comportamentos da população em causa (Martins & Silva, 2000; Roosa & Gonzales, 2000). A escola pode ter um papel fundamental na integração de jovens de grupos minoritários, valorizando a diferença e promovendo o desenvolvimento pessoal e social. Martins e Silva (2000) avançam com os factores que condicionam o estabelecimento de vias inter-culturais: (a) obstáculos ao estabelecimento de vias inter-culturais: (1) valores, atitudes e expectativas dos professores (os professores, em geral, defendem a igualdade de oportunidades independentemente da origem étnica mas afirmam que não têm condições para a adopção desses princípios e que a sua promoção é da responsabilidade das famílias, postura que iria aumentar as práticas assimétricas); (2) cultura definida como conjunto de crenças, costumes, conhecimentos, hábitos e tradições partilhadas pelos membros de uma sociedade, transmitidos, de geração em geração (pode ser um obstáculo à promoção de atitudes favoráveis ao inter-culturalismo); (3) contexto familiar (o meio familiar é muito influenciado pelas suas raízes culturais e pelo seu estatuto sócio-económico); (4) desvantagens socioeconómicas (em sociedades etnicamente heterogéneas, as desvantagens socioeconómicas - baixos salários, desemprego, sub-emprego, habitações degradadas, etc.) afectam, particularmente, as famílias pertencentes a minorias étnicas. (b) condições favoráveis ao inter-culturalismo: (1) promoção de práticas de educação multi-cultural (implica mudanças a diversos níveis: professor, currículo escolar, estratégias de ensino, escola); (2) integração cultural (promovendo a aceitação de aspectos da cultura da minoria que sejam ajustáveis à cultura dominante e a rejeição de aspectos que não o sejam); (3) pluralismo (permitindo a coexistência das culturas de diferentes grupos étnicos no seio da sociedade); (4) educação participada e formação das famílias (fomentando relações com as famílias com vista ao reforço da comunicação, participação e co-responsabilização).

Existe uma necessidade de clarificação na comunidade, quer adulta quer dos jovens, de como é que as noções de saúde e de doença são construídas em circunstâncias culturais variadas, de como é que os atributos são feitos acerca da causa e do efeito e de como os significados são adoptados na prática quotidiana. Isto requer algum conhecimento dos grupos populacionais e das características do meio ambiente, de modo a melhor avaliar os comportamentos, atitudes e práticas e o tipo de redes locais que podem ser mobilizadas para atingir os objectivos da saúde (WHO, 1999).

É importante e mesmo fundamental que as entidades responsáveis (políticos, educadores, profissionais de saúde e outros grupos com responsabilidades de

intervenção na comunidade), reconheçam a diversidade dos adolescentes e dos jovens, as suas potencialidades e os seus hábitos de vida, em contextos culturais e sociais diversos, adequando assim as estratégias de comunicação com estes grupos. Por outro lado, tem que se reconhecer que estes grupos têm direitos e necessitam também de respeito pelas suas opções. Se os adolescentes necessitam de informação e de apoio, os adultos necessitam de competências de relacionamento com este grupo (WHO, 1999). Este cenário sugere uma intervenção no âmbito da comunidade, nos contextos mais frequentados pelos adolescentes: família, escola, centros de juventude, centros de saúde, entre outros.

Promoção de competências sociais e pessoais

Por tudo quanto foi dito, parece necessário que os promotores de saúde sejam precisos e salientem as vantagens e desvantagens dos diversos comportamentos de saúde e risco. Devendo, também, assistir os adolescentes na procura de alternativas realistas e mais adequadas para enfrentar os diversos desafios e estímulos nesta fase da sua vida (tais como: o *stress*, aborrecimento/tédio e depressão) e promover actividades que proporcionem prazer, relaxamento e ocupação. Considerando as desvantagens, os promotores de saúde devem focar o conteúdo das acções preventivas no presente (não no futuro) e no dia-a-dia (p.ex. actividade física), devendo realçar o prestígio social do não fumador. Devem ainda ter-se em conta as diferenças de género, a associação tabaco/álcool/drogas e o estilo de vida. O tempo de lazer parece ser um bom ponto de partida, assim como as alternativas para a vida, a procura de prazer e de bem-estar (Matos et al., 2003).

A intervenção deve focar as alternativas, ou seja, ajudar os adolescentes a encontrar formas de lidar com a ansiedade, com o *stress*, com a depressão, com o tédio, com relacionamento com o outro género, bem como com os desafios da vida em geral, sem recurso ao consumo de substâncias (tabaco, álcool e drogas), à violência ou à doença física ou mental (WHO, 1999; Matos, Gaspar, Vitória & Clemente, 2003).

A educação para a saúde nas escolas portuguesas poderia sem dúvida desenvolver-se no sentido de ir ao encontro destas necessidades. A promoção de competências pessoais e sociais pode constituir uma estratégia para promoção da construção de alternativas e de formas de lidar com os desafios mais adequadas, em situações onde os factores sociais, económicos e ambientais podem constituir factores ligados ao risco, sendo um meio que possibilite um aumento de participação e de bem-estar dos adolescentes (Matos 1997; Hamburg, 1999). O desenvolvimento de programas de promoção de competências pessoais e sociais que capacitem os indivíduos para a identificação e resolução de problemas, gestão de conflitos interpessoais, optimização da comunicação interpessoal, defesa dos

seus direitos, resistência à pressão de pares, etc., otimizam a sua capacidade para a escolha de um estilo de vida saudável e para a sua manutenção. Um programa de intervenção com jovens desenvolvido pela Universidade de Cornell (in Hamburg, 1999), inclui treino de resistência a influências sociais de risco, treino de resolução de problemas, treino de assertividade, estratégias para lidar com a ansiedade e competências sociais essenciais. Este programa de promoção de competências sociais e pessoais é apresentado por diversos modelos: os professores, os pares mais velhos e outros profissionais externos à escola. A educação para a saúde não se pode limitar à adopção de uma abordagem das doenças de cariz informativo. As acções educativas têm de ser integradas num contexto mais vasto de promoção da saúde, não só para que as tomadas de decisão sejam dos próprios indivíduos assim como a responsabilidade pela sua saúde, mas também para que eles se sintam competentes para a adopção de estilos de vida saudáveis e, ainda, para que o seu envolvimento físico e social seja favorável a estes estilos de vida permitindo uma acessibilidade fácil, socialmente valorizada e duradoura (WHO, 1999).

Para a elaboração esclarecida, informada ou baseada na investigação de programas de intervenção na comunidade, que promovam os comportamentos de saúde e apoiem a implementação e manutenção de estilos de vida saudáveis a nível comunitário, tendo em conta as diferenças sócio-culturais nas comunidades, é necessário o conhecimento da situação real, (Matos et al., 2003).

Quando falamos em intervenção comunitária pomo-nos necessariamente perante um cenário multi-variado, com uma multiplicidade de pontos de vista, sendo que o sistema-interventor dificilmente será eficaz se não possuir uma visão de conjunto sobre o sistema-alvo e sobre o ambiente em que se processa a intervenção, no sentido de um verdadeiro desenvolvimento comunitário, *"processo tendente a criar condições de progresso económico e social para a toda a comunidade, com a participação activa da sua população e a partir da sua iniciativa"*(Carmo, 1999; 2000).

Outro ponto importante é a informação no trabalho comunitário: é necessária uma metodologia rigorosa que permita seleccionar a informação relevante sobre as comunidades com que se trabalha no sentido de diagnosticar os seus recursos e necessidades, programas e linhas de actuação adequadas e de modo a evitar situações de sobre, sub e pseudo informação que obscureçam a visibilidade do problema (Carmo, 1999).

Deste modo, as metodologias de intervenção comunitária devem ter um carácter multi-dimensional e interdisciplinar que requer uma visão integrada, com a participação e mobilização das capacidades dos cidadãos e com uma intervenção sistémica e em parceria. No entanto, verificam-se diversas dificuldades e obstáculos à participação. Por parte da população, devido a uma atitude de

acomodação e passividade, baixa auto-estima, baixos níveis de informação e capacidade crítica, desilusão e descrença, após expectativas não realizadas. Por parte da sociedade em geral, através da cultura dominante não participativa e numa resistência à perda do poder. Por parte dos técnicos, podem surgir dificuldades, assim como, o assistencialismo e proteccionismo, a criação de expectativas não realizadas, resistência do técnico à perda do seu poder, falta de apoio aos técnicos (informação, recursos, motivação) e um formalismo excessivo nas estratégias da mobilização de participação. Para que haja uma participação efectiva e eficaz é necessária a reunião de diversas condições, tais como, a existência de macro-políticas de abertura à participação, estratégias de *empowerment*, de comunicação, de informação e educação, de motivação, mediação e negociação, respeito pela diversidade das formas e ritmos de participação e persistência (Friedmann, 1996; Hoven & Nunes, 1996).

Referências

- Arbona, C.; Jackson, R.; McCoy, A. & Blakely (1999). Ethnic Identity as a predictor of attitudes of adolescents toward fighting. *Journal of Early Adolescence*, 19, 3, 323-340.
- Banks, J. (1999). Ethnicity, class, cognitive and motivational styles. In R. Muuss & H. Porton (Eds.) *Adolescent Behavior* (pp.81-90). USA: McGraw-Hill College.
- Berndt, T. (1999). Friendship and Friends' Influence in Adolescence. In R. Muuss & H. Porton (Eds.) *Adolescent Behavior* (pp.170-177). USA: McGraw-Hill College.
- Campos, G. & Neto, F. (2001). Atitudes das crianças em relação à cor e à etnia. *Psicologia Educação e Cultura*, 5, 2, 271-288.
- Carlson, C.; Uppal, S. & Prosser, E. (2000). Ethnic differences en processes contributing to the self-esteem of early adolescent girls. *Journal of Early Adolescence*, 20, 1, 44-67.
- Carmo, H. (1999). *Desenvolvimento Comunitário*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Carmo, H. (2000). *A educação intercultural: uma estratégia para o desenvolvimento*. Diversidade e Multiculturalidade, Lisboa: ISPA.
- Catalano, R., Berglund, M., Ryan, J., Lonczak, H., & Hawkins, D. (2002). Positive youth development in the United States: Research findings on evaluations of positive youth development programs. Retirado em 14 de Novembro de 2002 da World Wide Web: journals.apa.org/prevention/vol5/pre0050015a.html
- Charlton, A., Melia, P. & Moyer, C. (1990). *A Manual on Tobacco and Young People for the Industrialised World*. Geneva, International Union Against Cancer.

- Dickey, S., & Deatrick, J. (2000). Autonomy and decision making for health promotion in adolescence. *Pediatric Nursing*, 26,5, 461-467.
- Dovidio, J.; Gaertner, S.; Niemann, Y. & Snider, K. (2001). Racial, ethnic, and cultural differences in responding to distinctiveness and discrimination on campus: stigma and common group identity. *Journal of social Issues*, 57, 1, 167-188.
- DuBois, D., Braxton, C., Swenson, L., Tevendale, H. & Hardesty, J. (2002). Race and Gender influences on adjustment in early adolescence: investigation of an integrative Model. *Child Development*, 73, 5, 1573-1592.
- Faria, L. (1999). Contextos sociais de desenvolvimento das atribuições causais: o papel do nível sócio-económico e da raça. *Análise Psicológica*, 2, 17, 265-273.
- Frabutt, J., Walker, A. & MacKinnon-Lewis (2002). Racial Socialization Messages and the Quality of Mother/Child Interactions in African American Families. *Journal of Early Adolescence*, 22, 2, 200-217.
- Friedmann, J. (1996). Empowerment: uma política de desenvolvimento alternativo. Celta Editora, Oeiras.
- Glanz, K. (1999). Teoria num Relance. Um guia para a prática da Promoção da Saúde. In L. Sardinha, M. Matos & I. Loureiro (Eds.). *Promoção da Saúde: modelos e práticas de intervenção nos âmbitos da actividade física, nutrição e tabagismo* (pp.9-56). Lisboa: FMH.
- Gonçalves, A. et al. (2003). Acesso aos Cuidados de Saúde de Comunidades Migrantes. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 21, 1, 55-64.
- Gonçalves, L. & Neto, F. (2001). Representações da vida escolar em alunos portugueses e dos PALOP. *Psicologia Educação e Cultura*, V(1), 133-149.
- Graham, S. & Juvonen, J. (2002). Ethnicity, peer harassment and adjustment in middle school: an exploratory study. *Journal of Early Adolescence*, 22, 2, 173-199.
- Griffin, K.; Scheier, L.; Borvin, G; Diaz, T. & Miller, N. (1999). Interpersonal aggression in urban minority youth: mediators of perceived neighbourhood, peer, and parental influences. *Journal of Community Psychology*, 27, 3, 281-298.
- Hamburt, A. (1999). Preparing for life: the critical transition of adolescence. In R. Muuss & H. Porton (Eds.) *Adolescent Behavior* (pp.4-10). USA: McGraw-Hill College.
- Harput, W. (1999). The company they keep: friendships and their developmental significance. In R. Muuss & H. Porton (Eds.) *Adolescent Behavior* (pp.144-157). USA: McGraw-Hill College.
- Hirsch, B.; Mickus, M. & Boerger, R. (2002). Ties to influential adults among black and white adolescents: culture, social class, and family networks.

- American Journal of Community Psychology, 30, 2, 289-303.
- Honora, D. (2002). The relationship of gender and achievement to future outlook among African American adolescents. *Adolescence*, 37, 146, 301-316.
- Hoven, R. & Nunes, H. (1996). *Desenvolvimento e Acção Local*. Ed. Fim de Século, Lisboa.
- Hughes, D. & Chen, D. (1999). The Nature of Parents' Race-Related Communications to Children: a developmental perspective. In L. Balter & C. LeMonda. *Child Psychology: a handbook of contemporary issues*. Edwards Brothers.
- Juhos, C. (2000). O papel da família portuguesa na integração de um estrangeiro: uma experiência pessoal. *Diversidade e Multiculturalidade*, Lisboa: ISPA.
- Kelly, R., Zyzanski, S., & Alemagno, S. (1991). Prediction of motivation and behavior change following health promotion: role of health beliefs, social support, and self-efficacy. *Social Science & Medicine*, 32, 3, 311-320.
- Killen, M. & Stangor, C. (2001). Children's Social Reasoning about Inclusion and Exclusion in Gender and Race Peer Group Contexts. *Child Development*, 72, 1, 174-186.
- Khmelkov, V. & Hallinan, M. (1999). Organisational effects on race relations in school. *Journal of social Issues*, 55, 4, 627-645.
- Lambert, M., Hublet, A., Verduyck, P., Maes, L. & Broucke, V. (2002). Report of the project 'Gender Differences in Smoking in Young People'. The European Commission, Europe against Cancer. Belgium: FIHP.
- Martins, E. & Silva, J. (2000). *Cultura (s) e diversidade*. *Diversidade e Multiculturalidade*, Lisboa: ISPA
- Matos, M. (1997). *Comunicação gestão de conflitos na escola*. Lisboa: Edições FMH.
- Matos, M., Simões, C., & Carvalhosa, S. (2000). *Desenvolvimento de Competências de Vida na Prevenção do Desajustamento Social*. Lisboa: FMH/IRS-MJ.
- Matos, M.; Gaspar, T.; Vitória, P. & Clemente, M. (2003). *Adolescentes e o Tabaco: rapazes e raparigas*. Lisboa: FMH, CPT e Ministério da Saúde.
- Matos, M. e equipa do Projecto Aventura Social & Saúde (2003). *A Saúde dos Adolescentes Portugueses (Quatro anos depois)*. Lisboa: FMH.
- Matos, M.; Gaspar, T. & Aventura Social (2003) Differences in lifestyles between Portuguese adolescents and adolescents that "come from elsewhere" do we have healthy alternatives promoting social inclusion? In *Ces adolescents qui viennent d'ailleurs*, Fondation de France, International Association of Adolescent Health, Institut Curie: Paris.
- Monteiro, S. (2000). *Direito à cultura*. *Diversidade e Multiculturalidade*, Lisboa: ISPA.

- Neto, F. & Ruiz, F. (1998). Atitudes pré-xenófobas em adolescentes. *Psicologia Educação e Cultura*, II, 1, 189-207.
- Neto, F. (2003). *Estudos de Psicologia Intercultural: Nós e Outros*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Oetting, E. & Donnermeyer, J. (1998). Etiology of substance use – primary socialization theory: the etiology of drug use and deviance. *The International Journal of Addictions*, 33, 4, 995-1015.
- Pais, J. (2000). Traços e riscos de vida: uma abordagem qualitativa a modos de vida juvenis. Lisboa.
- Patterson, C.; Kupersmidt, J. & Vaden, N. (1990). Income level, gender, ethnicity and household composition as predictors of children's school-based competence. *Child Development*, 61, 485-494.
- Roth, P. (2000). College grade point average as a personnel selection device: ethnic group differences and potential adverse impact. *Journal of Applied Psychology*, 85, 3, 399-406.
- Roberts, R., Phinney, J., Masse, L., Chen, Y., Roberts, C. & Romero, A. (1999). The structure of ethnic identity of young adolescents from diverse ethnocultural groups. *Journal of Early Adolescence*, 19, 3, 301-322.
- Roosa, M. & Gonzales, N. (2000). Minority issues in prevention: introduction to the special issue. *American Journal of Community Psychology*, 28, 2, 145-223.
- Sampson, R. & Laub, J. (1999). Urban poverty and the family context of delinquency. In R. Muuss & H. Porton (Eds.) *Adolescent Behavior* (pp.118-135). USA: McGraw-Hill College.
- Segal, B. (1997). Sócio-cultural perspectives on volatile solvent use. *Drugs and society – a Journal of Contemporary Issues*, 10, 70-99.
- Settertobulte, W., Jensen, B. & Hurrelmann, K. (2001). *Drinking Among Young Europeans*. WHO: Regional Office for Europe, Copenhagen.
- Sprinthall, N. & Collins, W. (2003). *Psicologia do Adolescente: uma abordagem desenvolvimentalista*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Steinberg, L., Dornbusch, S. & Brown, B. (1999). Ethnic differences in adolescent achievement: an ecological perspective. In R. Muuss & H. Porton (Eds.) *Adolescent Behavior* (pp.208-220). USA: McGraw-Hill College.
- STEP/BIT (2003). *A Luta Contra a Pobreza e a Exclusão Social: experiências do Programa Nacional de Luta Contra a Pobreza*. Genebra: Bureau Internacional do Trabalho.
- Teixeira, J. (2000). Contextos sociais e culturais em psicologia da saúde. *Diversidade e Multiculturalidade*, Lisboa: ISPA
- Vala, J.; Lopes, D. & Brito, R. (2000). Inferiorização racial e cultura das minorias em Portugal. *Diversidade e Multiculturalidade*, Lisboa: ISPA

- Verkuyten, M. & Thijs, J. (2001). Peer victimization and self-esteem of ethnic minority group children. *Journal of Community & Applied Psychology*, II, 227-234.
- Verkuyten, M. & Wolf, A. (2002). Ethnic minority identity and group context. *European Journal of Social Psychology*, 32, 781-800
- Villa, R. (1997). *Alcoholismo Juvenil: Prevenção e Tratamento*. Madrid: Pirâmide.
- Wyman, S. (2000). *Como Responder à Diversidade Cultural dos alunos*. Cadernos do CRIAP: Investigação e Prática. Lisboa, ASA.
- Williams, P., Holmbeck, G., & Greenley, R. (2002). Adolescent health psychology. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 70, 3, 828-842.
- World Health Organisation (1996). *Alcohol: Less is Better*. Report of the WHO European Conference Health Society and Alcohol. P. Anderson (Eds.), Copenhagen: Regional Office for Europe.
- World Health Organisation (1999). *Community Involvement in Health Development: a review of the concept and practise*. H. Kahssay & P. Oakley (Eds.), Geneva.
- World Health Organisation (1999). *WHO information series on school health. Document six. Preventing HIV/AIDS/STI and related discrimination: An important responsibility of health promoting schools* Geneva: WHO. Retirado em 10 de Dezembro de 2002 da World Wide Web: www.who.int/hpr/gshi/docs.
- Zweig, J., Phillips, S., & Lindberg, L. (2002). Predicting adolescent profiles of risk: looking beyond demographics. *Journal of Adolescent Health*, 31, 4, 343-353

A ligação escola-família e a saúde mental dos adolescentes

Margarida Gaspar de Matos, Mark Dadds & Paula Barrett

Introdução

O estudo do desenvolvimento da criança e da psicopatologia dá cada vez mais atenção à interacção de múltiplas variáveis contextuais na vida da criança (Cicchetti & Lynch, 1993). Uma das vias da investigação tem a ver com a natureza protectora da relação de parceria entre a casa, a escola e a comunidade (Johnson, 1994; Smith, Connell, Walker, Hurley, Norman, Sizer, & Wright, 1997). O envolvimento positivo dos pais na vida escolar dos filhos tem sido associado a resultados positivos tanto para os pais como para os filhos (Becher, 1986; Epstein, 1987; Grolnick & Slowjaczek, 1994; Bezruczko & Hageman, 1996). Esta parceria é o foco principal deste trabalho, enquanto factor ligado à protecção a nível da psicopatologia na adolescência.

Revisão da literatura

Tendo como base as teorias de Bronfenbrenner (1977) and Belsky (1980), Cicchetti and Lynch (1993) apresentam um modelo ecológico transaccional no qual contextos ecológicos de vários níveis se influenciam mutuamente e têm impacto na vida das crianças e adolescentes. O modelo descreve como os diferentes níveis da ecologia do indivíduo (p.e. cultura, comunidade, família, indivíduo) se podem inter-influenciar. É sugerido que o impacto que factores (p.e. isolamento social) a um nível (p.e. comunidade), podem ter a um outro nível (p.e. família), são determinados pela presença de factores de protecção e de vulnerabilidade (Cicchetti & Lynch, 1993).

A maior vantagem de uma abordagem ecológica é a que põe em consideração simultaneamente um conjunto interactivo de variáveis. Do ponto de vista histórico, a maior parte dos investigadores na área do desenvolvimento da criança e do adolescente e da área da psicopatologia da criança e do adolescente, estudou uma ou duas áreas relevantes. As relações entre sub-sistemas individuais e a saúde do adolescente estão já bem estudadas e descritas. Assim, a relação entre um contexto familiar positivo e o bem-estar do adolescente (p.e., Dadds, 1995), a relação entre um ambiente escolar positivo e o bem-estar do adolescentes (p.e., Battistich & Hom, 1997; Battistich, Solomon, Watson, & Kim, 1995) o consumo de substâncias (Nutbeam & Aaro, 1991). Contudo estas relações aparecem "encobertas" pela resiliência ou vulnerabilidade de cada jovem em particular (p.e., Senneseth, Aanerod, Wold, & Torsheim, 1999). Para além disso, é ainda mais difícil tentar sair do âmbito das relações bi-variadas e operacionalizar e testar

modelos do modo como as inter-relações entre os subsistemas ecológicos estão associadas à saúde, ao ajustamento e ao bem-estar do adolescente.

Pais na escola

No que respeita ao envolvimento dos pais na escola, as melhores relações entre pais e filhos encontram-se quando os pais conseguem maiores níveis de envolvimento com os professores (Becher, 1986). Os pais que mais se envolvem na escola desenvolvem atitudes mais positivas em relação à escola e aos professores dos filhos, atitudes mais positivas sobre si próprios e um aumento da auto-confiança, para além de que desenvolvem maiores expectativas para os filhos (Becher, 1986; Hover-Dempsey, Bassler & Brissie, 1992).

Smith et al. (1997) avaliaram factores contextuais relacionados com o envolvimento dos pais em casa e na escola. 201 pais (de variados ESE) foram questionados sobre a frequência e o tipo de envolvimento na escola, atitudes associadas, barreiras percebidas, ambiente na escola e na vizinhança. De modo consistente com o modelo ecológico, os antecedentes e as atitudes dos pais, as práticas dos professores, e o clima da escola e da vizinhança foram associados a uma contribuição no envolvimento dos pais na escola, como colaboradores da escolarização dos filhos. Smith et al. (1997) sugeriram que os antecedentes parentais como a sua educação, rendimento, estrutura familiar, estão indirectamente relacionados com o envolvimento parental, por via o seu impacto na vizinhança e por sua vez no ambiente da escola. Nas escolas consideradas com um ambiente positivo, os pais referiram menos barreiras ao envolvimento dos pais na escola, referindo ainda a existência de maiores níveis de envolvimento real entre a família e a escola.

Embora se reconheçam limitações metodológicas a este estudo, tais como o facto de os pais serem a única fonte de informação, Smith et al. (1997) apresenta um número de implicações práticas no aumento do parceria família-escola-comunidade. Enquanto que estudos anteriores centravam o aumento da colaboração dos pais na educação do jovem, nos próprios pais, estes resultados sugerem a necessidade de uma perspectiva mais lata (Smith et al., 1997). Esta abordagem prevê a promoção de colaboração, através de acções conjuntas com pais e professores, à volta de temas como a comunicação activa, a solução de problemas, o apoio mútuo, e o diálogo entre "funções"(Christenson & Cleary, 1990; Matos, 1998). Os resultados apresentados por Smith et al. (1997) no que diz respeito ao ambiente da vizinhança, são consistentes com trabalhos anteriores onde se defende que as escolas que estabeleçam laços de colaboração com recursos na comunidade podem potenciar o envolvimento dos pais na educação dos seus filhos, bem como ir ao encontro de outras necessidades das famílias que possam dificultar o desenvolvimento harmonioso das crianças e adolescentes

(Brice-Heath & McLaughlin, 1987).

O trabalho de Grolnick e colaboradores (Grolnick, Benjet, Apostoleris, & Kurowski, 1997; Grolnick & Slowiaczek, 1994) mostrou também que o envolvimento dos pais na escola é um constructo multi-dimensional, que reflecte um investimento pessoal, cognitivo e comportamental e que é determinado por múltiplos factores associados com os contextos pessoa, família, escola e comunidade. Estes autores apresentam ainda uma relação entre o envolvimento parental na escola e a realização escolar criança, relação esta mediada pela percepção de competência por parte da criança.

Estudos como estes levaram a outros estudos inovadores tentando identificar preditores do envolvimento dos pais na escola, bem como os modos de aumento de este envolvimento através de programas de intervenção na comunidade.

Num quadro clínico, Sheridan and Kratochwill (1992) propuseram uma enquadramento conceptual na facilitação do trabalho de colaboração entre os vários "actores" intervenientes na vida das crianças e adolescentes, com especial foco na consulta simultânea a pais e professores. Esta estratégia tem como objectivo reconhecer e estabelecer laços entre os subsistemas casa e escola. Famílias e Escolas Juntas (FAST- Families And Schools Together) exemplifica a aplicação da teoria ecológica na promoção da saúde da criança/adolescente e da família (McDonald, Billingham, Conrad, Morgan & Payon, 1997). FAST utiliza uma intervenção precoce/preventiva, em colaboração com a escola, um apoio familiar a crianças identificadas pelos professores como tendo problemas de comportamento. O objectivo deste programa é a produção de mudanças a nível do funcionamento individual da criança, bem como a nível da rede de apoio local (McDonald et al., 1997) promovendo o sentimento de pertença, de respeito mútuo e de reciprocidade entre as figuras significativas da família, da vizinhança, da escola e da comunidade. De acordo com McDonald et al. (1997), a avaliação do programa FAST, através do relatório de pais e professores, sugere um impacto positivo no funcionamento da criança. Os resultados indicam ainda que crianças com baixo rendimento, famílias vítimas de isolamento ou stress, se tornam mais coesas e menos isoladas socialmente depois de participar num programa FAST. São ainda referidas algumas evoluções positivas em casos de problema de comportamento, perturbações da atenção e perturbações da ansiedade. Estes resultados mantiveram-se num follow-up a 2 anos.

Embora inovadores, estes estudos baseiam-se na assunção de que o envolvimento dos pais na escola é uma coisa boa em si mesma, uma vez que traz uma contribuição única para o bem-estar da criança/adolescente. É contudo impossível, através destes estudos, tirar conclusões definitivas sobre a relação entre o envolvimento dos pais na escola e o bem-estar das crianças/adolescentes e pais. Quer isto dizer que muito possivelmente os pais mais funcionais gostam mais de

se envolver na escola e por isso o envolvimento dos pais na escola pode à partida ser ele mesmo um sinal de que se trata de pais mais saudáveis. Para além disso, os resultados de Smith et al. (1997) acima descritos sugerem que talvez os pais tendam a envolver-se mais nas escolas onde a qualidade é já um facto. Quer isto dizer que as escolas que valorizam a relação com os pais são escolas mais capazes também de providenciar um bom ambiente para os alunos.

A qualidade do ambiente escolar e familiar pode confundir-se com o envolvimento familiar na escola, quando pretende ter efeitos sobre a vida e o bem-estar das crianças/jovens. Claramente é preciso estudar estes três factores em simultâneo, de modo a verificar a contribuição de cada um deles no ajustamento e psicopatologia da criança/adolescente. Este foi o objectivo principal do presente estudo.

Neste estudo foi avaliada a relação entre o envolvimento da família na escola e o ajustamento psicossocial dos adolescentes, depois de controlada a relação da psicopatologia com variáveis relativas à comunicação com a família e ao ambiente escolar. Usando análises de regressão, o estudo avaliou as contribuições das variáveis demográficas, comunicação com a família, ambiente escolar como preditores do envolvimento familiar na escola. Em seguida testou um modelo ecológico complexo, avaliando a capacidade de que uma relação de colaboração e parceria entre dois aspectos da ecologia do adolescente (família e escola) possa acrescentar poder preditivo para além do que pudesse ser estabelecido por aspectos individuais da ecologia do adolescente (ambiente escolar, comunicação com a família)

Seguindo um modelo ecológico da saúde mental, foi posta a hipótese de uma associação entre variáveis relacionadas com a escola e a família e o bem-estar e ajustamento do adolescente, mas, adicionou-se a hipótese de que o envolvimento família-escola traria uma associação nova e significativa, não esgotada nas associações anteriores.

Método

O estudo português referido neste trabalho é parte integrante do estudo Europeu HBSC (Currie et al., 2000; Matos, Simões, Carvalhosa, Reis & Canha, 2000). O instrumento em que se baseia é um questionário de auto-administração, anónimo e respondido numa base voluntária, por jovens incluídos em turmas sorteadas a partir de uma lista nacional, respeitando a proporcionalidade da população escolar das idades consideradas em cinco áreas educativas do território nacional. Os questionários foram administrados em Março de 1998, pelos professores, na sala de aula. O processo de distribuição e recolha dos questionários foi coordenado a nível nacional, por médicos coordenadores regionais do Programa Nacional de Educação para Todos (PEPT-Saúde). Foram incluídos jovens que frequentassem

os sexto, oitavo e décimo anos de escolaridade, com uma média de idade de 14.1 anos, desvio padrão de 1.7 anos.

Instrumento

O questionário foi composto por duas partes. Uma primeira parte genérica que incluiu questões demográficas (idade, género, estatuto sócio-económico), ambiente na escola, consumo de tabaco e álcool, lazer e actividade física, saúde psicossocial, sintomas físicos e psicológicos, relações sociais e familiares e apoio social e familiar. As perguntas do questionário nacional incluíram ainda, numa segunda parte, questões relacionadas com o consumo de drogas e atitudes e conhecimentos face ao VIH/SIDA. O questionário foi passado pelos professores, num tempo lectivo, demorou cerca de 55 minutos a completar.

Amostragem

A turma foi utilizada como unidade de análise. Cento e noventa e uma escolas, de ensino regular, foram aleatoriamente seleccionadas de uma lista nacional, estratificada por região (cinco regiões escolares). Em cada escola as classes foram seleccionadas também aleatoriamente de modo a atingir o número de alunos para cada um dos três graus de ensino incluídos (sexto, oitavo e décimo ano de escolaridade).

A amostra nacional consistiu em 6903 alunos, de 191 escolas portuguesas, cobrindo todo o Portugal continental. Os alunos ficaram distribuídos pelas áreas educativas, da seguinte forma: 39.7% Norte, 24.7% Centro, 25% Lisboa, 6.2% Alentejo e 4.4% Algarve. Da totalidade da amostra, 53% eram raparigas e 47% rapazes, 34.9% do 6º ano, 37.5% do 8º ano e 27.6% do 10º ano.

Após a análise dos resultados descritivos e do estudo de diversas distribuições, criaram-se medidas nas três dimensões do ajustamento psicossocial do adolescente (problemas de comportamento, Ansiedade/Depressão e Saúde física), e três variáveis contextuais: comunicação escola-família, ambiente escolar e envolvimento familiar. Para encontrar estas medidas, foram agrupados itens individuais com validade facial para cada constructo e submetidos a análises de consistência interna usando medidas de consistência interna (alpha). Os alpha obtidos vão de .63 para o envolvimento dos pais na escola a .77 para problemas de ansiedade/depressão

O objectivo do estudo foi a avaliação das potenciais associações entre variáveis demográficas, pessoais, familiares e relacionadas com a escola e o ajustamento pessoal e social dos alunos. A hipótese é de que a escola e a família possam ter um efeito protector no ajustamento pessoal e social dos alunos, com um efeito cumulativo e interactivo.

Resultados

Começou-se por avaliar as associações entre variáveis relativas à situação e escolhas do adolescente em relação a várias facetas da sua saúde para cada um dos cenários habituais família e escola, de modo independente e não simultâneo.

Escola, comunicação com os pais e género

Analisando os contextos escola e família, em relação à idade e ao género dos adolescentes incluídos na amostra, verifica-se que 36.5% dos adolescentes pensam que os professores os acham bons ou muito bons alunos. As raparigas mais frequentemente pensam que os professores as acham boas alunas, enquanto que os rapazes pensam mais frequentemente que os professores os acham inferiores à média ($\chi^2 = 9.895$, g.l.=3, $p < .02$, $n = 6820$). Verifica-se também que 38.5% dos adolescentes incluídos no estudo gostam muito da escola. As raparigas mais frequentemente gostam da escola ($\chi^2 = 203.934$, g.l.=3, $p < .001$, $n = 6822$). De referir ainda que 18.9% dos adolescentes acham que ir à escola é frequentemente aborrecido. Os rapazes acham mais frequentemente que ir à escola é aborrecido ($\chi^2 = 158.272$, g.l.=2, $p < .001$, $n = 6861$).

No que respeita à comunicação com o pai, 56.3% dos adolescentes acha-a fácil ou muito fácil. É mais fácil para os rapazes falar com o pai ($\chi^2 = 255.852$, g.l.= 4, $p < .001$, $n = 6703$). Em relação à comunicação com a mãe, 78.7% dos adolescentes acham-na fácil ou muito fácil. Não há diferenças significativas na comunicação com a mãe ($\chi^2 = 3.034$, g.l.= 4, $p = .552$, $n = 6703$).

Escola, Comunicação com os pais e idade

No que diz respeito à idade e considerando 4 escalões etários (11, 13, 15 e mais de 16 anos, correspondendo respectivamente a jovens com menos de 12, 14, 16 anos e mais de 16 anos), verificamos que os jovens do grupo de 11 e 13 anos mais frequentemente pensam que os professores os acham bons alunos, enquanto que os jovens do grupo de 15 e mais de 16 anos mais frequentemente pensam que os professores os acham inferiores à média ($\chi^2 = 239.145$, g.l.= 9, $p < .001$, $n = 6736$). Verificamos também que os jovens do grupo de 11 e 13 anos mais frequentemente gostam muito da escola enquanto que os jovens do grupo de 15 e mais de 16 anos mais frequentemente gostam pouco ou nada da escola ($\chi^2 = 317.931$, g.l.= 9, $p < .001$, $n = 6735$). Os jovens do grupo de 15 e mais de 16 anos mais frequentemente acham que ir à escola é aborrecido ($\chi^2 = 401.638$, g.l.= 6, $p < .001$, $n = 6774$).

No que diz respeito à comunicação com o pai, os jovens do grupo dos 11 e 13 anos acham-na mais frequentemente muito fácil, enquanto que os jovens do grupo dos 15 e mais de 16 anos a acham mais frequentemente muito difícil ($\chi^2 = 163.431$, g.l.= 12, $p < .001$, $n = 6621$). Os jovens do grupo dos 11 e 13 anos acham mais frequentemente muito fácil falar com a mãe, enquanto que os jovens do grupo dos 15 e mais de 16 anos acham mais frequentemente difícil falar com a mãe ($\chi^2 = 145.407$, g.l.= 12, $p < .001$, $n = 6661$).

Violência na escola

Podemos verificar que os adolescentes que não gostam da escola, os adolescentes que acham que ir à escola é aborrecido, e os adolescentes que têm dificuldade em falar com os pais, já se envolveram mais frequentemente em actos de violência na escola, como provocadores, como vítimas ou com o estatuto duplo de provocadores e vítimas em simultâneo ($\chi^2 = (19.04 \text{ a } 71.22)$, g.l.= (3 a 6), $p < .001$, $n = (6478 \text{ a } 6793)$ (Matos & Carvalhosa, 2001c)

Consumo de droga

Passando agora à análise da distribuição da ocorrência de diversos factores de vulnerabilidade por estas variáveis contextuais relacionadas com a família e a escola, verificamos que os adolescentes que não gostam da escola, os adolescentes que acham que ir à escola é aborrecido, e os adolescentes que têm dificuldade em falar com os pais, já experimentaram mais frequentemente haxixe, estimulantes e opiáceos, e mais frequentemente já consumiram drogas no último mês ($\chi^2 = (14.56 \text{ a } 100.84)$, g.l.= (1 a 12), $p < .001$, $n = (6485 \text{ a } 6670)$. (Matos & Carvalhosa, 2001b)

Sintomas físicos e psicológicos

Os adolescentes que não gostam da escola, os adolescentes que acham que ir à escola é aborrecido, os adolescentes que acham que os professores os consideram abaixo da média, e os adolescentes que têm dificuldade em falar com os pais, apresentam mais frequentemente sintomas físicos e psicológicos ($\chi^2 = (18.57 \text{ a } 313.37)$, g.l.= (1 a 3), $p < .001$, $n = (6494 \text{ a } 6723)$ (Matos & Carvalhosa, 2001d).

Consumo de tabaco

Os adolescentes que não gostam da escola, os adolescentes que acham que ir à escola é aborrecido, os adolescentes que acham que os professores os consideram abaixo da média, e os adolescentes que têm dificuldade em falar com os pais, mais frequentemente já experimentaram ou mesmo consomem tabaco ($\chi^2 = (41.17 \text{ a } 308.12)$, g.l.= (1 a 6), $p < .001$, $n = (6616 \text{ a } 6810)$ (Matos, Carvalhosa, Vitória & Clemente, 2001).

Consumo de álcool

Os adolescentes que não gostam da escola, os adolescentes que acham que ir à escola é aborrecido, os adolescentes que acham que os professores os consideram abaixo da média, e os adolescentes que têm dificuldade em falar com os pais, mais frequentemente já experimentaram ou mesmo consomem álcool e ainda mais frequentemente se embriagaram ($\chi^2 = (19.56 \text{ a } 354.97)$, g.l.= (1 a 3), $p < .001$, $n = (6663 \text{ a } 6839)$ (Matos, Carvalhosa, Reis & Dias, 2001).

Imagem do corpo e dieta

Os adolescentes que não gostam da escola, os adolescentes que acham que ir à escola é aborrecido, os adolescentes que acham que os professores os consideram abaixo da média, e os adolescentes que têm dificuldade em falar com os pais, mais

frequentemente têm uma alimentação pouco saudável. Os adolescentes que têm dificuldade em falar com os pais, mais frequentemente referem o gosto de alterar coisas no seu corpo e estar a fazer dieta ($\chi^2 = (44.60 \text{ a } 250.20)$, g.l.= (2 a 6), $p < .001$, $n = (6658 \text{ a } 6838)$ (Matos, Carvalhosa, & Fonseca, 2001).

Estilo de vida activo

Os adolescentes que acham que ir à escola não é aborrecido, que acham que os professores os consideram bons alunos, que não têm dificuldade em falar com os pais, praticam mais frequentemente actividade física ($\chi^2 = (10.95 \text{ a } 109.02)$, g.l.= (1 a 3), $p < .001$, $n = (6654 \text{ a } 6810)$ (Matos, Carvalhosa, & Diniz, 2001).

Interacção família–escola, saúde física, comportamento e ansiedade/depressão

Correlações bi-variadas entre todas as variáveis independentes construídas como variáveis contextuais família/escola foram todas significativas ($p < .05$) do seguinte modo: Comunicação na família – Ambiente escolar ($r = .24$), Comunicação na família – Envolvimento dos pais na escola ($r = .32$), e Ambiente escola – Envolvimento dos pais na escola ($r = .26$). Resultados de uma análise da regressão (Matos, Marks & Barrett, no prelo) associando o envolvimento dos pais na escola à idade, género, profissão do pai, estatuto socio-económico da família (ESE), comunicação na família e ambiente escolar indicam que o ESE, a comunicação na família, a profissão do pai e o ambiente escolar estão substancialmente associados ao envolvimento dos pais na escola. Quanto mais alto for o ESE da família, e mais diferenciada for a profissão do pai, e quanto melhor for a comunicação na família e o ambiente escolar, mais envolvimento os pais parecem ter na escola. Esta correlação positiva apoia os resultados de Smith et al., (1997) que defendem que o envolvimento parental é em grande parte determinado por factores relacionados com a escola e a família.

Por outro lado, outros autores defendem a possibilidade de que estes factores interajam minorando os efeitos negativos uns dos outros. Noutro trabalho anterior (Matos, Battistuta & Carvalhosa, 2001) sugeriu-se que um ambiente escolar percebido pelos alunos como positivo anulava os efeitos negativos sobre a saúde positiva e percepção de bem-estar dos alunos, em alunos de baixo ESE, estimado pela profissão do pai.

Os resultados presentes apoiam a hipótese de terceiros factores quando se tentam associar variáveis relativas à família e à escola, e ainda qualquer delas com a saúde do adolescente. Por isso, foram usadas técnicas multi-variadas para avaliação da contribuição relativa de cada um dos factores para a saúde dos adolescentes.

Num primeiro conjunto de análises, as variáveis dependentes foram a saúde física, os problemas de comportamento e os problemas de ansiedade/depressão nos

adolescentes. As variáveis independentes foram introduzidas na seguinte ordem: primeiro bloco: demográficas – profissão do pai e idade, no segundo bloco a comunicação na família, no terceiro bloco o ambiente escolar, no quarto bloco envolvimento dos pais na escola. As regressões foram inicialmente realizadas para rapazes e raparigas separadamente. As diferenças de género nas médias das variáveis relativas aos problemas de comportamento, aos problemas de ansiedade/depressão, à saúde física, à comunicação na família e ao ambiente escolar foram todas significativas ($p < .0001$). Contudo, tirando os problemas de comportamento em que os rapazes tiveram uma média mais alta do que as raparigas $F(1,4736) = 534.23$, $p < .0001$, o efeito da diferença foi negligenciável (<5% da variância) e não foi considerado a partir daqui.

Resultados da análise de regressão tendo como variável dependente a saúde física (Matos, Dadds & Barrett, no prelo) indicam que para os rapazes, cada bloco, bem como toda a equação de regressão, foi significativo e explicou 3.5% variância na saúde física reportada. As variáveis independentes significativamente associadas a uma melhor saúde física dos rapazes incluem uma melhor comunicação na família, um ambiente escolar mais positivo, um maior envolvimento da família na escola

Para as raparigas, cada bloco, bem como toda a equação de regressão, foi também significativo explicando 8.1% da variância. As variáveis independentes significativamente associadas a uma melhor saúde física para as raparigas incluem idade inferior, incluem uma melhor comunicação na família, um ambiente escolar mais positivo. O envolvimento dos pais na escola foi associado a uma melhor saúde física a um nível bi-variado, mas deixou de ser significativo quando se consideraram todas as outras variáveis.

Resultados da análise de regressão tendo como variável dependente os problemas de comportamento (Matos, Dadds & Barrett, no prelo), indicam que para os rapazes, cada bloco, bem como toda a equação de regressão foi significativo, e explicou 19.6 % variância dos problemas de comportamento reportada. As variáveis independentes significativamente associadas à existência de problemas de comportamento dos rapazes, incluem uma maior idade, uma pior comunicação na família, um ambiente escolar menos positivo, um menor envolvimento da família na escola. De salientar a associação forte com um ambiente escolar menos positivo.

Para as raparigas, cada bloco, bem como toda a equação de regressão foi também significativo, explicando 25.6 % da variância dos problemas de comportamento. As variáveis independentes significativamente associadas à existência de problemas de comportamento das raparigas incluem um ESE mais baixo, uma maior idade, uma pior comunicação na família, um ambiente escolar menos positivo, um menor envolvimento da família na escola. De salientar, tal como nos

rapazes a forte associação a um ambiente da escola menos positivo e, apenas no caso das raparigas, uma forte associação com a idade.

Resultados da análise de regressão tendo como variável dependente os problemas de ansiedade/depressão (Matos, Dadds & Barrett, no prelo) indicam que para os rapazes, cada bloco, bem como toda a equação de regressão foi significativo, e explicou 16.5 % variância dos problemas de ansiedade/depressão reportada. As variáveis independentes significativamente associadas à existência de problemas de ansiedade/depressão dos rapazes, incluem uma maior idade, uma pior comunicação na família, um ambiente escolar menos positivo, um menor envolvimento da família na escola. De salientar a associação forte com a comunicação na família e um ambiente da escola menos positivo.

Para as raparigas, cada bloco, bem como toda a equação de regressão foi também significativo, explicando 25.1 % da variância da ansiedade/depressão reportada. As variáveis independentes significativamente associadas à existência de problemas de ansiedade/depressão das raparigas incluem maior idade, uma pior comunicação na família, um ambiente escolar menos positivo, um menor envolvimento da família na escola. De salientar, tal como para os rapazes, a forte associação com uma pior comunicação com a família e um ambiente da escola menos positivo e, apenas no caso das raparigas, uma forte associação com a idade.

Interacção família–escola e co-morbilidade

Até aqui, foram usados os problemas de comportamento e problemas de ansiedade/depressão como constructos independentes. No entanto investigações mais recentes mostram que há graus elevados de co-morbilidade entre problemas de internalização (mais relacionados com a ansiedade/depressão) e de externalização (mais relacionados com os problemas de comportamento).

Deste modo, foi avaliada a relação independente de cada um destes dois tipos de problemas (de comportamento e de ansiedade/depressão), bem como a sua co-ocorrência ou co-morbilidade e a a saúde física, ambiente escolar, comunicação com a família e envolvimento escola-família. Para isso a amostra foi categorizada em 4 grupos: Problemas de comportamento (PC, n=352) correspondendo aos 10% com maior valor, apenas nos problemas de comportamento; Problemas de ansiedade/depressão (A/D, n=380), correspondendo aos 10% com maior valor, apenas nos problemas de ansiedade/depressão; Mistos (Mx, n=67), correspondendo aos 10% com maior valor em ambas as escalas anteriores; e Saudável (n=3938), correspondendo aos adolescentes que não estavam nos 10% com maior valor, em nenhum dos grupos.

Tal como esperado, os rapazes reportaram níveis mais elevados de PC ($M = 14.47$, $SD = 4.21$) do que as raparigas ($M = 12.01$, $SD = 2.97$), enquanto que o inverso aconteceu para os problemas de ansiedade/depressão (rapazes: $M = 8.78$,

SD = 5.81; raparigas: M = 10.42, SD = 6.51), por isso as percentagens de rapazes e raparigas nos grupos PC e AD variam. No entanto, o género não teve efeito no padrão da relação entre as variáveis relativas à família e à escola, como se verá em seguida.

Uma MANOVA 2x2 com valores dicotomizados (alto e baixo) para PC (Problemas de comportamento) e alto e baixo AD (ansiedade/depressão), como variáveis independentes mostrou efeitos principais tanto para PC, $F(4,4730) = 32.63$, $p < .001$, como para AD, $F(4,4730) = 107.69$, $p < .001$, mas nenhuma interacção entre PC e AD (Matos, Dadds & Barrett, no prelo).

Discussão

O presente estudo aponta resultados que apoiam de modo claro um modelo ecológico na saúde mental do adolescente. Verificou-se que a qualidade de cada um dos sistemas da vida do adolescente e a qualidade da relação entre eles estão positiva e significativamente correlacionados. Tal como esperado, a qualidade de cada sistema individual, familiar e escolar esteve associada com ganhos a nível do ajustamento do adolescente. Foi também evidente o modo como as parcerias e a efectiva colaboração entre diferentes sistemas da vida do adolescente estava significativamente associada ao ajustamento comportamental e emocional. Estes resultados apoiam os modelos ecológicos de Bronfenbrenner (1977), Belsky (1980), e Cicchetti and Lynch (1993) que dão ênfase às inter-relações entre os vários sistemas da vida dos jovens como determinantes de um estado de saúde versus de patologia.

Tal como esperado, a comunicação familiar e o ambiente escolar foram ambos significativamente associados à saúde dos adolescentes da amostra. Os níveis mais baixos de determinação foram encontrados para a saúde física, onde a variância explicada foi menos que 10% e foi globalmente devida à comunicação na família, reportando melhor saúde os adolescentes com melhor comunicação com a família. No que diz respeito aos problemas de comportamento e problemas de ansiedade/depressão, a variância explicada foi muito maior, tanto para rapazes como para raparigas. Para os problemas de comportamento, as maiores associações foram com o ambiente escolar, sem que, contudo, a comunicação com a família e o envolvimento dos pais na escola deixassem de ter o seu impacto significativo.

Do ponto de vista teórico estes resultados apoiam o papel dos modelos ecológicos de colaboração interactiva, mas defendem também a importância do ambiente escolar e do envolvimento dos pais na escola na intervenção a um nível comunitário, na prevenção dos problemas de comportamento nos adolescentes.

No que diz respeito à ansiedade/depressão a variação explicada foi substancial tanto para rapazes como para raparigas. A maior associação foi encontrada para a

comunicação na família, e ambiente escolar, sem que, no entanto o envolvimento dos pais na escola deixasse de ter o seu impacto significativo.

Uma vez mais, do ponto de vista teórico estes resultados apoiam o papel dos modelos ecológicos de colaboração interactiva, mas defendem também a importância do ambiente escolar e do envolvimento dos pais na escola na intervenção a nível comunitário, na prevenção dos problemas de ansiedade/depressão.

Em síntese, o envolvimento dos pais na escola apareceu associado a um vasto leque de problemas de comportamento e emocionais, nos adolescentes portugueses e não apenas no que diz respeito aos problemas de comportamento. É comum aceitar-se que os problemas de comportamento são dos mais disruptivos na vida escolar, levando a problemas de aprendizagem e do bom funcionamento das aulas, que afectam não só os jovens perturbados, como os seus colegas e muitas vezes contribuem para a própria falta de saúde mental dos professores. No entanto, do ponto de vista do mal-estar individual, as perturbações de internalização, apesar de não tão aparentes e aparatosas, não são negligenciáveis pelo mal estar que acarretam para os jovens perturbados.

Para compreender melhor o papel do tipo de perturbação dos adolescentes, trabalhou-se em seguida ao nível da saúde física, comunicação na família, ambiente escolar e envolvimento familiar na escola, em quatro tipos diferenciados de adolescentes: sem problemas, só com problemas de comportamento; só com problemas de ansiedade/depressão; com ambos problemas de comportamento e ansiedade/depressão.

Os resultados indicam que cada tipo de problema tem efeitos específicos nas variáveis dependentes consideradas, mas que os problemas não interagem entre si. Este resultado apoia um modelo de sistema dual para a disfunção, tal como é proposto por Gray (p.e., 1987) que defende que os problemas de comportamento (activação comportamental, impulsividade, "risk taking") e os problemas de ansiedade/depressão (inibição) resultam de diferentes sistemas neurais e por isso não demonstram interacções complexas. Deste modo, os resultados não apoiam propostas recentes de que a co-morbilidade entre problemas de comportamento e problemas de ansiedade/depressão representa uma categoria única de perturbação que deve ser diagnosticada de modo independente de qualquer das duas caso existam separadamente. (Harrington, Rutter, & Fombonne, 1996; see also discussion by Hinshaw, Lahey & Hart, 1993).

Vários dos resultados reportados são consistentes com trabalhos anteriores. Tal como esperado, os rapazes apresentam mais frequentemente problemas de comportamento e as raparigas mais frequentemente perturbações da ansiedade/depressão. Tal como tantas vezes antes, os resultados mostram que um baixo ESE está associado a problemas de saúde física e problemas de

comportamento. As raparigas desenvolvem em geral problemas de comportamento mais tarde e a idade aparece neste grupo fortemente associada aos problemas de comportamento, apenas nas raparigas. (e.g., Loeber & Keenen, 1994).

Pelo contrário no que diz respeito à ansiedade/depressão, a idade apresenta uma forte associação tanto para os rapazes como para as raparigas. Estes resultados representam um progresso na compreensão do desenvolvimento humano, saúde e disfunção, e do modo como podem ser facilitados pela adopção de uma abordagem ecológica aos contextos físicos e sociais. Professores, psicólogos, investigadores, administradores de saúde, educadores, clínicos ficam assim alertados para a necessidade de trabalho ao nível das relações dinâmicas entre subsistemas ecológicos, e ao nível da associação destas relações com a saúde humana.

A adolescência é um período em que muitas questões relacionadas com a saúde e estilos de vida emergem. Ficou claro com o presente estudo que, para o adolescente, o padrão de relações entre a família e a escola tem que ser tido em consideração muito para além de cada uma das relações individuais com os produtos em termos de desenvolvimento.

O estudo confirma o papel da escola no bem-estar social e pessoal dos jovens. A importância deste cenário tão relevante na vida dos adolescentes tem sido abundantemente referida, tendo já anteriormente sido confirmada a hipótese da percepção de que um bom ambiente na escola possa actuar como diluindo os efeitos negativos de um ESE frágil (Matos & Carvalhosa, 2001c). A importância da comunicação com a família e o envolvimento da família na escola ficaram também uma vez mais em evidência, bem como da interacção destes sistemas na sua associação à saúde e bem-estar do adolescente.

A educação para a saúde nas escolas portuguesas é uma realidade desde há umas décadas, mas não tem dado uma resposta suficiente ao nível da promoção do envolvimento da família na escola, ao nível da ajuda aos pais para que se relacionem com os seus filhos, e a nível da ajuda aos jovens para que façam opções de vida saudável, potenciando a sua percepção de pertença a grupos e contextos, fortalecendo o seu valor pessoal, a sua percepção de auto-eficácia, e o confronto com desafios pessoais, sem recurso a comportamentos de externalização, (problemas de comportamento), (ainda tão tipicamente masculinos e tão frequentemente associados aos consumos e à violência), ou a problemas de internalização (ansiedade/depressão), (ainda tão tipicamente femininos e tão frequentemente associados à somatização, à insatisfação com a aparência pessoal e às perturbações alimentares).

As escolas são cenários privilegiados para a abordagem dos adolescentes e para a implementação de intervenções participadas, dirigidas à optimização da sua saúde

e bem-estar, que incluam os jovens e os actores relevantes das suas vidas: pais, professores e pares.

A educação para a saúde nas escolas portuguesas poderá sem dúvida ser afinada no sentido de ir ao encontro das necessidades, nomeadamente incluindo temas tais como promoção de competências de comunicação interpessoal, competências de identificação e resolução de problemas e gestão de conflitos (Matos, 1997; Matos, Simões & Carvalhosa 2000), permitindo aos adolescentes maior participação e envolvimento na vida escolar e familiar bem como sendo um facilitador da interacção entre estes dois sistemas, como meio de atenuação da percepção reduzida de bem-estar e dos problemas de internalização e externalização.

Referências

- Battistich, V., Hom, A. (1997) The relationship between students' sense of their school as a community and their involvement in problem behaviours, *American Journal of Public Health*, 87, 1997-2001.
- Battistich, V., Solomon, D., Watson, M., & Kim, D. (1995). Schools as communities, poverty levels of student populations, and students' attitudes, motives, and performance: A multilevel analysis. *American Educational Research Journal*, 32, 627-658.
- Becher, R.M. (1986). Parent involvement: A review of research and principles of successful practice. In L.G.Katz (Ed.), *Current topics in early childhood education*, Vol. 6. (pp.85-122). Norwood, NJ: Ablex.
- Belsky, J. (1980). Child maltreatment: An ecological integration. *American Psychologist*, 35, 320-335.
- Brice-Heath, F.B. & McLaughlin, M.W. (1987). A child resource policy: Moving beyond dependence on school and family. *Phi Delta Kappan*, 68, 576-580.
- Bronfenbrenner, U. (1977). Toward an experimental ecology of human development. *American Psychologist*, 32, 513-531.
- Christensen, F.L. & Cleary, M. (1990). Consultation and the parent-educator partnership: A perspective. *Journal of Educational and Psychological Consultation*, 1, 219-241.
- Cicchetti, D., & Lynch, M. (1993). Toward an ecological/transactional model of community violence and child maltreatment: consequences for children's development. *Psychiatry*, 56, 96-118.
- Currie, C, Hurrelmann, K, Settertobulte, W, Smith, R, Todd, J (2000) *Health and Health behaviour among young people*, HEPCA series, WHO, 1.
- Dadds, M.R. (1995). *Families, children, and the development of dysfunction*. New York: Sage.
- Epstein, J. (1987). *Parent involvement: What research says to administrators*.

- Education and Urban Society, 19, 119-136.
- Gray, J.A., (1987). The psychology of fear and stress (2nd. Edition). Cambridge: Cambridge University Press.
- Grolnick, W. & Slowiaczek, M.L. (1994). Parents' involvement in children's schooling: A multidimensional conceptualisation and motivational model. *Child Development*, 65, 237-252.
- Grolnick, W., Benjet, C., Apostoleris, N., & Kurowski, C. (1997). Predictors of parent involvement in children's schooling. *Journal of Educational Psychology*, 89, 538-548.
- Harrington, R., Rutter, M., & Fombonne, E. (1996). Developmental pathways in depression: Multiple meanings, antecedents, and endpoints. *Development and Psychopathology*, 8, 601-616.
- Hinshaw, S., Lahey, B., & Hart, E. (1993). Issues of taxonomy and comorbidity in the development of conduct disorder. *Development and Psychopathology*, 5, 31-39.
- Hoover-Dempsey, K.V., Bassler, O.C., & Brissie, J.F. (1992). Explorations in parent-school relations. *Education Research*, 85, 287-294.
- Johnson, G. M. (1994). Family characteristics and parental school involvement. *Family Therapy*, 21, 25-33.
- Loeber, R., & Keenen, K. (1994). Interaction between conduct disorder and its comorbid conditions: Effects of age and gender. *Clinical Psychology Review*, 14, 497-523.
- Matos, M., Simões, C., Carvalhosa, S., Reis, C., Canha, L (2000) A saúde dos adolescentes portugueses, Lisboa: FMH/PEPT/GPT
- Matos, M., Simões, C. & Carvalhosa, S. (2000). Desenvolvimento de Competências de Vida na Prevenção do Desajustamento Social. Lisboa: FMH/IRS.
- Matos, M., & Carvalhosa, S. (2001a). A saúde dos adolescentes: ambiente escolar e bem-estar. *Psicologia, Doenças & Saúde*, 2 (2), 43-53
- Matos, M., & Carvalhosa, S. (2001b). Os jovens portugueses e o consumo de drogas. 1, 2. FMH/PEPT/GPT
- Matos, M., & Carvalhosa, S. (2001c). Violência na escola: vítimas, provocadores e outros. 2, 1. FMH/PEPT/GPT.
- Matos, M., & Carvalhosa, S. (2001d). Saúde mental e mal estar físico na idade escolar. 3, 1. FMH/PEPT/GPT.
- Matos, M., Carvalhosa, S., & Diniz, J. A. (2001). Actividade física e prática desportiva nos jovens portugueses. 4, 1. FMH/PEPT/GPT.
- Matos, M., Carvalhosa, S., & Fonseca, H. (2001). O comportamento alimentar dos jovens portugueses. 5, 1. FMH/PEPT/GPT.
- Matos, M., Carvalhosa, S., Reis, C., & Dias, S. (2001). Os jovens portugueses e o

- álcool. 7, 1. Lisboa: FMH/PEPT/GPT.
- Matos, M., Carvalhosa, S., Vitória, P., & Clemente, M. (2001). Os jovens portugueses e o tabaco. 6, 1. Lisboa: FMH/PEPT/GPT/CPT.
- Matos, M ; Dadds; M, Barrett, P (no prelo) Família escola e saúde mental, Rev Port de Pediatria
- McDonald, L., Billingham, S., Conrad, T., Morgan, C. A., O, N., & Payton, E. (1997). Families and schools together (FAST): Integrating community development with clinical strategies. *Families in Society*, 78, 140-155.
- Nutbeam, D., & Aaro, L.E. (1991). Smoking and pupil attitudes towards school: The implications for health education with young people: Results of the WHO Study of Health Behaviour among School Children. *Health Education Research*, 6, 415-421.
- Nutbeam,D., Smith,C., Moore,L.,Bauman,A (1993) Warning! School can damage your health: Alienation from school and its impact on health behaviour, *J. Paediatric Child health*,29,suppl,a,825-830.
- Senneseth, T., Aanerold, O.K., Wold, B., & Torsheim, T. (1999). School-related stress, *coping*, and subjective health complaints among Norwegian 15 year-olds. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 36, 315-321.
- Sherida, S. M., & Kratochwill, T. R. (1992). Behavioral parent-teacher consultation: conceptual and research considerations. *Journal of School Psychology*, 30, 117-139.
- Smith, E. P., Connell, C. M., Walker, S.N, Hurley, A., Norman, J.M., Sizer, M., & Wright, G. (1997). An ecological model of home, school and community partnerships: implications for research and practice. *Journal of Education and Psychological Consultation*, 8, 339-360.

Práticas parentais educativas, fobia social e rendimento académico

Inês Camacho & Margarida Gaspar de Matos

Introdução

A família pode ser considerada como particularmente importante no desenvolvimento moral e social da criança, uma vez que constitui o primeiro e principal agente, decidindo os estímulos sociais a que criança se expõe e determinando as categorias do comportamento que são definidas como "adequadas", encorajando-as e recompensando-as, e as que são definidas como "desadequadas", suprimindo-as e punindo-as. Porém a forma como os pais exercem a sua função, é bastante diversificada influenciando o desenvolvimento de determinadas características da criança. Os modelos afectivos e de interacção que os pais utilizam para lidar com a criança, influenciam de modo significativo, a forma como ela aprende e se relaciona. Os modelos parentais, as expectativas e os métodos educativos determinam largamente o reportório de comportamento da criança, bem como as suas atitudes e objectivos.

Darling e Steinberg (1993) definem as práticas parentais como comportamentos definidos por conteúdos específicos e objectivos de socialização (atender às funções da escola e punir fisicamente são ambos exemplos de práticas parentais). Dependendo da hipotética relação entre os objectivos de socialização e os resultados da criança, as práticas parentais podem ser operacionalizadas a diferentes níveis. Por exemplo, se estivermos interessados no desenvolvimento de auto-estima no adolescente, podemos colocar a hipótese de que os filhos de pais que mostram interesse nas suas actividades desenvolverão uma auto-estima mais positiva do que as crianças cujos pais o não fazem. Segundo os autores, as práticas parentais podem ser mais bem compreendidas se as considerarmos como operando em domínios de socialização circunscritos, tais como sucesso académico, autonomia, ou cooperação com pares. Estes autores defendem que as Práticas Parentais Educativas resultam em parte dos objectivos e valores dos pais. Para melhor compreensão destes processos, tornam-se necessárias algumas referências aos trabalhos que ao longo dos anos se têm debruçado sobre esta área. Embora Bowlby (1982) considere que as primeiras ligações da criança são preferencialmente estabelecidas com a mãe, relegando o pai para um papel secundário, na década de 80 vários estudos como os de Lamb (1976, 1977), Biller (1981), Hoffman (1982) e Radin (1981) comprovam que ambos os progenitores são psicologicamente influentes como figuras de vínculo no desenvolvimento infantil. Maccoby e Martin (1983) apoiam este ponto de vista referindo que: "a dinâmica e o impacto da interacção, não dependem do género da figura parental

com que a criança está envolvida, estabelecendo-se a relação com ambos os pais, aproximadamente ao mesmo tempo” (p85). Surgiram outros estudos para verificar se haveria relação entre as Práticas Parentais Educativas e o género da criança, que constataram que a baixa autonomia concedida às raparigas, por exemplo, é um dos argumentos frequentemente apresentados para explicar as diferenças de género. Os pais manifestam uma satisfação desprovida de ambiguidade face às manifestações de independência ou às realizações dos rapazes, enquanto os mesmos comportamentos das raparigas suscitam a ansiedade parental. Além disso, a super-protecção e a ajuda excessiva dada às raparigas torna mais difícil a sua conquista da independência (Block, 1983).

A maior parte dos trabalhos referentes à educação da criança e aos seus efeitos tem procurado identificar as características pelas quais os pais diferem, significativamente uns dos outros, características essas que têm sido relatadas como influentes nas diferenças que se verificam, a vários níveis, entre as crianças. Os primeiros estudos desenvolvidos sobre as práticas parentais educativas, utilizavam entrevistas, questionários ou escalas de atitudes, como forma de obter informações directamente dos pais sobre as suas técnicas disciplinares, as suas reacções típicas face a comportamentos específicos da criança e a valores respeitantes ao processo educativo (Maccoby & Martin, 1983). Com base nos dados assim obtidos, muitos trabalhos surgiram neste campo de especialidade.

Neste estudo será descrito em detalhe o modelo de avaliação das Práticas Parentais Educativas, desenvolvido por Parker, Tupling & Brown (1979) já que foi com base neste modelo que foi realizada a presente investigação. Parker, Tupling e Brown (1979), propuseram um modelo bidimensional, que serviu de suporte ao desenvolvimento do "Parental Bonding Instrument"(PBI). As duas dimensões subjacentes a este modelo são: Carinho e Super-Protecção. Carinho, é definido num pólo (muito carinho), por afeição, emocionalmente caloroso, empatia e relação estreita, e o outro pólo (pouco carinho), por indiferença, negligência e frieza emocional. Por outro lado, a super-protecção é caracterizada num pólo (muita super-protecção), por controlo, intromissão, contacto excessivo e não permissão de comportamentos independentes, enquanto o outro pólo (pouca super-protecção) se caracteriza basicamente pela facilitação da independência e da autonomia. De salientar que as duas dimensões, não surgem de forma isolada. Os resultados a que chegaram os autores, mostram que a Super-Protecção, está intimamente relacionada com a necessidade de carinho.

A partir destas duas dimensões, é possível retirar quatro tipos de relações parentais: controlo pouco afectivo caracterizado por muita super-protecção e pouco carinho, em que existe, controlo, intromissão, super-protecção, excessivo contacto, não permissão de comportamentos independentes, indiferença, negligência e frieza emocional; relacionamento "frouxo" ou ausente:

caracterizado por pouca super-protecção e pouco carinho e define-se por indiferença, negligência, frieza emocional e facilitação da independência e da autonomia; o relacionamento óptimo caracteriza-se por: pouca super-protecção e muito carinho e é definido por afeição, empatia, relação estreita, emocionalmente caloroso e facilitação da independência e autonomia; o constrangimento afectivo é caracterizado por muita super-protecção e muito carinho e tem a ver com o controlo, intromissão, contacto excessivo, afeição, empatia, emocionalmente caloroso, relação estreita e não permissão de comportamentos independentes.

Num estudo desenvolvido em adolescentes portugueses para além das dimensões carinho e protecção do modelo original, foi encontrada uma terceira, designada por autonomia (Baptista, Negrão, Lory & Carvalho, 1997). A autonomia é definida em termos cognitivos como o encorajamento para exprimir os diversos pontos de vista e em termos comportamentais, numa participação activa nas decisões feitas na família (Allen, Kupermic, & Moore, 1997; Collins, 1990; Steinberg, 1990). Também se tem verificado que as famílias em que é proporcionada autonomia, os adolescentes apresentam auto-estima e baixos níveis de hostilidade e depressão (Grotevant & Cooper, 1985; Hauser et al., 1984).

Outros estudos de grande importância foram os desenvolvidos por Baumrind que se esforça por ligar componentes da interacção familiar com a competência cognitiva. Numa série de estudos com crianças em idade pré-escolar e suas famílias (Baumrind & Black, 1967), e posteriormente em estudos com crianças mais velhas, a autora postula três modelos de interacção familiar educativa - democrático, autoritário e permissivo - que têm consequências no desenvolvimento de competência cognitiva e social. A educação democrática apresenta as seguintes características: normas bem definidas pelos pais; firme imposição de regras e normas, com o uso de sanções quando necessário; encorajamento da independência e individualidade da criança; comunicação aberta entre pais e criança, com encorajamento de comunicação verbal recíproca; reconhecimento das necessidades e desejos das crianças. Os pais são caracterizados como calorosos e receptivos e promotores da autonomia psicológica (Pettit et al, 2001). O estilo autoritário apresenta as seguintes características: controlo e avaliação do comportamento e atitudes da criança de acordo com um conjunto de normas; obediência realçada pelos pais, respeito pela autoridade, trabalho, tradição e preservação de ordem; a comunicação verbal recíproca entre pais e criança é desencorajada. Em contraste com o anterior, este estilo parental caracteriza-se por elevados níveis de exigência e baixos níveis de afecto e autonomia psicológica (Pettit et al, 2001). Há distinção na educação entre rapazes e raparigas, sendo elas educadas de modo a tornar-se menos independentes do que os rapazes. O terceiro estilo definido pela autora é a educação permissiva, caracterizada por pais que toleram e aceitam os impulsos da

criança, utilizam raramente procedimentos de punição, fazem poucas exigências relativamente à maturidade de comportamento, e permitem uma considerável autonomia. Estudos realizados pela autora, revelam que o estilo democrático é o que parece ser mais adequado ao desenvolvimento da criança. Crianças cujos os pais adoptaram este estilo acreditam na sua própria eficácia, e desenvolvem estratégias mais adequadas para os desafios do quotidiano (Baumrind, 1973). Noutro estudo realizado pela autora em 1991, ficou demonstrado que crianças que cognitivamente mais motivadas, apresentam maior competência cognitiva, melhor orientação nas suas tarefas e têm um melhor desempenho a nível da competência verbal e matemática. Ficou igualmente demonstrado que as crianças que têm melhor desempenho académico são aquelas cujos pais têm um estilo democrático (Dornbusch, Ritter, Leiderman, Roberts & Fraleigh, 1987).

Noutros estudos desenvolvidos nesta área, constatou-se que as práticas parentais, o envolvimento e expectativas dos pais têm um papel crucial no desempenho académico dos seus filhos (Dornbusch, Ritter, Leiderman, Roberts & Fraleigh, 1987; Griffith, 1996; Grolnick, Benjet, Kurowski, & Apostoleris, 1997)

Como vimos, a família constitui uma significativa influência sobre a criança/adolescente e as Práticas Parentais Educativas têm um enorme impacto sobre o desenvolvimento e o comportamento.

Os comportamentos e estilos parentais variam e influenciam de forma diversificada o desenvolvimento de determinadas características da criança/adolescente, o seu desenvolvimento social, cognitivo, emocional, filiação no grupo de pares e desempenho académico, podendo actuar como factor de protecção mas também como factor de risco (Baptista, 2000). A família poderá pois contribuir para o desenvolvimento, manutenção e aumento de algumas patologias da criança ou adolescente, nomeadamente a fobia social. Assim, determinadas características do ambiente familiar têm sido relacionadas com o desenvolvimento de perturbações ansiosas (Murriss & Merckelbach, 1998; Perris, Arrindel & Eiseman, 1994; Rapee, 1997). Rossen e Schulkinn (1998) referem que quer o controlo parental excessivo quer a percepção precoce de falta de controlo induzidas por limitações na autonomia ou pelo comportamento exploratório reduzido, podem transformar os medos adaptativos em ansiedade patológica.

A fobia social tem sido considerada como a mais frequente das perturbações ansiosas na infância e adolescência (Crozier & Alden, 2001). Segundo o DSM IV (American Psychiatric Association, 1996), a Fobia Social ou Perturbação de Ansiedade Social está inserida nas Perturbações de Ansiedade e é definida como um medo marcante e persistente de uma ou mais situações sociais ou de desempenho, em que há exposição a desconhecidos ou à avaliação dos outros e temor de demonstrar ansiedade ou de agir de modo humilhante ou embaraçante. A exposição às situações sociais ou de desempenho provoca nas crianças e

adolescentes que têm este tipo de patologia uma resposta ansiosa imediata, que pode assumir a forma de ataques de pânico situacionais ou situacionalmente prováveis. Geralmente a situação social ou de desempenho é evitada podendo, no entanto, ser enfrentada com sofrimento. O diagnóstico é apropriado apenas se o evitamento, medo ou antecipação ansiosa do confronto com a situação social ou de desempenho interferir significativamente com a vida profissional, acadêmica, social ou sexual da pessoa. O evitamento e ansiedade social transitórios são comuns na infância e principalmente na adolescência, período em que começa a existir um maior relacionamento com o grupo de pares. Nos sujeitos com menos de 18 anos, só os sintomas que persistem pelos menos durante seis meses se qualificam para o diagnóstico de Fobia Social.

Os sujeitos com este tipo de patologia têm frequentemente baixo aproveitamento escolar como consequência da ansiedade aos exames ou evitamento de participação na turma, nomeadamente na exposição de trabalhos perante a turma ou resposta a perguntas do professor, bem como evitamento de contacto social com os colegas, podendo mesmo verificar-se recusa de ida à escola, ou a elevada reactividade fisiológica quando as situações são enfrentadas, condicionando o rendimento e desempenho académico (Prins & Hanewald, 1997; Raffety, Smith & Ptacek, 1997).

No âmbito da psicologia, têm sido feitos estudos para a compreensão da relação entre as práticas parentais educativas e a fobia social. Numa amostra constituída por agorafóbicos, fóbicos sociais e de um grupo de controlo, em que utilizou o PBI para avaliar as práticas parentais Parker (1979, in Canavarro 1999) verificou que os fóbicos sociais referiram que ambos os progenitores foram menos carinhosos e mais sobre-protectores.

Arrindell, Emmelkamp, Brilman e Monsma (1983) estudaram a relação entre as práticas parentais educativas, avaliadas pelo EMBU, e três tipos de fobias (fobia social, agorafóbicos e fóbicos às alturas). Os fóbicos sociais percebem que os pais lhes deram menos apoio e carinho e que foram mais rejeitadores e sobreprotectores. Um outro estudo, realizado por Arrindell, Kwere, Methorst, Van der Ende e Moritz (1989) procurou examinar as diferenças das práticas parentais, avaliadas pelo EMBU, entre agorafóbicos e fóbicos sociais. Os fóbicos sociais referiram ambos os progenitores como rejeitantes, pouco calorosos emocionalmente e sobre-protectores. Como se pode constatar, o papel desempenhado pelo contexto familiar no desenvolvimento da criança e adolescente é crucial e tem sem dúvida um enorme impacto sobre o seu desenvolvimento e comportamento, podendo afectar a integração social e desenvolvimento cognitivo.

O presente estudo teve como objectivo o estudo da relação existente entre as Práticas Parentais Educativas, a fobia social e o desempenho académico em

adolescentes, tratando-se assim de um estudo correlacional.

Método

Participantes

A amostra foi recolhida em três escolas de Setúbal, num total de 12 turmas escolhidas aleatoriamente, seis do 7º ano e seis do 8º ano de escolaridade. Embora as escalas tivessem sido aplicadas a todos os alunos, foram excluídos os que tivessem mais de 14 anos, pois o SPAI-C só pode ser aplicado até aos 14 anos de idade.

Participaram neste estudo 285 sujeitos dos quais 146 (51,2%) do género feminino e 139 (48,8%) do género masculino. Os respondentes tinham idades compreendidas entre os 12 e 14 anos, com uma média de 12,82 anos ($d.p.=0,71$). Em termos de escolaridade 50,5 % têm o 7º ano e 49,5% o 8º ano de escolaridade. Relativamente às dimensões (autonomia, carinho e protecção) do QLP-A, verificou-se que a dimensão carinho é aquela que apresenta uma média superior (carinho mãe $M=29,76$; $d.p.=6,33$; carinho pai $M=26,41$; $d.p.=8,35$), seguindo-se a dimensão autonomia (autonomia mãe $M=8,89$; $d.p.=2,97$; autonomia pai $M=8,71$; $d.p.=3,09$). A dimensão protecção é a que apresenta médias mais baixas (protecção mãe $M=7,04$; $d.p.=3,87$; protecção pai $M=5,85$; $d.p.=3,60$). Dos adolescentes que participaram no estudo, 222 (77,9%) mostraram não apresentar fobia social, dos quais 99 são do género feminino e 123 do género masculino, os restantes 63 participantes revelaram ter ansiedade social dos quais 47 são do género feminino e 16 do género masculino. O rendimento académico, foi primeiramente caracterizado de 1 a 5 (notas que são dadas na escola) e fez-se a média. O rendimento foi igualmente dividido em categorias em que 1 representa um rendimento fraco, 2 rendimento médio e 3 um bom rendimento académico. Verificou-se que 95 alunos (33,3%) apresentam rendimento académico baixo, 169 (59,3%) rendimento médio e 21 (7,4%) um bom rendimento académico. As raparigas apresentam uma média de 3,18 ($d.p.=0,56$) e os rapazes uma média de 3,17 ($d.p.=0,49$).

Instrumentos

Foi utilizado um questionário para a recolha de informação demográfica incluindo a idade; género; idade, profissão e escolaridade dos pais; quantidade e idade dos irmãos; com quem vive; tipo de casa que habita; quantidade de quartos para dormir na casa; era igualmente questionado se o adolescente tinha um quarto só para si, se vai de férias com a família e se esta possui carro.

As Práticas Parentais Educativas foram medidas através de 25 itens (cada um avaliado relativamente ao pai e à mãe) do questionário de Ligação Parental- forma adolescente (QLP-A), traduzido por Baptista em 1997.

Este questionário foi baseado no Parental Bonding Instrument e destina-se a jovens com idades compreendidas entre os 12 e 17 anos. É composto por frases como "Fala comigo com voz calma e amiga", "Deixa-me fazer as coisas como eu gosto" ou "Tenta controlar tudo o que eu faço". O QLP-A apresenta uma estrutura distinta da escala original, Parental Bonding Instrument. Os autores (Parker, Tupling & Brown, 1979) identificaram apenas 2 factores, Carinho e Protecção, que eram avaliados por 25 itens. Após realizada a validação da escala (Baptista, Negrão, Lory & Carvalho, 1997) onde estes itens foram sujeitos a análise factorial, os itens 8 e 25 (pertencentes à escala protecção) foram retirados (por apresentarem peso inferior a 0.30 em todos os factores) e encontradas três dimensões que avaliam as percepções dos sujeitos face às práticas parentais educativas: I - Carinho; II- Autonomia e III – Protecção. Estas três dimensões explicam 56.3% e 52.3% da variância total do modelo, respectivamente para as notas do pai e da mãe. A dimensão carinho é constituída por 12 itens que sugerem: afecto, empatia e proximidade.

A dimensão autonomia é constituída por 5 itens que sugerem promoção de independência e autonomia. A dimensão protecção é constituída por 6 itens que sugerem controlo, super-protecção, intrusão, contacto excessivo, infantilização e prevenção do comportamento independente. Cada item é avaliado separadamente para o pai e para a mãe numa escala de 4 pontos, que varia de "nada parecido" a "muito parecido".

No que respeita às qualidades psicométricas, e tomando como referência o estudo realizado por Baptista (1997), nota-se que o questionário apresenta uma boa homogeneidade dos itens (as correlações item-total apresentam valores aceitáveis: na escala carinho variam de 0.63 a 0.75 para o pai e de 0.54 a 0.73 para a mãe; na escala autonomia variam de 0.58 a 0.67 para o pai e de 0.35 a 0.60 para a mãe; na escala protecção variam de 0.37 a 0.61 para o pai e de 0.34 a 0.58 para a mãe), o que demonstra boa garantia de resultados precisos.

A Fobia Social foi medida através de 26 itens do Inventário de Ansiedade e fobia Social para crianças (SPAI-C; Beidel, Turner & Morris, 1998) traduzido por Américo Batista em 1998. O inventário é aplicável a crianças com idades compreendidas entre os 8 e 14 anos. É composto de frases como "sinto-me assustado quando tenho que falar ou ler em frente de um grupo de pessoas" ou "sinto-me assustado quando me encontro pela primeira vez com jovens da minha idade". A resposta aos itens do SPAI-C é dada numa escala de 3 pontos, que varia entre 1 (nunca ou quase nunca) e 3 (sempre ou quase sempre). Esta medida tem uma boa consistência interna, apresentando alfas de Cronbach de .95. Para o rendimento escolar, aplicou-se um inquérito sobre as notas obtidas no 1º período do ano lectivo 2002/2003. Era igualmente questionado se as notas estavam ou não dentro das suas capacidades e porquê.

Procedimento

Os dados, tal como já foi referido, foram recolhidos em três escolas de Setúbal. Para que fossem aplicados os inquéritos pelo mesmo número de turmas por cada escola, escolheram-se aleatoriamente duas turmas de 7º e duas turmas de 8º ano de escolaridade de cada estabelecimento de ensino.

Depois das autorizações, aplicaram-se os inquéritos anónima voluntária e colectivamente a cada turma

Resultados

A introdução dos dados e os procedimentos estatísticos foram feitos com o *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS 11.5) para o Windows.

A amostra é constituída por 285 sujeitos dos quais 146 (51,2%) do género feminino e 139 (48,8%) do género masculino. Os respondentes tinham idades compreendidas entre os 12 e 14 anos, com uma média de 12,82 anos ($d.p.=0,71$). Em termos de escolaridade 50,5 % têm o 7º ano e 49,5% o 8º ano de escolaridade. 222 (77,9%) mostraram não apresentar fobia social, dos quais 99 do género feminino e 123 do género masculino, os restantes 63 participantes revelaram fobia social dos quais 47 do género feminino e 16 do género masculino. Relativamente ao rendimento académico, as raparigas apresentam uma média de 3,18 ($d.p.=0,56$) e os rapazes uma média de 3,17 ($d.p.=0,49$).

Com o objectivo de se verificar se existem diferenças significativas entre os géneros relativamente às práticas parentais educativas, fobia social e rendimento académico (médias das notas), realizou-se o T-Test Student para amostras independentes. Relativamente às práticas parentais educativas, verificou-se que apenas existem diferenças significativas em função do género na dimensão protecção pai ($t= 0,25$; $p<0,05$; $gl= 273,9$): as raparigas apresentam níveis superiores de protecção por parte do pai ($M= 5,91$; $d.p= 3,77$) comparativamente com os rapazes ($M=5,80$; $d.p=3,41$), e na dimensão protecção mãe ($t= -0,27$; $p=0,001$; $gl= 278,2$): os rapazes apresentam níveis superiores de protecção por parte da mãe ($M= 7,12$; $d.p= 3,50$) comparativamente com as raparigas ($M= 7,00$; $d.p=4,17$). No que diz respeito à fobia social, verificou-se a existência de diferenças significativas em função do género ($t=4,61$; $p< 0,001$; $gl= 271,9$): as raparigas apresentam níveis de fobia social maiores ($M= 14,56$; $d.p= 8,30$) comparativamente com os rapazes ($M= 10,51$; $d.p= 6,43$). Verificou-se igualmente a existência de diferenças significativas em função do género, relativamente ao rendimento académico ($t=0,22$; $p<0,01$; $gl=280,8$): as raparigas apresentam níveis de rendimento académico superiores ($M=3,18$; $d.p=0,56$) comparativamente com os rapazes ($M=3,17$; $d.p=0,49$).

Com o objectivo de verificar as associações entre as Práticas Parentais Educativas, a Fobia Social e o rendimento académico calculou-se o coeficiente de Correlação

de Pearson, para a amostra total. Verificou-se uma associação positiva baixa entre a Ansiedade Social e as sub-escalas Protecção pai ($r=0,199$; $N=285$; $p<0,01$) e Protecção mãe ($r=0,228$; $N=285$; $p<0,01$) e uma associação negativa baixa entre a Fobia Social e as sub-escalas Carinho pai ($r=-0,188$; $N=285$; $p<0,01$) Autonomia pai ($r=-0,283$; $N=285$; $p<0,01$) e Autonomia mãe ($r=-0,240$; $N=285$; $p<0,01$). Quanto maiores os níveis de protecção dados pelo pai e mãe, maiores os índices de fobia e quanto maiores foram os níveis de carinho dado pelo pai e autonomia dada pelo pai e mãe menores são os índices de fobia social. Há uma associação positiva baixa entre o rendimento académico e as sub-escalas Carinho pai ($r=0,237$; $N=285$; $p<0,01$) Carinho mãe ($r=0,212$; $N=285$; $p<0,01$) e com Autonomia pai ($r=0,159$; $N=285$; $p<0,01$) e uma associação negativa baixa entre o rendimento académico e a sub-escala Protecção mãe ($r=-0,121$; $N=285$; $p<0,05$): quanto mais carinho foi dado pelo pai e pela mãe e quanto maior foi a autonomia dada por parte do pai melhor foi o rendimento académico. Quanto maior for a protecção dada pela mãe pior o rendimento académico. Não se encontrou relação entre o rendimento académico e a fobia social ($r=-0,082$; $N=285$; $p>0,05$).

Após efectuar uma regressão linear múltipla (método *Enter*) por blocos, fazendo entrar na equação de regressão as variáveis género, idade, rendimento académico, dimensão autonomia pai e mãe, dimensão carinho pai e mãe, dimensão protecção pai e mãe, tomando como variável dependente o total de fobia social, verificou-se que no 1º bloco em que são colocadas as variáveis idade e género, apenas a variável género ($B= -0,27$; $p<0,001$) se encontra associada à fobia social. No total esta variável explica 6,7% da variância total ($R^2Aj=0,067$; $Erro= 7,50$; $F(2,275)=10,83$; $p<0,001$). No 2º bloco, quando constavam as variáveis idade, género e rendimento académico, pudemos verificar que as variáveis rendimento académico ($B= -0,13$; $p<0,05$) e género ($B= -0,27$; $p<0,001$) encontram-se associadas à fobia social. No total estas variáveis explicam 7,8% da variância total ($R^2Aj=0,078$; $Erro= 7,45$; $F(3,275)=8,79$; $p<0,001$). Posteriormente, no 3º bloco, quando foram inseridas as variáveis idade, género, rendimento académico, dimensão autonomia pai e mãe pudemos constatar que a dimensão autonomia pai ($B= -0,17$; $p<0,05$) e o género ($B= -0,26$; $p<0,001$) encontram-se associadas à fobia social. No total estas variáveis explicam 14,7% da variância total ($R^2Aj=0,147$; $Erro= 7,17$; $F(5,275)=10,50$; $p<0,001$).

Seguidamente, no 4º bloco, quando inserimos as variáveis idade, género, rendimento académico, dimensão autonomia pai e mãe, dimensão carinho pai e mãe, verificou-se que as dimensões carinho mãe ($B= 0,17$; $p<0,05$), autonomia mãe ($B= -0,25$; $p<0,05$) e o género ($B= -0,27$; $p<0,001$), encontram-se associadas à fobia social. No total, estas variáveis explicam 15,7% da variância total ($R^2Aj=0,157$; $Erro= 7,13$; $F(7,275)=8,32$; $p<0,001$). No 5º bloco, quando foram inseridas as variáveis idade, género, rendimento académico, dimensão autonomia

pai e mãe, dimensão carinho pai e mãe e dimensão protecção pai e mãe constatou-se que a variável autonomia mãe ($B= -0,23$; $p<0,01$) e o género ($B=-0,27$; $p<0,001$) explicam 18,7% da variância total ($R^2Aj=0,187$; $Erro= 7,00$; $F(9,275)=8,01$; $p<0,001$).

Ao fazer uma regressão logística (método *Enter*) fazendo inserir as variáveis idade, género, carinho pai e mãe, autonomia pai e mãe, protecção pai e mãe e rendimento académico (categorizado de 1 a 3), tomando como variável dependente a fobia social, verificou-se que as variáveis género ($OR= 4,97$; $95\%IC(2,46-10,08)$; $p<0,001$), carinho mãe ($OR= 1,10$; $95\%IC (1,02-1,19)$; $p<0,05$), autonomia mãe ($OR= 0,80$; $95\%IC(0,67-0,95)$; $p<0,05$) e rendimento médio ($OR= 12,24$; $95\%IC (1,35-110,78)$; $p<0,05$) são preditoras da fobia social.

Discussão

.Os resultados desta investigação confirmam a existência de diferenças significativas em função do género, no que diz respeito às práticas parentais educativas. As raparigas apresentam níveis superiores de protecção por parte do pai. Os rapazes, apresentam por seu lado níveis superiores de protecção por parte da mãe. Block em 1983 desenvolveu um estudo para verificar se haveria relação entre as práticas parentais educativas e o género da criança. Constatou, tal como já foi referido, que a baixa autonomia concedida às raparigas, por exemplo, é um dos argumentos frequentemente apresentados para explicar as diferenças de género. Os pais manifestam uma satisfação desprovida de ambiguidade face às manifestações de independência ou face às realizações dos rapazes, enquanto os mesmos comportamentos apresentados por raparigas suscitam a ansiedade parental, além disso, verifica-se super-protecção e a ajuda excessiva dada às raparigas, sendo elas educadas de modo a tornar-se menos independentes do que os rapazes.

Verificamos, também, que dos 285 adolescentes que participaram neste estudo, 222 revelaram não mostram sintomas de fobia social, ao contrário dos restantes 63 participantes. Destes eram 47 são do género feminino, muito superior ao total de 16 do género masculino. Já estudo feito por Essau, Conradt e Peterman (1999) encontrou uma percentagem de raparigas com diagnóstico de fobia social superior à dos rapazes. Num outro estudo feito por Beidel (1991) 70% das raparigas tinham diagnóstico de fobia social. Chapman, Mannuzza e Fyer em 1995 verificaram o mesmo resultado. Pudemos constatar a existência de associações estatisticamente significativas na amostra total, entre a fobia social e as dimensões protecção pai e protecção mãe e uma associação negativa baixa entre a fobia social e as dimensões carinho pai, autonomia pai e mãe, ou seja, quanto maiores os níveis de protecção dados pelo pai e mãe, maiores os índices de fobia social, e quanto maiores os índices de carinho dado pelo pai e autonomia dada pelo pai e mãe, menores os índices de fobia social. Estes resultados estão de acordo com

outros estudos nesta área, nomeadamente o estudo de Parker (1979), utilizando o PBI, em que os fóbicos sociais referiam os seus pais como menos carinhosos e mais sobre-protectores. Numa outra investigação realizada por Arrindell, Kwewe, Methorst, Van Der Ende e Moritz (1989) os resultados foram semelhantes, ou seja, os fóbicos sociais referiram os pais como rejeitantes, pouco calorosos emocionalmente e sobre-protectores. Outro estudo revelou que o carinho dado pelos pais está directamente associado ao relacionamento social dos seus filhos com os seus pares (Attili, 1989, Hinde & Tamplin, 1983). Rapee (1997) refere no seu estudo que existe uma relação directa entre o controlo exercido pelos pais e o aparecimento da fobia social nas crianças.

No presente estudo, foram também encontradas associações estatisticamente significativas entre o rendimento académico e as dimensões carinho pai e mãe e autonomia pai e uma associação negativa entre o rendimento académico e a dimensão protecção mãe, ou seja, quanto mais carinho for dado pelo pai e pela mãe e quanto maior for a autonomia dada por parte do pai, melhor será o rendimento académico. No entanto, quanto maior for a protecção dada pela mãe pior será o rendimento académico.

Estes resultados estão de acordo com estudos anteriores nesta área. Já em 1969, Busse referia que o desenvolvimento de um pensamento flexível é limitado ou suprimido por comportamentos maternos de super-protecção, super-controlo, ou por intensas punições de ambos os pais. As práticas parentais educativas, demonstraram um grande impacto no desempenho académico em crianças e adolescentes (Griffith, 1996; Grolnick, Benjet, Kurowski, & Apostoleris, 1997). Noutros estudos, os resultados foram semelhantes: constatou-se que a qualidade da relação entre mãe e filho está directamente associada ao desempenho académico, hábitos de trabalho e tolerância à frustração (Arbuckle & MacKinnon, 1988; Pianta, Nimetz & Bennett, 1997; Taylor, Hinton, & Wilson, 1995). Tem sido demonstrado em vários estudos, que o estilo democrático que, tal como foi referido, envolve carinho e autonomia, está positivamente associado com o bom rendimento académico, elevadas aspirações educativas, com mais sentimentos positivos relativamente à escola, mais tempo dispensado nos trabalhos de casa e auto-percepções académicas mais positivas (Taylor, 1987; Baunrind, 1991; Dornbusch, Ritter, Leiderman, Roberts, & Fraleigh, 1987; Lamborn, Mounts, Steinberg, & Dornbusch, 1991; Paulson, 1994; Steinberg, Elmen, & Mounts, 1989; Steinberg, Mounts, Lamborn, & Dornbusch, 1991). Relativamente aos resultados encontrados, na regressão linear múltipla, pudemos constatar, que a variável género demonstrou ter sempre impacto sobre a fobia social, o que é explicado pelos estudos referidos anteriormente, nomeadamente os que foram realizados por Essau, Conradt e Peterman (1999) e Beidel (1991). Resultados semelhantes foram encontrados na regressão logística, onde se verificou que as

variáveis género, carinho mãe e rendimento médio são preditoras da fobia social. Para futuros estudos seria importante estudar, além das variáveis desta investigação, as expectativas dos pais relativamente aos filhos tanto a nível de relacionamento social como do desempenho académico.

Os dados obtidos sugerem que é de máxima importância a intervenção do psicólogo, com o objectivo de maior divulgação dos sintomas da fobia social, implementação de programas de sensibilização e acções de formação a técnicos de saúde, pais e professores, ajudando-os a identificar e lidar com os problemas emocionais da criança e adolescente, bem como o desenvolvimento de competências sociais nos jovens, com o objectivo de os ajudar em todas as limitações que este tipo de patologia traz ao seu dia a dia.

Referências

- Allen, J., Kuperminc, G., & Moore, C. (1997). *Developmental approaches to understanding adolescent deviance. Developmental psychopathology: Perspectives on risk and disorder*. Cambridge: Cambridge: University Press.
- American Psychiatric Association. (1996). *DSM-IV*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Attili, G. (1989). Social competence versus emotional security: The link between home relationships and behavior problems at school. In B. Schneider, G. Attili, J. Nadel (Eds), *Social competence in developmental perspective*. London: Kluwer.
- Arbuckle, B., & Mackinnon, C. (1988). A conceptual model of the determinants of children's academic achievement. *Child Study Journal*, 18, 121-142.
- Arrindell, W., Emmelkamp, P., Brilman, E., & Monsma, A. (1983). Psychiatric evaluation of an inventory for assessment of parental rearing practices. *Acta Psychiatrica Scandinava*, 67, 163-177.
- Arrindell, W., Kwere, M., Methorst, G., Van Der Ende, J., & Moritz, J. (1989). Perceived Parental rearing styles of agoraphobic and socially phobic in-patients. *British Journal of Psychiatry*, 155, 526-535.
- Baptista, A., Negrão A., Lory., & Carvalho, D. (1997). Práticas parentais educativas na adolescência. Desenvolvimento e validação do questionário de ligação parental – forma adolescente QLP-A. Questionário de ligações parentais forma adolescente. *Avaliação Psicológica: Formas e contextos*.
- Baptista, A. (2000). Perturbações do medo e da ansiedade: uma perspectiva evolutiva e desenvolvimental. In Soares, I. (Ed) *Psicopatologia do desenvolvimento: Trajectórias (in) Adaptativas ao longo da vida*. Lisboa: Quarteto Editora.
- Baumrind, D., & Black, A. E. (1967). Socialization Practices associated with dimensions of competence in preschool boys and girls. *Child development*,

- 38, 291-327.
- Baumrind, D. (1973). The Development of instrumental competence through socialization. In A. D. Pick (Ed), *Minnesota Symposium on child Psychology*, vol. 7, 3-46, Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Baumrind, D. (1991a). "Parenting styles and adolescent development" in J. Brooks-Gunn, R. Lerner, & A. C. Petersen, *The Encyclopedia on Adolescence*, 746-758, New York: Garland.
- Billar, H. (1981). The father and sex role development. in *The Role of the Father in Child Development*, C.9, 319-358, Ed. Por M. E. Lamb, John Wiley & Sons.
- Beidel, D. (1991). Social phobia and overanxious disorder in school-age children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30, 545-552.
- Beidel, D. C., Turner, S. M., & Morris, T.L. (1998). *SPAI-C. Social Phobia & anxiety Inventory for Children*. Canada: MHS.
- Block, J. (1983). Differential premises arising from differential socialization of the sexes. *Child Development*, 54, 1335-1354.
- Bowlby, J. (1982). *Attachment and loss: Vol I*. New York: Basic Books.
- Collins, W. (1990) Parent-child relationships in the transition to adolescence: continuity and change in interaction, affect and cognition. In R. Montemayor, G., Adams, & T.P. Gullotta (EDS), *From Childhood to adolescence: a transitional period? Advances in adolescent development (Vol.2, pp.85-106)*. Newbury Park, CA: Sage.
- Canavarro, M. (1999). *Relações Afetivas e Saúde Mental*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Chapman, T., Mannuzza, S., & Fyer, A. (1995). Epidemiology and family studies of social phobia. In Heimberg, M., Liebowitz, D., Hope, D., & Schneier, F. *Social Phobia: Diagnosis, Assessment and Treatment*. New York: Guilford.
- Collins, W. (1990). Parent-child relationships in the transition to adolescence: continuity and change in interaction, affect, and cognition. In Montemayor, R., Adams, G., & Gullotta, T. (Eds), *From childhood to adolescence: a transitional period? Advances in adolescent development (Vol.2, pp.85-106)*. Newbury Park, Ca: Sage.
- Crozier, W & Alden, L. (2001). *International Handbook of social Anxiety. Concepts, Research and Interventions Relating to the Self and Shyness*. England: Willey
- Darling, N., & Steinberg, L. (1993). Parenting style as context: An integrative model. *Psychological Bulletin*, 113, 487-496.
- Dornbusch, S. M., Ritter, P.L., Leiderman, P. H., Roberts, D. F., & Fraleigh, M.

- (1987). The relation of parenting style to adolescent school performance. *Child Development*, 58, 1244-1257.
- Essau, C., Petermann, F., & Conradt, J. (1999). Frequency and comorbidity of social phobia and social fears in adolescents. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 831-843.
- Griffith, J. (1996). Relation of parental involvement, empowerment, and school traits to student academic performance. *Journal of Educational Research*, 90, 33-41.
- Grolnick, W., Benjet, C., Kurowski, C., & Apostoleris, N. (1997). Predictors of parent involvement in children's schooling. *Journal of Educational Psychology*, 89, 538-548.
- Grotevant, H., & Cooper, C. (1985). Patterns of interaction in family relationships and the development of identity exploration in adolescence. *Child Development*, 56, 415-428.
- Hauser, R., & Sweeney, M. (1997). Does poverty in adolescence affect the life chances of high school graduates? In G.J. Duncan & J. Brooks-Gunn (Eds), *Consequences of growing up poor*. New York: Russel Sage Foundation.
- Hauser, S., Powers, S., Noam, G., Jacobson, A., Weiss, B., & Follansbee, D. (1984). Familial contexts of adolescent ego development. *Child Development*, 55, 195-213.
- Hoffman, M. (1982). *Affective and cognitive processes in moral internalisation. Social cognition and social behaviour: Development perspectives*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Lamb, M. E. (1976). Effects of stress and cohort on mother and father-infant interaction. *Development Psychology*, 12, 435-443.
- Lamb, M. E. (1977). Father-infant and mother-infant interaction in the first year of life. *Child Development*, 48, 167-181.
- Lamborn, S., Mounts, N., Steinberg, L., & Dornbusch, S. (1991). Patterns of competence and adjustment among adolescents from authoritative, authoritarian, indulgent, and neglectful homes. *Child Development*, 62, 1049-1065.
- Maccoby, E. E., & Martin, J. A. (1983). Socialization in the context of the family: Parent-child interaction. In P. H. Mussen & E. M. Hetherington, *Handbook of child psychology, socialization, personality, and social development*, 1-101, New York.
- Murris P., & Merckelbach, H. (1998). Parental rearing behaviour and anxiety symptoms in normal children. *Personality and Individual Differences*, 25, 1199-1206.
- Parker, G. (1979). Reported parental characteristics of agoraphobics and social

- phobics. *British Journal of Psychiatry*, 135, 555-560.
- Parker, G., Tupling, H., & Brown (1979). A parental bonding instrument. *British Journal of Psychiatry*, 52, 1-11.
- Paulson, S. (1994). Relations of parenting style and parental involvement with ninth –grade student’s achievement. In middle grades schooling and early adolescent development: I. Early adolescent’s psychological
- Perris, C., Arrindel, W., & Eiseman, M. (1994). *Parenting and psychopathology*. New York: Wiley.
- Pettit, G., Laird, R., Dodge, K., Bates, J., & Criss, M. (2001) Antecedents and Behavior-problem outcomes of parental monitoring and psychological control in early adolescence. *Child Developmental*, 2, 583-598.
- Pianta, R., Nimetz, S., & Bennett, E., (1997). Mother- child relationships, teacher-child relationships, and school outcomes in preschool and kindergarten. *Early Childhood Quaterly*, 12, 263-280.
- Prins, P., Hanewald, G. (1997). Self- statements of test-anxious children: thought-listing and questionnaire. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 440-447.
- Radin, N. (1981). The role of he father in cognitive academic and intellectual development. In M. E. Lamb, *The role of the father in child development*, (2^{ad}), Wiley, New York.
- Raffety, B., Smith, R., & Placek, T. (1997). Facilitating and debilitating trait anxiety, situational anxiety, and *coping* with an anticipated stressor: a process analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 72, 892-906.
- Rapee, R. (1997). Potential role of child rearing practices in the development of anxiety and depression. *Clinical Psychology Review*, 17, 47-67.
- Rosen, J., & Schulkin, J. (1998). From normal fear to pathological anxiety. *Psychological Review*, 105, 325-350.
- Steinberg, L., Elmen, J., & Mouts, N. (1989). Authoritative parenting, psychosocial maturity, and academic success among adolescents. *Child Development*, 60, 1424-1436.
- Steinberg, L. (1990). *Autonomy, conflict, and harmony in the family relationship. The Developing Adolescent*. Cambridge: Harvard University Press.
- Steinberg, L., Mouts, N., Lamborn, S., & Dornbusch, S. (1991). Authoritative parenting and adolescent adjustment across varied ecological niches. *Journal of Research on Adolescence*, 1 (1), 19-36.
- Taylor, L., Hinton, I., & Wilson, M. (1995). Parental influences on academic performance in African – American students. *Journal of Child and Family Studies*, 4, 293-302.

Grupo de pares, comportamentos desviantes e consumo de substâncias

Elisa Gomes Pereira & Margarida Gaspar Matos

Introdução

O desenvolvimento do adolescente implica a modificação de relações entre o próprio e os múltiplos contextos sociais em que se encontra inserido. As alterações que ocorrem possibilitam uma grande diversidade ao adolescente e representam factores de risco e de protecção (Matos et al, 2003; Lerner, 1998). Os cenários privilegiados da vida social do adolescente (família, escola, grupo de pares, comunidade), desempenham um papel importante na construção da sua identidade. O grupo de pares assume particular relevância, assumindo-se, de acordo com Claes (1985), como um fenómeno universal. Segundo Martins (1998), as relações sociais que se estabelecem no seio do grupo de pares são de máxima importância para o desenvolvimento da identidade do adolescente, uma vez que o grupo possibilita uma série de experiências impossíveis de realizar em outros contextos, e também porque o grupo fornece apoio instrumental e emocional, que permitem ao adolescente ultrapassar as tarefas de desenvolvimento com que é confrontado (Fonseca, 2002; Martins, 1998). O grupo de pares é geralmente constituído por jovens de idades próximas, com interesses e necessidades semelhantes, cujos membros preferem passar mais tempo uns com os outros do que com as respectivas famílias. No seio do grupo o adolescente veste-se, comporta-se e fala como os elementos do grupo, adquire segurança por ter comportamentos semelhantes aos outros, e reforça a sua auto-estima ao ser integrado no grupo (Fonseca, 2002).

Segundo Cotterel (1996), o grupo possibilita experiências emocionais positivas, uma vez que reconhece o adolescente como parte integrante de um grupo, onde partilha uma identidade contribuindo, desta forma, para as finalidades de existência do grupo. A pertença a um grupo na adolescência é considerada de extrema importância, uma vez que o grupo permite a construção da identidade própria e grupal, identificação com o grupo, troca de experiências, sentimentos e angústias sem controlo dos adultos (Peixoto, Martins, Pereira, Amaral, & Pedro, 2001). Para Pais (1996), a importância do grupo de pares pode estar associada aos "vazios" emocionais deixados pela família, a escola e outras instituições. A afiliação a grupos é considerado um aspecto importante na cultura dos adolescentes. De acordo com La Greca, Prinstein e Fetter (2001), os adolescentes caracterizam os seus pares através do uso de "rótulos sociais" que se aplicam a um

grande grupo ou "multidão" de adolescentes. Os rótulos utilizados para os descrever reflectem, muitas vezes, as próprias características grupais. É possível encontrar referência na literatura (La Greca, Prinstein, & Fetter, 2001; Phillips, Hughes, & Wilkes, 1998), a determinados grupos como sejam os desportistas ("*jocks*"), os estudiosos ("*brains*"), os que faltam muito e causam problemas na escola ("*burnouts*", "*dirts*", "*freaks*" ou "*druggies*"), aqueles que são sociáveis e se envolvem em actividades escolares ("*populars*", como p.e., "*hotshots*" ou "*preppies*"), e aqueles que são rebeldes e se insurgem contra as regras e adquirem uma forma diferente de pensar e de vestir ("*nonconformists*", "*alternatives*"). Segundo Phillips, Hughes e Wilkes (1998), os grandes grupos incluem um grande número de grupos de pares, normalmente com mais de 10 elementos, que podem ou não conhecer-se bem, sendo as categorias de pares consistentes através do género, região ou etnia (Phillips, Hughes, & Wilkes, 1998).

Existe uma grande variedade de estudos que têm colocado em evidência a forma como as crianças e os adultos constroem os seus modelos representativos de interacção social, que incluem padrões de comportamento específicos (Markovits, Benenson, & Dolenzky, 2001). Os modelos traduzem regulações do comportamento dentro das estruturas cognitivas que, por seu lado, guiam a forma como a informação é processada (Markovits, Benenson, & Dolenzky, 2001).

Estudos mais recentes (Burks, Dodge, Price, & Laird, 1999; Markovits, Benenson, & Dolenzky, 2001), examinaram os modelos internos na relação entre grupos de pares. Burks, Dodge, Price, e Laird (1999), referem que a agressividade interpreta estímulos sociais de forma que aparece relacionada com os modelos de representação que os adolescentes têm do seu grupo de pares. De acordo com Markovits e colaboradores (2001), as crianças desenvolvem regras que retractam as estruturas transitivas das suas relações com os amigos. Ainda de acordo com os mesmos autores, se as crianças conseguem traduzir as regulações estruturais das interacções sociais em representações, os seus modelos internos devem reflectir a estrutura das suas experiências com o grupo de pares (Markovits, Benenson, & Dolenzky, 2001). Uma dimensão importante a considerar é o género, visto que os rapazes e as raparigas possuem diferentes modelos internos de interacção. De acordo com alguns estudos a interacção com o grupo de pares é segregada pelo género (Benenson, Apostoleris, & Parnass, 1997; Markovits, Benenson, & Dolenzky, 2001), e existem diferenças entre raparigas e rapazes que aparecem cedo no desenvolvimento com especial atenção para as actividades de organização social. Alguns estudos mostraram que os rapazes preferem a interacção em grupos, e que as raparigas preferem a interacção com a díade e que as suas interacções tendem a ser mais íntimas (Benenson, Apostoleris, & Parnass, 1997; Benenson, Nicholson, Waite, Roy, & Simpson, 2001).

Para Brown, Mory, e Kinney (1994), os grupos tendem a organizar-se de acordo

com os protótipos que condicionam e estruturam as relações sociais com os pares, já que determinada afiliação a um grupo implica o estabelecimento de relações com determinados grupos de pares em detrimento de outros, o que não quer dizer que a pertença a um grupo inviabilize a pertença a outro e, também, porque ao longo do tempo os adolescentes podem variar as suas afiliações grupais (Peixoto, Martins, Pereira, Amaral, & Pedro, 2001).

Grupo de pares: protecção e risco

O grupo de pares é necessário e indispensável ao adolescente para, simultaneamente, interpor uma certa distância relativamente aos pais e melhor apreender as relações sociais necessárias ao futuro adulto. No entanto, e de acordo com alguns autores (Braconnier, & Marcelli, 2000; La Greca, Prinstein, & Fetter, 2001; Prinstein, Boergers, & Spirito, 2001), a influência do grupo de pares desempenha um papel importante no desenvolvimento e manutenção dos comportamentos de risco. Estes resultados são consistentes com outras investigações onde foram encontradas associações fortes entre os comportamentos de risco praticados pelos amigos e os comportamentos de risco praticados pelos adolescentes (Prinstein, Boergers, Spirito, Little, & Grapentine, 2000; Wills, & Cleary, 1999). O grupo é, por vezes, percebido como responsável por uma série de influências negativas, nomeadamente, a adopção de comportamentos desviantes, comportamentos aditivos e o afastamento da escola, entre outros (Peixoto, Martins, Pereira, Amaral, & Pedro, 2001).

Alguns estudos (Braconnier, & Marcelli, 2000; Dahlberg, 1998; Prinstein, et al., 2001; Wills & Cleary, 1999), mostraram que a afiliação a certos grupos é um forte preditor de comportamentos de saúde de risco, pelo menos no que respeita ao consumo de substâncias e comportamentos violentos. Investigações (Lynskey, Fergusson, & Horwood, 1998; Prinstein, Boergers, & Spirito, 2001) demonstraram que o consumo de álcool, tabaco e drogas pelo grupo de pares está associado ao consumo de álcool, tabaco e drogas pelo adolescente.

No que diz respeito à afiliação a grupos de pares desviantes, investigações semelhantes têm sugerido que o comportamento de amigos delinquentes está associado a comportamentos de agressão por parte dos adolescentes (Braconnier, & Marcelli, 2000; Dahlberg, 1998; Prinstein, et al., 2001). Existem evidências que sugerem que comportamentos de risco do grupo de pares podem ser causais, ou seja que a afiliação com pessoas de risco está associada ao aumento dos comportamentos de risco dos adolescentes (Dahlberg, 1998; Willis & Cleary, 1999). Esta associação resulta da combinação de uma série de efeitos, o que leva a crer que os adolescentes escolham o grupo de amigos que enveredam pelo mesmo tipo de comportamentos e efeitos de socialização (i.e., teoria social da aprendizagem), na qual a influência implícita ou explícita do grupo de pares leva a

que os adolescentes tenham esses mesmos comportamentos (Bandura, 1973; Wills & Cleary, 1999). Estes resultados sugerem que os comportamentos violentos e o consumo de substâncias poderão ser reforçados socialmente pelos amigos íntimos, indicando que as estratégias eficazes para redução dos comportamentos de risco deverão passar pela intervenção no grupo de pares (Prinstein, et al., 2001).

Prinstein, Boergers e Spirito (2001), verificaram que, quando existia disfunção familiar, baixa aceitação social e depressão, o risco de que os adolescentes enveredassem por comportamentos de risco aumentava, uma vez que estavam mais vulneráveis a um efeito de aprendizagem social do risco por parte do grupo de pares quando viviam altos níveis de *stress* psicológico e social. Os autores concluíram que, quando os amigos se envolviam em comportamentos desviantes e eram provenientes de famílias disfuncionais, e se percepcionavam a si próprios como socialmente rejeitados, o risco de adopção de comportamentos de risco aumentava. O mesmo acontecia relativamente ao consumo de substâncias, visto estarem mais propensos ao tabagismo ou ao consumo de drogas, se as suas famílias apresentassem altos níveis disfuncionais e se os seus amigos também consumissem (Prinstein, et al., 2001).

Os problemas de comportamento e os problemas anti-sociais nas crianças, segundo McMahon e Estes (1997), revelam-se como acções e atitudes inapropriadas para a idade, e violam as expectativas da família, normas sociais e os direitos pessoais dos outros. Os problemas de comportamento têm sido analisados de diferentes perspectivas, cada uma delas utilizando termos e definições para descrever padrões de comportamento semelhantes (Mash, & Wolfe, 2002). De um ponto de vista legal, os problemas de comportamento têm sido definidos como actos de delinquência ou de criminalidade. As definições legais dependem das leis que mudam ao longo do tempo ou que diferem consoante o local onde nos encontremos (Mash, & Wolfe, 2002). De modo geral, as definições legais excluem os comportamentos anti-sociais de muitas crianças (tais como a desobediência e a agressão) que ocorrem geralmente em casa ou na escola (Mash, & Wolfe, 2002).

De acordo com uma perspectiva psicológica, as condutas englobam uma dimensão de comportamentos de externalização, que incluem uma mistura de impulsividade, exagero, agressividade e actos de delinquência (Burns, Walsh, Patterson, Holte, Somers-Flanagan, & Parker, 1997). Segundo Achenbach (1993), a externalização consiste em duas sub-dimensões correlacionadas mas independentes denominadas de "delinquência" e "agressividade". Os comportamentos delinquentes incluem a violação de regras, tais como fuga de casa, disparo de armas, roubo, faltas escolares, abuso de álcool e drogas, e actos continuados de vandalismo. Os comportamentos agressivos incluem lutas físicas, destrutividade, desobediência, exibicionismo, comportamentos de desafio, ameaça e casos de perturbação das

aulas (Achenbach, 1993).

Pares, consumos e problemas de comportamento

Segundo Mash e Wolfe (2002), existem muitos factores associados aos os problemas de comportamento das crianças, nomeadamente factores individuais, familiares, escolares e do grupo de pares. Alguns co-ocorrem com problemas de comportamento, outros aumentam a sua probabilidade e alguns outros são o seu resultado . Alguns dos factores incluem deficiências a nível cognitivo e verbal, problemas de aprendizagem, baixa auto-estima, problemas com o grupo de pares, com a família, problemas de saúde e abuso de substâncias (Mash, & Wolfe, 2002). Num estudo efectuado, Speltz, DeKlyen, Calderon, Greenberg, e Fisher (1999), constataram que as crianças com problemas de comportamento apresentavam uma deficiência na linguagem que poderia afectar a recepção auditiva e de leitura, bem como a resolução de problemas, o discurso escrito e falado e a memória verbal. Os problemas verbais e de linguagem podem contribuir para o comportamento anti-social das crianças, uma vez que interferem com o desenvolvimento do auto-controlo ou com a gestão das emoções, que impedem a criação de relações empáticas (Hastings, Zahn-Waxler, Robinson, Usher, & Bridges, 2000).

Os jovens com problemas de comportamento evidenciam taxas elevadas de insucesso escolar, retenções, colocação em escolas de ensino especial, abandono escolar, suspensão e expulsão da escola (Hinshaw, & Anderson, 1996). Williams e McGee (1994), numa investigação realizada com crianças que apresentavam problemas de comportamento verificaram a existência de correlações fortes entre os problemas de aprendizagem e os comportamentos anti-sociais, sugerindo que as dificuldades e o fracasso na aprendizagem da leitura poderia ser a causa de tais comportamentos. Braconnier e Marcelli (2000), referem que o aparecimento e a continuidade de numerosas condutas patológicas (especialmente perturbações do comportamento) se encontram fortemente associadas com a "qualidade" das relações dos adolescentes com o grupo de pares, esta relação responde, segundo os mesmos autores, não só a necessidades educativas e sociais, mas também a motivações pessoais. Ainda segundo Braconnier e Marcelli (2000), os grupos representam um meio de troca de várias informações que cada um pode ter recolhido em situações familiares, em actividades de tempos livres ou através de interesses individuais, tendo então a oportunidade de as transmitir aos seus pares. Esta adesão ao grupo permite que o adolescente se sinta integrado na sociedade e em particular no seu escalão etário.

As condutas delinquentes mais frequentes na adolescência são o roubo de veículos motorizados (25% dos delitos), que se efectua geralmente em grupo e que na maioria das vezes tem apenas como objectivo dar uma volta com os amigos, e os roubos nas lojas (15%), especialmente nas grandes superfícies (Braconnier, &

Marcelli, 2000). A maior parte das vezes são roubos individuais por parte tanto das raparigas como dos rapazes, e que são na sua maioria utilitários: discos, roupa, aparelhos de rádio, livros, álcool, produtos alimentares (Braconnier, & Marcelli, 2000). Na perspectiva de Miller e Olson (2000), os jovens com problemas de comportamento evidenciam-se por agressões verbais e físicas contra outras crianças e por fracas capacidades sociais. À medida que crescem, na sua maioria, são rejeitadas pelo grupo de pares. No entanto, alguns podem até ser bastante populares (Rodkin, Farmer, Van Acker, & Van Acker, 2000). Quando entram na escola, algumas crianças com problemas de comportamento podem agredir, ou mesmo excluir, os seus colegas, padrão este que surge associado com os comportamentos anti-sociais (Mash, & Wolfe, 2002). As amizades que os jovens com problemas de comportamento estabelecem são, na sua maioria, baseadas numa mútua atracção por indivíduos com comportamentos anti-sociais (Vitaro, Brendgen, & Tremblay, 2000). Para Moffitt (1993), comportamentos anti-sociais precoces e uma associação com grupo de pares desviantes parece ser um dos preditores mais importantes no surgimento de problemas de comportamento durante a adolescência. O envolvimento torna-se progressivamente estável durante a infância, e poderá sustentar a transição para actos criminais na adolescência, tais como roubo, vadiagem ou abuso de substâncias (Patterson, 1996).

Os problemas familiares parecem ser o mais forte e consistente preditor dos comportamentos anti-sociais (Patterson, Reid, & Dishion, 1992). Os tipos de perturbações familiares que se encontram relacionados com os problemas de comportamento das crianças são, na sua maioria, perturbações familiares gerais, nomeadamente problemas psico-patológicos parentais, história de problemas anti-sociais na família, desavenças conjugais, instabilidade familiar, fracos recursos económicos e as perturbações específicas nas práticas parentais e no funcionamento familiar, tais como uso excessivo de disciplina, falta de supervisão, falta de apoio emocional e desentendimentos parentais acerca da disciplina (Patterson, Reid, & Dishion, 1992). Um nível elevado de conflitos é comum em famílias de crianças com perturbação de comportamento, cujas práticas parentais se apresentam ineficazes, nomeadamente no que diz respeito à disciplina, ao uso inapropriado dos castigos e recompensas e ao fraco envolvimento familiar (Patterson, Reid, & Dishion, 1992). As perturbações de comportamento estão geralmente associadas a condutas de risco para a saúde, tais como o abuso de substâncias e os comportamentos sexuais de risco (Mash, & Wolfe, 2002).

Segundo White, Loeber, Stouthamer-Loeber, e Farrington (1999), o uso de substâncias ilícitas e as condutas anti-sociais parecem estar fortemente associadas. Os mesmos autores constataram que os indivíduos que consomem ou vendem droga se encontram muito mais propensos ao porte de arma de fogo, pertença a

um *gang*, consumo de álcool ou comportamentos anti-sociais do que aqueles que nunca consumiram nem venderam droga (Snyder, & Sickmund, 1999). De acordo com Gilvarry (2000), o consumo de drogas ilícitas entre os jovens dos 12 aos 17 anos quase que duplicou entre 1992 e 1995 nos Estados Unidos e na Europa, co-existindo com um aumento substancial no consumo de LSD e outros alucinogénios, marijuana, cocaína, *crack*, anfetaminas, cigarros e álcool (Gilvarry, 2000). Dishion, French e Patterson (1995), constataram que as crianças que cedo desenvolvem comportamentos anti-sociais apresentam um risco maior para comportamentos de risco, nomeadamente o uso e abuso de substâncias. Para Farrington (1991), a prevalência de comportamentos delinquentes varia de acordo com a severidade do consumo de substâncias, com cerca de 10% dos adolescentes consumidores regulares a cometer mais de metade dos crimes, assaltos, roubos e ofensas pessoais. Segundo Gilvarry (2000), as perturbações de comportamento no decorrer da infância são um factor de risco para o consumo futuro de substâncias, sendo esta relação mediada pelo uso de droga e delinquência durante a adolescência. Muitos jovens com problemas de comportamento podem apresentar outras perturbações, tais como depressão e/ou ansiedade (Mash, & Wolfe, 2002). A depressão e a ansiedade ocorrem com maior frequência do que muitas vezes se pensa em crianças com problemas de comportamento. Dishion e colaboradores (1995), concluíram que a cerca de um terço dos jovens com problemas de comportamento era diagnosticada depressão ou co-morbilidade com a ansiedade. Os adolescentes com problemas de conduta apresentam um risco maior para o suicídio, com co-ocorrência de abuso de substâncias e história de depressão familiar (Dishion, et al., 1995). Muitas adolescentes com perturbações de comportamento desenvolvem perturbações depressivas ou ansiosas precoces. Em ambos os géneros, o aumento da severidade dos problemas de comportamento encontra-se associada com o aumento da severidade da depressão e da ansiedade (Zoccolillo, Pickles, Quinton, & Rutter, 1992). Nottelman e Jensen (1995), verificaram que a correlação forte entre as condutas desviantes e a depressão e/ou ansiedade eram evidentes quando se considerava que os jovens com problemas de externalização apresentavam mais tarde problemas de internalização e externalização. O que parece ser verdade especialmente nas raparigas, para quem os sintomas anti-sociais são o melhor preditor da depressão e da ansiedade mais tardiamente do que os problemas de externalização (Robins, & Rutter, 1990). Segundo Pine, Cohen, Cohen e Brook (2000), as crianças que apresentam problemas de comportamento e em que se verifica a co-ocorrência de perturbações da ansiedade mostram-se menos agressivas do que os indivíduos que apresentam apenas problemas de comportamento, tal facto parece sugerir que a presença da ansiedade nas crianças com problemas de comportamento lhes inibe os comportamentos agressivos (Pine, Cohen, Cohen, & Brook, 2000). De acordo

com a DSM IV (1994), a prevalência da perturbação do comportamento parece ter aumentado nas últimas décadas, podendo ser mais elevada em meio urbano do que rural. Os valores variam muito, dependendo da natureza da amostragem e dos métodos de análise utilizados: nos indivíduos do género masculino com menos de 18 anos, as taxas variam entre os 6% e os 16%, variando entre 2% e 9% para as raparigas (DSM IV, 1994).

No que diz respeito ao tratamento, muitos tipos de técnicas e de tratamentos têm sido utilizados em jovens com problemas de comportamento. Alguns autores defendem a ideia de que o tratamento deve iniciar-se o mais precocemente possível (Mash, & Wolfe, 2002), e que os problemas familiares, tais como a depressão materna, desavenças conjugais e casos de abuso sexual devem ser referidos para que o tratamento seja mais eficaz (Mash, & Wolfe, 2002). Henggeler (1996) refere que a disfunção familiar e o abandono escolar, associados à pertença a grupo de pares consumidores de droga, residência em áreas problemáticas e a fraca supervisão parental contribuem seriamente para as perturbações de comportamento. Uma vez que os problemas de comportamento apresentam um progressivo desenvolvimento, diversidade e escalada ao longo do tempo, os tratamentos devem ser sensíveis à trajectória em que a criança se encontra (Mash, & Wolfe, 2002). Deste modo, os métodos e os objectivos diferem de acordo com a etapa em que as crianças se encontram (pré-escolar, idade escolar e adolescência) e também de acordo com o tipo e grau de severidade da perturbação do comportamento (Mash, & Wolfe, 2002).

Segundo Brestan e Eyberg (1998), existem muitos tratamentos para a perturbação do comportamento, Três deles têm-se revelado eficazes para fazer face a esta problemática: Treino Gestão Parental (Parent Management Training - *PMT*), Treino Cognitivo – Solução de Problemas (Cognitive Problem – Solving Competências Training - *PSST*), e Tratamento Multi-Sistémico (Multisystemic Treatment - *MST*). O Treino de Gestão Parental (*PMT*) ensina os pais a alterar os comportamentos da criança em casa (Brestan, & Eyberg, 1998). A ideia fundamental deste tipo de tratamento é a de que na base da perturbação do comportamento se encontram interacções mal-adaptativas entre pais e filho quer se mostram em parte responsáveis pela produção e manutenção dos comportamentos anti-sociais, e de que o facto de se alterar a forma de interacção dos pais com o filho melhora a conduta da criança (McMahon, & Wells, 1998). O objectivo do *PMT* é o de ensinar aos pais novas competências de forma a que estejam aptos a lidar com os problemas de comportamento da criança (Mash, & Wolfe, 2002). O *PMT* apresenta muitas variações, tais como treino individual/treino em grupo, treino na clínica/treino em casa, utilização de acontecimentos de vida/utilização de material áudio (Mash, & Wolfe, 2002). O *PMT* apresenta algumas vantagens, nomeadamente no que diz respeito à eficácia a

curto prazo na produção de alterações no comportamento dos pais e da criança, apresentando os sujeitos que aderem ao tratamento uma melhoria de cerca de 80%, relativamente aqueles que não o fazem. A diminuição da perturbação do comportamento na criança está também associada com a redução do *stress* e da ansiedade nos pais (Mash, & Wolfe, 2002). De acordo com Dishion e Patterson (1992), o *PMT* mostra-se mais eficaz com crianças até aos 12 anos de idade do que com adolescentes.

Esta técnica apresenta também algumas limitações, uma vez que coloca aos pais várias exigências, tais como controlo e implementação de procedimentos em casa, deslocação a sessões terapêuticas e manutenção de um contacto telefónico com o terapeuta. Para famílias com fracos recursos económicos, estas exigências podem ser de demasiado difícil cumprimento e podem ocasionar um abandono precoce (Mash, & Wolfe, 2002). Segundo Dishion e Patterson (1992), o *PMT* coloca a ênfase no ensino de estratégias de solução de problemas, no desenvolvimento de competências para melhoria da relação entre pais e filho, alteração das crenças parentais, apoio social e conjugal, compromisso e na adesão à terapia e factores étnicos e culturais.

O Treino Cognitivo – Solução de Problemas (*PSST*), foca-se nas deficiências e distorções cognitivas evidenciadas pelas crianças e adolescentes com perturbação de comportamento em situações interpessoais (Mash, & Wolfe, 2002). A ideia fundamental da *PSST* é a de que as percepções e avaliações que as crianças efectuam dos acontecimentos que a rodeiam originam respostas agressivas e anti-sociais, e as mudanças nestes pensamentos não adaptativos conduzem a alterações nos comportamentos (Mash, & Wolfe, 2002).

No decurso do treino, o terapeuta utiliza instruções, práticas e reacções de forma a auxiliar a criança a descobrir diferentes formas de reagir à situação social. A criança aprende, de igual forma, a avaliar a situação, a identificar as suas reacções e condutas, a alterar a sua atribuição acerca das motivações das outras crianças, bem como a ser mais sensível aos sentimentos dos outros, a antecipar a reacção dos outros e a encontrar soluções apropriadas para os seus problemas sociais (Dishion, & Patterson, 1992; Mash, & Wolfe, 2002). Esta técnica mostra-se eficaz com crianças e adolescentes que estão referidos como apresentando perturbações do comportamento, alargando-se os seus benefícios aos pais e ao funcionamento familiar (Kadzin, & Wassel, 2000). Algumas investigações sustentam a existência de uma relação entre as crenças não adaptativas e os comportamentos agressivos em que o *PSST* se baseia. No entanto não é claro para Dogde (1989), se a alteração destas crenças é a responsável pela melhoria do comportamento. O mesmo autor sugere que a alteração dos processos cognitivos pode não ser suficiente para a mudança do comportamento (Dodge, 1989). O Treino Multi-Sistémico (*MST*) é uma abordagem no sistema familiar que enfatiza a

interactividade social. A forma como as crianças geralmente se comportam reflecte as relações familiares disfuncionais (Henggeler, 1996). *MST* vê a criança com problemas de comportamento como funcionando numa rede de sistemas sociais, incluindo a família, a escola, a comunidade e o grupo de pares (Henggeler, 1996). Os comportamentos anti-sociais resultam ou podem ser mantidos devido às transições com ou entre algum destes sistemas (Henggeler, 1996).

O tratamento com esta técnica deve envolver todos os membros da família, da escola, o grupo de pares, os membros da comunidade onde o jovem se insere e todas as pessoas que estejam envolvidas na sua vida. Esta técnica utiliza uma abordagem intensiva que se apoia em outras técnicas tais com a *PMT*, a *PSST*, a terapia conjugal, bem como outras intervenções especializadas, tais como a educação especial e o tratamento do abuso de substâncias ou de problemas legais (Mash, & Wolfe, 2002).

Investigações realizadas por Henggeler (1996, 1999) mostraram que a *MST* é eficaz em crianças com perturbação anti-social e comportamentos agressivos, tendo o autor verificado também um decréscimo na delinquência e na agressão a colegas e melhorias na relação familiar quando utilizada esta técnica no tratamento. Um dos factores que pode tornar eficaz esta técnica deve-se ao facto de que o tratamento ajuda a reduzir a associação a grupos de pares desviantes e a baixar a taxa de jovens que se envolvem em comportamentos delinquentes (Mash, & Wolfe, 2002).

Os programas de intervenção e prevenção devem ser efectuados o mais precocemente possível, desta forma o tratamento poderá ser mais eficaz. A intervenção deverá ser efectuada em contexto familiar e escolar, contextos que podem influenciar a conduta da criança, principalmente se a coesão familiar for fraca e se os jovens se associarem a grupos desviantes na escola. De acordo com Webster-Stratton (1996), são três as principais assunções das intervenções preventivas: 1) os problemas de comportamento podem ser tratados mais facilmente quanto mais precoce for a intervenção; 2) tendo em conta os factores de risco e de protecção das crianças, pode-se limitar e prevenir o desenvolvimento de condutas de agressão, rejeição por parte do grupo de pares, problemas de auto-estima, perturbações de comportamento e insucesso escolar, uma vez que estes são os factores que se encontram mais frequentemente nas crianças com perturbações de comportamento; 3) a intervenção preventiva pode reduzir substancialmente os custos nos sistemas educacionais, criminais, na saúde física e mental que estão associados com os problemas de comportamento (Webster-Stratton, 1996). Prinstein e colaboradores (2001) sugerem que os adolescentes referidos por comportamentos de risco ou desviantes podem beneficiar de terapia familiar, tal como a avaliação e o tratamento da depressão e da disfunção social,

que deverá aumentar a resiliência dos adolescentes que se afiliam a grupo de pares desviantes.

Conhecer e compreender os estilos de vida e os comportamentos dos adolescentes parece ser de extrema importância para se poder intervir e prevenir adequadamente na área dos comportamentos de saúde. A intervenção deverá ser tanto mais precoce quanto possível, e deverão ser tidos em conta os contextos em que o adolescente se insere (escola, família, grupo pares, comunidade), uma vez que desempenham um papel fundamental no seu desenvolvimento. Só assim se poderão obter resultados satisfatórios na prevenção.

Referências

- Achenbach, T. M. (1993). Taxonomy and comorbidity of conduct problems: Evidence from empirically based approaches. *Development and Psychopathology*, 5, 51-64.
- American Psychiatric Association.- APA (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- Bandura, A. (1973). *Aggression: A social learning analysis*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Benenson, J. F., Apostoleris, N. H., & Parnass, J. (1997). Age and sex differences in dyadic and group interaction. *Developmental Psychology*, 33, 538-543.
- Benenson, J. F., Nicholson, C., Waite, A., Roy, R., & Simpson, A. (2000). The influence of group size on children's competitive behavior. *Child Development*, 72(3), 921-928.
- Braconnier, A., & Marcelli, D. (2000). *As mil faces da adolescência*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Brestan, E. V., & Eyberg, S. M. (1998). Effective psychosocial treatments of conduct-disordered children and adolescents: 29 years, 82 studies, and 5,272 kids. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27, 180-189.
- Brown, B. B., Mory, M. S., & Kinney, D. (1994). Casting adolescent crowds in a relational perspective: Caricature, channel and context. In R. Montemayor, G. R. Adams, & T. P. Gullotta (Eds.), *Personal relationships during adolescence* (pp. 123-167). Thousand Oaks: SAGE.
- Burns, G. L., Walsh, J. A., Patterson, D. R., Holte, C. S., Somers-Flanagan, R., & Parker, C. M. (1997). Internal validity of the disruptive behavior disorder symptoms: Implications from parent ratings for a dimensional approach to symptom validity. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 25, 307-319.
- Burks, V. S., Dodge, K. A., Price, J. M., Laird, R.D. (1999). Internal representational models of peers: Implications for the development of problematic behavior. *Developmental Psychology*, 35, 802-810.
- Claes, M. (1985). *Problemas da adolescência*. Lisboa: Verbo.

- Cotterel, J. (1996). *Social networks and social influences in adolescence*. London: Routledge.
- Dahlberg, L. L. (1998). Youth violence in the United States: Major trends, risk factors, and prevention approaches. *American Journal of Preventive Medicine*, 14, 259-272.
- Dishion, T. J., French, D. C., & Patterson, G. R., (1995). The development and ecology of antisocial behavior. In D. Cicchetti, & D. J. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology: Risk, disorder, and adaptation* (Vol. 2, pp. 421-471). New York: Wiley.
- Dishion, T. J., & Patterson, G. R. (1992). Age effects in parent training outcome. *Behavior Therapy*, 23, 719-729.
- Dodge, K. A. (1989). Problems in social relationships. In E. J. Mash & R. A. Barkley (Eds.), *Treatment of childhood disorders* (pp. 222-244). New York: Guilford Press.
- Farrington, D. P. (1991). Childhood aggression and adult violence: Early precursors and later life outcomes. In D. J. Pepler & K. H. Rubin (Eds.), *The development and treatment of childhood aggression* (pp. 5-29). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Fonseca, H. (2002). *Compreender os adolescentes: Um desafio para pais e educadores*. Lisboa: Editorial Presença.
- Gilvarry, E. (2000). Substance abuse in young people. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41, 55-80.
- Hastings, P. D., Zahn-Waxler, C., Robinson, J., Usher, B., & Bridges, D (2000). The development of concern for others in children with behavior problems. *Developmental Psychology*, 36, 531-546.
- Henggeler, S. W. (1996). Treatment of violent juvenile offenders. *Journal of Family Psychology*, 10, 137-141.
- Henggeler, S. W. (1999). Multisystemic therapy: An overview of clinical procedures, out comes, and policy implications. *Child Psychology and Psychiatry Review*, 4, 2-10.
- Hinshaw, S. P., & Anderson, C. A. (1996). Conduct and oppositional defiant disorders. In E. J. Mash & R. A. Barkley (Eds.), *Child psychopathology* (pp. 113-149). New York: Guilford Press.
- Kadzin, A. E., & Wassel, G. (2000). Therapeutic changes in children, parents, and families resulting from treatment of children with conduct problems. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 414-420.
- La Greca, A. M., Prinstein, M. J., & Fetter, M. D. (2001). Adolescent peer crowd affiliation: Linkages with health-risk behaviors and close friendships. *Journal of Pediatric Psychology*, 26, 131-143.

- Lerner, R. (1998). Adolescent development. Retirado em 12 de Fevereiro de 2003 da World Wide Web: psych.annualreviews.org
- Lynskey, M. T., Fergusson, D. M., & Horwood, L. J. (1998). The origins of the correlations between tobacco, alcohol, and cannabis use during adolescence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 39, 995-1005.
- Markovits, H., Benenson, J., & Dolenszky, E. (2001). Evidence that children and adolescents have internal models of peer interactions that are gender differentiated. *Child Development*, 72 (3), 879-886.
- Martins, M. A. (1998). Dinâmica de escola e identidades sociais. In M. Martins (Ed.), *Actas do IX Colóquio de Psicologia e Educação* (pp. 43-49). Lisboa: ISPA.
- Mash, E. J., & Wolfe, D. A. (2002). *Abnormal child psychology* (2nd Edition). United States, CA: Wadsworth.
- Matos, M. e Equipa do Projecto Aventura Social & Saúde (2003). *A saúde dos adolescentes portugueses (quatro anos depois)*. Lisboa: FMH.
- McMahon, R. J., & Estes, A. M. (1997). Conduct problems. In E. J. Mash & L. G. Terdal (Eds.), *Assesment of childhood disorders* (3rd ed., pp. 130-193). New Yor: Guilford Press.
- McMahon, R. J., & Wells, K. C. (1998). Conduct problems. In E. J. Mash & R. A. Barkley (Eds.), *Treatment of childhood disorders* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Miller, A. L., & Olson, S. L. (2000). Emotional expressiveness during peer conflicts: A predictor of social maladjustment among high-risk preschoolers. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28, 339-352.
- Moffitt, T. E. (1993). Adolescence-limited and life-course-persistent antisocial behavior: A developmental taxonomy. *Psychological Review*, 100, 674-701.
- Nottelman, E. D., & Jensen, P. S. (1995). Comorbidity of disorders in children and adolescents: Developmental perspectives. In T. H. Ollendick & R. J. Prinz (Eds.), *Advances in clinical child psychology* (Vol. 17, pp. 109-155). New York: Plenum.
- Pais, J. M. (1996). *Culturas Juvenis*. Lisboa: Imprensa Nacional Casa da Moeda.
- Patterson, G. R. (1996). Some characteristics of a developmental theory for early-onset delinquency. In M. F. Lenzenweger & J. J. Haugaard (Eds.), *Frontiers of developmental psychopathology* (pp. 81-124). New York: Oxford University Press.
- Patterson, G. R., Reid, J. B., & Dishion, T. J. (1992). *Antisocial boys*. Eugene, OR: Castalia.
- Peixoto, F., Martins, M. A., Pereira, M., Amaral, V., & Pedro, I. (2001). Os

- grupos de adolescentes na escola: Percepções intra e intergrupais. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 1, 79-93.
- Phillips, L., Hughes, P., & Wilkes, K. (1998). Black students' peer crowds: An exploratory study. Paper presented at the Society for Research in Adolescence, February, San Diego, CA.
- Pine, D. S., Cohen, E., Cohen, P., & Brook, J. S. (2000). Social phobia and the persistence of conduct problems. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41, 657-665.
- Prinstein, M. J., Boergers, J., & Spirito, A. (2001). Adolescents' and their friends' health-risk behavior: Factors that alter or add to peer influence. *Journal of Pediatric Psychology*, 26 (5), 287-298.
- Prinstein, M. J., Boergers, J., Spirito, A., Little, T. D., & Grapentine, W. L. (2000). Peer functioning, family dysfunction, and psychological symptoms in a risk factor model for adolescent inpatients' suicidal ideation severity. *Journal of Clinical Child Psychology*, 29, 392-405.
- Robins, L. N., & Rutter, M. (1990). *Straight and devious pathways from childhood to adulthood*. Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Rodkin, P. C., Farmer, T. W., Van Acker, R. P., & Van Acker, R. (2000). Heterogeneity of popular boys: Antisocial and prosocial configurations. *Developmental Psychology*, 36, 14-24.
- Snyder, H. N., & Sickmund, M. (1999). *Juvenile offenders and victims: 1999 national report*. Pittsburgh, PA: National Center for Juvenile Justice, U. S. Department of Justice.
- Speltz, M. L., DeKlyne, M., Calderon, R., Greenberg, M. T., & Fisher, P. (1999). Neuropsychological characteristics and test behaviors of boys with early onset conduct problems. *Journal of Abnormal Psychology*, 108, 315-325.
- Vitaro, F., Brendgen, M., & Tremblay, R. E. (2000). Influence of deviant friends on delinquency: Searching for moderator variables. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28, 313-325.
- Webster-Stratton, C. (1996). Early-onset conduct problems: Does gender make a difference? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 540-551.
- White, H. R., Loeber, R., Stouthamer-Loeber, M., & Farrington, D. P. (1999). Developmental associations between substance use and violence. *Development and Psychopathology*, 11, 785-803.
- Williams, S., & McGee, R. (1994). Reading attainment and juvenile delinquency. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35, 441-459.
- Wills, T. A., & Cleary, S. D. (1999). Peer and adolescent substance use among 6th-9th graders: Latent growth analyses of influence versus selection mechanisms. *Health Psychology*, 18, 453-463.

Zoccolillo, M., Pickles, A., Quinton, D., & Rutter, M. (1992). The outcome of conduct disorder: Implications for defining adult personality disorder and conduct disorder. *Psychological Medicine*, 22, 971-986.

Saúde e intimidação na escola e no trabalho

Margarida Gaspar de Matos , Daniela Sacchi & Teresa Vailati Venturi

Introdução

Instituições potencialmente discriminatórias incluem e cristalizam na sua cultura institucional, a par de práticas discriminatórias positivas (onde frequentemente são distinguidos os mais fiéis, os menos reivindicativos, os mais conformados), prática discriminatórias negativas (onde frequentemente o trabalho, para os "não eleitos" se torna verdadeiramente difícil, onde frequentemente barreiras são erguidas com o fito principal de forçar a desistência ou a falha" dos não eleitos")

Assim somos, cada vez mais confrontados nos locais de estágio/trabalho, com acções de *bullying* /provocação/intimidação, tal como na escola.

Pretendemos aqui analisar as acções de *bullying*/ provocação/ intimidação (Adams, 1992). Estamos a falar da percepção, por parte dos jovens trabalhadores sobretudo no início da sua vida activa, de uma ameaça, de uma tensão/perigo iminente, de um desenraizamento e alienação no espaço laboral provocada pela acção de *bullying*/ provocação/ intimidação, mais ou menos subtil, de um colega ou chefia.

Um jovem na sua transição para a vida activa, sujeito a situações de provocação/ intimidação que não consiga lidar com a situação, tem menos possibilidades de produzir trabalho de acordo com as suas capacidades, de desenvolver as suas capacidades, tem mais tendência ao absentismo, tem mais risco para a saúde e em geral é pouco feliz enquanto pessoa.

Revisão da literatura

A alienação no local de trabalho, à semelhança da alienação no espaço escolar (Downs & Rose, 1991), está relacionada com sentimentos de falta de motivação e de falta participação por parte dos trabalhadores. A alienação do local de trabalho, à semelhança da alienação no espaço escolar, aparece relacionada com absentismo, com um aumento de custos médicos por parte dos trabalhadores e com um aumento de comportamentos de risco para a saúde que incluem alcoolismo, consumo de drogas, acidentes de trabalho e de viação, suicídios.

Para além da uma aspiração humanista e do reconhecimento do direito do trabalhador à sua saúde ocupacional, a promoção da qualidade de vida laboral de um trabalhador tem ainda ganhos a nível da sua produtividade, da ausência de faltas, da diminuição de custos por doença seja esta doença diagnosticada seja ela subjectiva (percepção de mal-estar físico e psicológico). Tal como foi

abundantemente descrito para o meio escolar (Battistich & Hom, 1997), o afastamento provocado por uma alienação no espaço laboral favorece o isolamento pessoal e social dos trabalhadores e o risco para a saúde. Pelo contrário, um espaço laboral que leve a um sentimento de apoio, de reconhecimento pelas suas boas prestações, um sentimento de pertença e de participação real num projecto conjunto, facilita o desenvolvimento pessoal e social dos trabalhadores, o seu bem-estar e a sua saúde física e mental. É hoje amplamente reconhecido que há uma relação entre a possibilidade de que um trabalhador se sinta parte integrante de um grupo, seja aceite a nível pessoal e social e veja reconhecido o valor do seu trabalho, e a sua capacidade para trabalhar com qualidade e bem-estar pessoal, provocando também, adicionalmente, maiores ganhos no sistema onde se insere a actividade laboral.

Intimidação

Nos últimos anos muita literatura se tem produzido sobre o intimidação/ *bullying*, na escola (Sullivan, 2000; Matos & Carvalhosa 2001). Mais recentemente um procedimento semelhante foi identificado e têm vindo a ser sublinhado, no espaço laboral.

Ao entrar na literatura anglo-saxónica nesta área, há uma confrontação imediata com questões de terminologia e tradução. Assim, *bullying* não é opressão ou subjugação, termos que têm mais a ver com políticas governamentais, não é "abuso e maus tratos" que tem uma conotação de discriminação entre géneros, escalões etários e grupos étnicos, não é "assédio" que tem uma conotação claramente de violência sexual, não é "perseguição" que sugere maus tratos e violência por motivos ideológicos, religiosos ou políticos, não é "domínio", que fala da primazia de alguém sobre outro. Optou-se por intimidação, embora intimidação dê, em português, um realce demasiado à intenção de meter medo o que não é sempre o caso, como veremos. Ao entrar na literatura na área do intimidação/ *bullying* no local de trabalho, depara-se ainda com o problema da definição, já mais amplamente debatido e consensual na área do intimidação/ *bullying* no ambiente escolar (Olweus 1991). Assim de acordo com Rayner e Hoel (1997), intimidação/ *bullying* refere-se, em meio laboral ao facto de um trabalhador:

(a) ser repetidamente criticado ou posto em causa, em geral com uso de uma linguagem gritada e ofensiva, (b) ser vigiado de perto com o objectivo de controlo da sua acção no espaço laboral, (c) ter acesso a uma informação precária ou ambivalente que dificulta, lentifica ou mesmo impede uma boa prestação profissional, e que outras vezes dificulta a inserção social no espaço de trabalho, ridiculariza ou humilha o trabalhador.

É ainda considerado intimidação/ *bullying*:

(a) ignorar sistematicamente qualquer boa prestação ou reconhecimento público de um trabalhador, enquanto que rumores são céleres a espalhar notícias, distorcidas e descontextualizadas, ampliadas e ridicularizadas da mínima prestação menos boa, (b) ridicularizar ou ignorar sistematicamente opiniões de um trabalhador, (c) interromper sistematicamente o discurso usando uma maior altura de voz ou um tom intimidante, (d) estabelecer prazos impossíveis, introduzindo obstáculos na realização do trabalho para garantir o seu fracasso.

O trabalhador alvo de intimidação

O trabalhador alvo de intimidação vê-se numa situação insustentável, tendo dificuldades em concretizar "a queixa", mas que lhe azeda o dia-a-dia, perturba o vida para além do trabalho, dificulta o trabalho e tem consequências por vezes dramáticas para a saúde. As reclamações são difíceis de formular, dada a ambiguidade e fluidez das situações que, não fora o seu carácter sistemático, facilmente passariam por ocasionais. Mesmo a própria reclamação se faz seguir, nos casos em que consegue ocorrer, de um silêncio público e de uma ameaça privada, mais ou menos velada. Os colegas, em geral, não reagem, eles próprios com medo de represálias, eles próprios tentando encontrar justificações para a ocorrência, nos vários rumores que o intimidador muitas vezes faz circular para proteger a sua acção. Uma queixa formal é difícil dado o carácter em geral persistente e insidioso da intimidação. O poder do intimidador está mesmo aqui: consegue calar as pessoas com veladas alusões a represálias e, por outro lado, aliciando parceiros com privilégios.

Num recente estudo inglês (Beasley & Rayner 1997), constata-se que o fenómeno da intimidação em espaço profissional é frequente, mais de metade (53%) dos trabalhadores de um grupo empresarial revelou ter sido vítima de intimidação, 78% revelou ter presenciado cenas de intimidação. Dos indivíduos que referiram ser vítimas de intimidação, 80% referiram que o intimidador tinha funções de chefia.

O intimidador

Grande parte da intimidação está baseada na inveja pessoal. O intimidador tem em geral competências médias/baixas, e em geral tem a convicção profunda de que as suas competências são boas.

Qualquer trabalho de qualidade, uma popularidade entre colegas, um reconhecimento público, são tudo factos que o intimidador não suporta constatar na sua vítima e que o levam-no a persistir nas suas práticas intimidatórias, muitas vezes convencendo-se que a razão o assiste porque a sua vítima está a tentar apoderar-se do seu posto de trabalho. O intimidador conta mentiras, atira culpas, não confia, sente-se sempre ameaçado (Rayner & Hoel 1997). Um outro problema

nesta temática tem a ver com o facto do intimidador em geral usar um efeito de camaleão: o intimidador impressiona os seus parceiros, e com muito mais exuberância o seu superior, com os seus modos suaves, cordatos e sedutores. Os intimidadores são em geral descritos pelos patrões como indivíduos *charmosos*, cumpridores de tarefas rotineiras e fiéis, pelo que, quando este é o caso, são os mais frequentemente promovidos. São contudo descritos pelas suas vítimas como "sargentos nazis". Muitas vezes as vítimas fazem parte de um grupo inicial a quem os intimidadores tentaram cativar e neutralizar, mas em relação às quais, depois se começaram a sentir ameaçados e com urgência de defesa.

Muitas das vezes a intimidação é percebida pelo intimidador como um comportamento de defesa: o intimidador apresenta muitas vezes uma personalidade frágil e insegura, a precisar muito de reconhecimento e companhia, aliado a uma grande apetência ao poder pessoal e à progressão na carreira, mas por outro lado sem que demonstre capacidades profissionais correspondentes. A intimidação é, nestes casos, um bom recurso para subir na carreira uma vez que muitos patrões valorizam a fidelidade e docilidade que o intimidador típico demonstra. Contudo, a nível institucional, o comportamento do intimidador leva a uma cultura de controlo, privilegiando a intriga de bastidores, a comunicação opaca e a divisão entre colegas, o isolamento total das vítimas. Quando entretanto é promovido a chefia, o intimidador, leva os trabalhadores a uma situação sociolaboral disruptiva, a não ser capazes de funcionar como organização e a uma perigosa erosão da auto-estima e capacidade de iniciativa. O efeito da intimidação sobre trabalhadores singulares é ainda mais devastador: alienação do espaço laboral, isolamento, falta de concentração no trabalho, falta de rendimento no trabalho, esgotamento físico e mental, comportamentos aditivos, desemprego, reforma antecipada ou por outro lado em casos extremos, agressão ao intimidador. Em países com políticas sociais sólidas, e um forte empenho nos direitos dos indivíduos como a Suécia, a intimidação (*mobbing*) é já publicamente reconhecida, facilmente identificada no espaço de trabalho e punida por lei desde 1994 (Lei da discriminação no local do trabalho). Na Inglaterra e Estados Unidos a legislação é ambígua, tal com o próprio conceito de intimidação. Em Portugal a intimidação é mesmo algumas vezes valorizada. Os intimidadores aparecem, por vezes, como os heróis das empresas e instituições, os que são fiéis e dóceis às suas chefias, os que "vestem a camisola", aqueles que são capazes de tudo por uma boa causa, que os ponha bem vistos aos olhos dos parceiros ou, sobretudo, do patrão. Contrariamente ao que acontece com a intimidação em meio escolar (Sullivan, 2000), a intimidação no local de trabalho raramente tem a ver com agressão física, assumindo estas formas mais sofisticadas mas também de mais difícil identificação. Brodsk (1976) fala do intimidador como o manipulador para o poder e para o privilégio.

Estudo de caso (Lockart 1997, adaptado.)

K. está nos seus 20 e tal anos. Tinha um lugar já com alguma relevância numa instituição onde se formou e agora trabalha, que considera “sua” e onde se esgota a sua experiência laboral. Os colegas seus amigos, descrevem-no como afável, de fácil trato e maneiras sedutoras. Em grupo apresenta argumentos sempre baseados em posições profissionais. Diz coisas do género “para bem da Instituição...”, diz sempre “dou-te o meu apoio” e “sabes como eu sou, a minha porta está sempre aberta”. O seu chefe acha-o muito eficiente, charmoso, criativo e disponível. Porém, para o grupo alargado de colegas de trabalho, é considerado um “intimidador psicopata”, cheio de vontade de subir na carreira, seja a que custo for.

K. procura a ajuda de colegas, na maioria mulheres e, numa primeira fase até as incentiva e valoriza pelo seu trabalho. Logo que a situação de colaboração estabiliza começa a criticar o seu trabalho, a dizer-lhes que a qualidade do seu trabalho se vem deteriorando. K. passa em seguida de críticas e alusões profissionais, a reparos sobre estes trabalhadores como pessoas, reparos que “difunde” na empresa, com a devida distorção e amplificação, certificando-se de que estes rumores chegam às chefias, sempre como que por acaso, ou mesmo apensos a uma preocupação que K. tem para com esses trabalhadores. Os trabalhadores começam a ficar desorientados e confusos. K. aumenta a pressão da hostilidade, com confrontações e gritos frequentes, interrupções sistemáticas às falas dos “opositores” e ainda alusões subtis a represálias. K. paradoxalmente, propõe um conselho de ética na sua instituição... e, ainda mais paradoxalmente, K. passa a usar o vocábulo “ética” vezes sem conta no decorrer do seu discurso, como se procurasse certificar-se que pelo menos em “nome” há ética... Ainda mais paradoxalmente, K. em tudo e todos passa a ver falta de “ética”, atropelos à “ética”, apelos à “ética”, chegando mesmo a oferecer-se altruisticamente para vigiar e controlar a “ética” dos colegas de trabalho (reportando regularmente à chefia, com a devida adaptação, os atropelos à “ética” por parte dos colegas). Numa autêntica missão de “cruzado”, K. passa a arvorar-se no modelo “ético” a seguir e, como corolário persegue “os outros”, pela sua falta de “ética”, prestando-se a esta actividade com carácter de missão. Esta missão é sistematicamente acompanhada de um exagero comportamental e emocional, atemorizador para alguns dos trabalhadores e onde eles nunca conseguem fazer-se ouvir. Paralelamente, sugere com subtileza ofertas de privilégios ao um pequeno grupo de trabalhadores seus amigos, que o apoia na sua cruzada (...) e, por sua vez, ele próprio aguarda adulator, “favores” das chefias pelo controlo do “bom nome da empresa”. Alguns trabalhadores entram em baixa prolongada por doença.

Neste caso (Lockart 1997, adapt.) a situação é identificada pelo recém nomeado

chefe e K. é temporariamente afastado e submete-se a uma intervenção psicoterapêutica para aumento do seu controlo da ira, aumento da sua competência de comunicação interpessoal e de gestão do seu stress. Mas estes "happy-end" estão longe de ser a regra.

Práticas preventivas

A nível da saúde ocupacional alguns autores (Beasley & Rayner 1997) defendem uma acção pedagógica no espaço laboral, com vista a que estas situações sejam publicamente reconhecidas e denunciadas de modo que, atempadamente, se tomem medidas que impeçam a discriminação lesiva dos trabalhadores, com as consequências já referidas.

Em Portugal estamos muito longe deste cenário nórdico e algumas populações especiais como por exemplo mulheres, pessoas com doença crónica, pessoas com deficiência, pessoas com empregos precários, pessoas idosas, pessoas com passado percebido como de "estigma"(p.e. ex-toxicodependentes ou ex-delinquentes), pessoas pertencentes a grupos minoritários, pessoas em empregos muito competitivos, estão especialmente vulneráveis a estes intimidadores. Por exemplo, voltando ao nosso estudo de caso, se fosse em Portugal K. chegaria provavelmente à chefia da empresa, a Segurança Social pagaria as baixas prolongadas dos trabalhadores, os trabalhadores ficariam tristes e doentes, com um mal-estar grande que eles provavelmente nem iam conseguirem reconhecer.

A importância do reconhecimento destas situações tem uma repercussão fundamental na formação pessoal e profissional: os futuros trabalhadores, para além da aprendizagem de competências profissionais, podem ser ajudados a reconhecer e agir em situações em que são alvos de intimidação (Beasley & Rayner 1997), e a reconhecer situações de intimidação face a colegas de trabalho de modo a poder ajudá-los, sem medo. Módulos de formação incluindo componentes como a comunicação interpessoal, a identificação e solução de problemas e gestão de conflitos, as competências de relacionamento interpessoal com especial incidência na "assertividade" e na "reacção à injustiça e à provocação" poderão facilmente ser incluídas em qualquer programa de desenvolvimento de competências pessoais e sociais (Matos 1993, Matos & Simões 1994, Matos 1997, Matos, Simões & Carvalhosa 2000). Deste modo, também os intimidadores poderão, durante a sua formação, reconhecer o seu estilo relacional e reflectir sobre alternativas comportamentais de gestão de carreira menos lesivas dos direitos dos outros trabalhadores ou, no mínimo, reconhecer que o comportamento que exibem é lesivo da saúde, bem-estar e realização profissional dos outros trabalhadores, para além de ser punido por lei em alguns países da Europa Comunitária, há quase uma década.

Referências

- Adams,A. (1992) *Bullying at work:How to confront and overcome it*, Virago:Londres
- Battistich, V., & Hom, A. (1997). The relationship between students' sense of their school as a community and their involvement in problem behaviors. *American Journal of Public Health*, 87 (12), 1997-2001.
- Beasley,J,Rayner,C (1997) *Bullying at work*, *Journal of Community & Applied Social Psychology*,7,177-180
- Brodsky,C,(1976) *The harrassed worker*,Lexington Books,Toronto
- Downs, W. R., & Rose, S. R. (1991). The relationship of adolescent peer groups to the incidence of psychosocial problems. *Adolescence*, 26 (101), 473-492.
- Lockhart,K (1997) *Experience from a Staff Support Service*, *Journal of Community & Applied Social Psychology*,7,193-198
- Matos, M, G (1993) *Perturbações do comportamento social*, Tese de doutoramento, FMH/UTL, Lisboa
- Matos, M, G (1997). *Comunicação e gestão de conflitos na escola*. Lisboa: FMH.
- Matos, M, G, & Simões, C. (1994). *Le corps et la communication interpersonelle*. *Evolutions Psychomotrices*, 6 (26), 52-55.
- Matos, M, G, Simões, C., & Carvalhosa, S. (2000). *Desenvolvimento de competências de vida na prevenção do desajustamento social*. Lisboa: FMH/IRS.
- Matos, M,Carvalhosa,S (2001) *Violência na escola: as vítimas, os provocadores e os outros*, FMH, GPT/CMLisboa, PEPT Saúde, Lisboa
- Olweus, D (1991)"Bully/victim problems among schoolchildren", in I.Rubin and D.Pepler (eds) *The development and treatment of Childhood aggression*;pp411-447.Erlbaum,Hillsdalee, NJ
- Reyner,C,Hoel,H (1997) *A summary review of literature relating to workplace bullying*, *Journal of Community & Applied Social Psychology*,7,181-191
- Sullivan,K., (2000) *The anti-bullying handbook*, Oxford University press, Auckland

Saúde dos adolescentes migrantes

Tania Gaspar, Margarida Gaspar de Matos, Aldina Gonçalves & Vitor Ramos

Introdução

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. Entre os factores que determinam os estilos de vida surge a desigualdade entre países e entre indivíduos dentro de cada país. Os indivíduos e países social e economicamente privilegiados têm uma maior gama de escolhas na procura de um estilo de vida saudável, enquanto que outros debatem-se com questões fundamentais da existência, sobrevivência e direitos humanos. A pobreza limita o espectro dos estilos de vida acessíveis e está intimamente ligada à saúde (Matos et al, 2003). O reduzido nível económico e educacional dos pais condiciona o rendimento escolar das crianças e dos adolescentes na escola. Aqui entram ainda outros factores como a falta de domínio do português falado e escrito e o desfasamento dos valores veiculados na escola em relação aos das suas culturas de origem. Os sujeitos com nível sócio-económico baixo (onde se situam muitos sujeitos de origem africana) apresentam fracasso escolar e representações negativas da escola, desistência precoce perante o fracasso, desresponsabilização pelos resultados da realização, sentimentos de desânimo e "abandono aprendido". As comunidades de migrantes enfrentam sérios obstáculos à completa integração social (sobretudo os mais jovens) uma vez que crescem entre dois padrões culturais e sociais distintos. Esta experiência é potencialmente geradora de conflitos no processo de construção de uma identidade social positiva (Martins & Silva, 2000). As famílias de migrantes lidam com inúmeros constrangimentos que condicionam a sua capacidade de afirmação cultural. Os jovens de origem africana apresentam características associadas aos estilos de vida que envolvem risco, tais como a proveniência de famílias com baixo nível sócio-económico e educacional, e de famílias mono-parentais e são sujeitos a pressões específicas como a aculturação, a discriminação, o racismo, o desenraizamento, a intolerância, o preconceito (Frasquilho, 1996). A saúde dos grupos minoritários é geralmente pobre, identificando-se vários factores associados: práticas sociais de racismo e discriminação, estatuto sócio-económico baixo, etno-centrismo dos serviços de saúde e de educação, diferentes comportamentos protectores da saúde dependentes da cultura e de diferentes normas sociais e expectativas, diferenças na rapidez de reconhecimento dos sintomas, diferenças na acessibilidade aos

serviços de saúde, stress social e menor controlo pessoal. A democratização do ensino implica que a escola garanta a igualdade de oportunidades para todos os alunos, sendo necessário para tal a definição de respostas diferenciadas em função das necessidades específicas de cada um e atendendo aos seus antecedentes sociais e culturais. A gestão das diferenças exige um modelo de cooperação entre os actores implicados: pais, escola, pares e a comunidade, (Monteiro, 2000). Com uma população estudantil de grande heterogeneidade cultural e linguística, a escola terá de assumir um papel fundamental na democratização, sendo o garante da igualdade de oportunidades ao favorecer a integração de jovens oriundos de grupos minoritários, valorizando a diferença e promovendo o desenvolvimento pessoal e social dos alunos. Diversas investigações efectuadas nos EUA, em vários sub-grupos étnico-culturais diferenciados, revelam padrões mais elevados de comportamentos de risco, tais como consumo de álcool e drogas, comportamentos de violência e insucesso escolar em jovens com antecedentes africanos, (Patterson & Kupersmidt, 1990; Arbona & al., 1999). Por outro lado, são estes jovens africanos que se percebem mais sós e que apresentam uma menor auto-estima, sendo mais rejeitados pelos pares. Perante este cenário, parece-nos fundamental o conhecimento e a compreensão da realidade psicossocial do quotidiano dos jovens de diversas nacionalidades que vivem no nosso país, de modo a identificar características, necessidades, factores ligados ao risco e à protecção, de modo a identificar áreas de intervenção urgente, mantendo sempre presente que quer o processo, quer o conteúdo das intervenções, têm de ser objectivados de acordo com as necessidades específicas e experiências culturais de cada grupo. Estudaremos aqui os comportamentos ligados à saúde e ao risco nos jovens estrangeiros de origem africana que vivem em Portugal.

Estudo quantitativo

O HBSC/OMS (*Health Behaviour in School-aged Children*) é um estudo colaborativo da Organização Mundial de Saúde, que pretende estudar os estilos de vida dos adolescentes e os seus comportamentos nos vários cenários das suas vidas. Os aspectos da saúde relacionados com os estilos de vida, especialmente os comportamentos, são o seu principal interesse que engloba, ainda, os aspectos do contexto social como a estrutura familiar, a relação com os pares, as condições demográficas e o estatuto sócio-económico, de forma a compreender o abrangente contexto social da saúde. Os comportamentos de saúde são compreendidos num contexto estrutural, cultural, social e de factores psicológicos. Como base de trabalho para a intervenção na Escola, no âmbito da promoção e educação para a saúde, é útil definir o "estado da arte" dos conhecimentos científicos nesta área, antes de poder partir para uma intervenção "informada" ou baseada na investigação. Daí, a importância de estudos como o HBSC/OMS (Currie,

Hurrelmann, Settertobulte, Smith & Todd, 2000; Matos et al 2003), que visam a compreensão dos comportamentos dos jovens ligados ao risco ou à saúde, do entendimento do que é por parte deles a saúde, dos seus estilos de vida e das suas interacções com cenários envolventes relevantes (a escola, a família, os pares, as estruturas comunitárias), e que monitorizem a evolução deste conhecimento através da actualização periódica do estudo. Portugal participou nos últimos três estudos conduzidos em 1996 (Matos, Simões & Canha, 1999; Matos, Simões, Canha & Fonseca, 2000), em 1998 (Matos, Simões, Carvalhosa, Reis & Canha 2000) e em 2002 (Matos et al. 2003). O HBSC estima prevalências (“quantos adolescentes fumam?” p.e.), estima comparações entre grupos (como se distribuem os resultados pelo género, pela região do país, pela idade, pela nacionalidade, pelo sucesso escolar, pela existência de uma condição de doença ou deficiência p.e.), e estuda associações entre variáveis (o consumo do álcool, de tabaco e de drogas estão associados entre si e ainda associados à provocação na escola, p.e.). A amostra nacional de 2002 (Matos et al. 2003), foi constituída por 6131 adolescentes, com uma média de idade de 14 anos, frequentando os 6º, 8º e 10º anos de escolaridade do ensino público oficial, em Portugal Continental. É aproximadamente igual o número de rapazes e raparigas (49% de rapazes). Os adolescentes ficaram distribuídos proporcionalmente pelas 5 regiões educativas do Continente (Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo, Algarve). A amostra foi em ambos os estudos aleatória e teve representatividade nacional para os jovens que frequentavam os graus de ensino seleccionados, no ensino oficial. Em ambos os estudos a unidade de análise foi a “turma”. Os questionários foram preenchidos na sala de aula, voluntária e anonimamente.

Tabela 1 – Diferenças entre portugueses e estrangeiros/africanos

N Total = 5631	Português % (N=5499/97 .7%)	Estrang/African o % (N=132/2.3%)	Qui-quadrado
CONSUMOS			
Embriagar-se (2 ou + x)	11.9%	21.9%	11.70**
Experimentar haxixe	8.6%	14.7%	5.21*
Consumir drogas (1 vez + último mês)	5.9%	18.5%	31.44**
VIOLENCIA			
Provocar (2/3 x/sem)	9.8%	20.8%	16.68**
Andar com armas último mês	9.3%	21.7%	22.48**
ESCOLA			
Repetente (2 ou mais anos)	9.9%	34.8%	85.08**

Sozinho na escola (+ de 1x/sem)	26.3%	34.9%	4.74*
FAMILIA			
Comunicação fácil com a mãe	82.9%	71.4%	10.02**
Família nuclear	84.2%	56.2%	60.60**
Agregado fam. mudou nos últimos 5 anos	12.3%	31.7%	39.40**
ALIMENTAÇÃO			
Consumir cola/refrigerantes diariamente	33.7%	50.8%	16.37**
Cons. Hamburgueres diariamente	9.4%	21.6%	20.81**
BEM-ESTAR			
Sentir-se infeliz	16.5%	28.5%	12.41**
RISCO SEXUAL			
Prática de relações sexuais	13.0%	31.1%	38.95**
Não uso de preservativo	6.1%	26.3%	63.71**
Rel. sexuais com drogas/álcool	2.7%	7.6%	6.71*
LAZER			
Ver TV FdSemana 4h ou +	56.2%	65.2%	4.17*

* $p < 0.05$; ** $p < 0.01$

O conjunto de adolescentes que respondeu ao questionário HBSC "Aventura Social & Saúde" em Março de 2002, na sua grande maioria, é constituído por jovens de nacionalidade portuguesa (6.5% são estrangeiros dos quais 2.3% provenientes de Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa). A profissão dos pais, na maior parte dos casos situou-se no nível sócio-económico médio-baixo. Relativamente ao nível de instrução, grande parte dos pais estudou até ao primeiro ciclo (quatro anos de escolaridade).

Resultados descritivos do estudo HBSC 2002 (Matos et al., 2003), em relação aos comportamentos dos adolescentes ligados à saúde e ao risco, na comparação entre adolescentes portugueses e africanos (sem nacionalidade Portuguesa) referem que: (1) os jovens africanos em Portugal apresentam mais consumos (drogas e álcool em excesso), maior envolvimento em actos de violência, (2) têm mais frequentemente uma relação problemática na escola, com insucesso escolar e sensação de isolamento na escola, (3) têm frequentemente uma relação mais problemática com a família (comunicação menos fácil com a mãe, famílias menos frequentemente nucleares ou agregados com maior mobilidade), (4) têm frequentemente uma alimentação menos saudável, (5) têm mais frequentemente sentimentos de infelicidade, (6) têm relações sexuais mais frequentemente, mais

frequentemente sem protecção e sob efeito de álcool ou drogas, (7) vêm mais televisão. No entanto, sublinhando a importância da variável estatuto sócio-económico, se esta mesma análise for feita separadamente para grupos de classe social mais baixa (4 e 5 da Graffar/ profissão do pai) e grupos de classe social mais alta (1, 2 e 3 da Graffar/profissão do pai) dentro de cada nacionalidade, verificamos que a maior parte das diferenças se atenuam, se anulam ou apenas são válidas para os jovens (de ambas as nacionalidades) de estatuto sócio-económico mais desfavorecido.

Tabela 2- Diferenças entre portugueses e estrangeiros/africanos e estatuto sócio-económico

N Total = 4748	ESE baixo (n=2929), 61.7%			ESE médio/alto (n=1819), 38.3%		
	Português (2879)	Africano (50)	Qui quadrado	Português (1780)	Africano (39)	Qui quadrado
CONSUMOS						
Embrigar-se (2 ou + x)	12%	24.5%	7.00**	10.7%	23.7%	6.39*
Experimentar haxixe	7.4%	23.3%	15.17**	10%	15.2%	.955
Consumir drogas (1 vez + último mês)	5.1%	21.7%	24.9**	7.1%	11.8%	1.09*
VIOLENCIA						
Provocador (2/3 x/sem)	9.9%	20.8%	6.19*	8.6%	12.8%	.87
Andar com armas último mês	9.3%	31.3%	25.95**	8.8%	10.5%	.142
ESCOLA						
Repetente (2 ou mais anos)	11.4%	34%	24.17**	5.2%	33.3%	54.94**
Sozinho na escola (+ de 1x/sem)	27.3%	30.4%	.228	22.6%	42.1%	8.03*
FAMILIA						
Comunicação fácil com a mãe	83.8%	73.2%	3.32	82.7%	77.1%	.746
Família nuclear	89.6%	75.6%	14.8**	87.2%	51.5%	34**
Agreg fam. mudou nos últimos 5 anos	11.1%	21.4%	4.46*	12.7%	32.4%	12.45**
ALIMENTAÇÃO						
Consumir cola/refrigerantes diariamente	35.8%	50%	4.29*	28.5%	52.6%	10.49**

Cons. Hamburgueres diariamente	10.4%	20.0%	4.35*	7.3%	21.1%	9.97*
BEM-ESTAR						
Sentir-se infeliz	15.6%	28.9%	5.90*	14.3%	20.5%	1.20
RISCO SEXUAL						
Prática de relações sexuais	12.6%	38%	32.01**	12.2%	23.1%	5.03
Não uso preservativo	5.7%	32.1%	44.97**	4.9%	24%	17.6*
Rel. sexuais com drogas/álcool	2.2%	14.3%	17.32**	2.3%	0%	.600
LAZER						
Ver TV FdeSemana 4h ou +	57.5%	64%	.845	55.5%	71.8%	4.12*

* p<0.05; ** p<0.01

De salientar porém que os jovens com maior estatuto sócio-económico são responsáveis pelo maior consumo de "fast food" (colas, refrigerantes e hamburgueres) e ainda a um maior consumo de televisão. Este resultado sugere que a vantagem socioeconómica nem sempre se faz pela adopção das facetas mais favoráveis ou mais saudáveis da cultura local. Estes resultados sugerem ainda (Berry et al., cit Neto, 2003), que das estratégias de convívio com a comunidade local, os adolescentes de baixo estatuto económico utilizam mais uma de marginalização (provocação e porte de arma) e os adolescentes de mais elevado estatuto sócio-económico uma de isolamento (sozinho na escola, ver TV)

Estudo qualitativo – grupos de discussão focados em temas ("focus group")

Para entender os resultados no seu vivido quotidiano, foram estes aprofundados através de uma metodologia qualitativa junto de jovens migrantes africanos em Portugal. A recolha de dados foi realizada através dum procedimento denominado "grupo focal". Um grupo focal é um grupo de discussão centrado num tema, uma entrevista semi-estruturada, que envolve uma discussão e que utiliza respostas simultâneas no sentido de obter informação sobre determinado assunto ("foco"). O objectivo é chegar perto das opiniões, crenças, valores, discurso e compreensão dos participantes sobre o assunto da investigação, partindo do princípio que toda a informação dada pelos participantes é válida. Neste projecto o objectivo principal do "grupo focal" é a produção de diferentes pontos de vista e opiniões sobre "a vivência da pertença a uma cultura estrangeira", a partir da perspectiva dos adolescentes, deixando-os explorar estas ideias de modo mais profundo.

Foram realizados dois grupos focais: um constituído por 6 elementos (2 raparigas

e 4 rapazes) com idades compreendidas entre os 13 e 17 anos, e outro constituído por 4 elementos (2 raparigas e 2 rapazes) com idades compreendidas ente os 15 e 17 anos. Sete destes jovens não vivem com o pai (3 pais faleceram e 4 saíram de casa após divórcio). Todos têm irmãos (entre 2 a 6 irmãos). Dos jovens participantes, cerca de metade estão em Portugal desde muito pequenos e outros há 1 ou 2 anos. De um modo geral, os jovens referem alterações no agregado familiar nos últimos tempos: "O meu pai saiu quando houve o divórcio", "O meu irmão foi para uma casa aqui do bairro com a mulher", "a minha irmã foi viver com um homem", "A minha avó veio de África e está a viver connosco". Os dados provenientes dos grupos de discussão foram alvo de uma análise de conteúdo: definição de categorias, codificação e registo da frequência com que cada categoria ocorreu. Foram criadas categorias *a priori*, embora tenham emergido novas categorias na análise posterior das transcrições das discussões nos grupos. As categorias pré-estabelecidas foram baseadas nos dados do estudo do HBSC/OMS 2002 e numa revisão de literatura. A análise de conteúdo baseou-se nas transcrições das discussões dos adolescentes participantes nos "grupos focais". A partir do discurso dos participantes foram ainda registados exemplos ilustrativos das categorias pré-estabelecidas. Em síntese, as discussões alargadas permitiram uma compreensão de vários temas:

Lazer: nos seus tempos livres, os jovens preferem estar com os amigos. Os rapazes referem mais vezes a companhia dos amigos na rua, e as raparigas com as amigas em casa na conversa ou a ver TV. Tanto rapazes como raparigas referem, nos seus tempos livres, a prática de desporto ou ficar em casa sozinhos, a ver TV ou sem nada fazer. "*Vamos jogar futebol; Quando está menos calor vamos para o campo de basquete; Jogamos todos juntos (rapazes e raparigas)*" "*Fico em casa a ver telenovelas (mais frequente nas raparigas); a ouvir música, ou sem fazer nada*"

Violência: quando questionados sobre a violência todos referem que alguns jovens usam armas (facas e pressões de ar), referindo ainda diversos actos de vandalismo, tais como pintura de paredes com *grafittis*, quebra de janelas das lojas e estrago de jardins. Para a maioria dos jovens participantes a polícia tem uma conotação negativa: "*só aparece para fazer rugas ou quando há tiroteios*". Foi referido pelos jovens que seria melhor a integração da polícia no bairro, passando a estar mais vezes presente e não só em casos pontuais. "*Alguns usam armas; Andam com pressões de ar; muitos têm facas e quando há brigas alguns levam umas facadas* ", "*Pintam as paredes com grafites; partem as janelas das lojas, não têm mais que fazer*".

Escola: os jovens referem que não passam tempo na escola depois das aulas e que se sentem um pouco discriminados na escola por ser "do bairro". De um modo geral consideram a escola um lugar inseguro, onde existem muito roubos. "*Não*

passo muito tempo na escola depois das aulas, venho para casa; “para o ano vou deixar a escola e trabalhar”; “sentimo-nos um pouco discriminados na escola por sermos do bairro, mais ao princípio”

Amigos: os jovens referem que as suas amizades são geralmente pessoas do bairro, mesmo na escola passam mais tempo com pessoas do bairro. Referem, ainda que tentam promover boas relações com jovens de outros bairros, mas existem certos jovens que boicotam esse processo, levando a rivalidades e a más relações. Verificou-se que muitos dos amigos são familiares próximos (irmãos, primos, etc.). *“Na escola os amigos são quase todos do bairro; alguns amigos do bairro são amigos na escola mas aqui no bairro nem se falam, especialmente as raparigas; “Por vezes fazemos intercâmbio com outros bairros; Eles vêm cá ou nós vamos lá e há festas e tudo isso, para mostrar o que somos”*

Risco sexual: os jovens concordam que os adolescentes têm a primeira experiência sexual por volta dos 14 anos e que não falam com os pais sobre estes temas pois ainda é tabu. Os amigos são a sua maior fonte informação. *“A virgindade perde-se em média aos 14 anos”; “Não falamos com os pais, sabemos as coisas a conversar com os amigos” (todos concordam) “ Os pais avisam para não engravidar e isso; Na cultura africana falarmos pouco dessas coisas é um pouco tabu; Usa-se o preservativo, mas só às vezes”*

Consumos: dos jovens presentes, apenas um refere que fuma embora todos considerem que a maioria dos jovens fuma e que o consumo de tabaco por parte das raparigas está a aumentar. Em relação ao consumo de álcool, nenhum refere consumo regular de álcool ou drogas. Concordam que são os mais velhos quem mais consome tabaco e álcool e que a droga (haxixe) se limita a grupos restritos. *“Eu não fumo, mas vêem-se muito jovens a fumar e as raparigas estão a fumar mais; São mais os que fumam do que os que não fumam”; “Eu bebo às vezes uma cerveja; Bebedeira não; Temos é um grande problema com os adultos, há muitos que passam o dia a beber”; “De um modo geral não há problemas de droga aqui no bairro; Alguns fumam haxixe; Nota-se pelo cheiro no prédio”*

Família: a maioria dos adolescentes não vive com o pai, todos referem um agregado familiar bastante alargado, constituído por diversos irmãos e em alguns casos pelas avós. De um modo geral os jovens referem alterações no agregado familiar nos últimos tempos. Apresentam uma fraca ou inexistente comunicação com o pai. Em relação à mãe, referem que passam pouco tempo com ela por estar muito tempo ausente de casa a trabalhar. Ao mesmo tempo verbalizam uma preocupação da mãe com o seu bem-estar. *“Não falo sobre esses assuntos (sexualidade) com o meu pai; Não o vemos muito”; “As mães em geral trabalham muito, são mais os jovens que pensam por si”.*

Comunidade: quanto ao processo de inclusão social, de um modo geral, referem saudades de África e que gostariam de voltar para visitar a terra e os familiares

que lá ficaram. Todos referem, de um modo ou outro, problemas de adaptação: uns querem participar activamente numa boa integração nesta nova cultura, outros dizem querer deixar o país. Quanto ao processo de aculturação dos pais, os jovens referem que eles lutaram muito para conseguir a legalização, habitação e emprego. Referem uma constante luta contra a discriminação e a exclusão. Mostram-se insatisfeitos com o processo de realojamento (em 2000, 3 anos antes deste grupo de discussão) com a falta de condições das habitações, a falta de espaços verdes e de espaços para os jovens, a falta de um Centro de Saúde e de uma escola próximos. Referem que as pessoas do Bairro são discriminadas e estigmatizadas e que existem guerras/disputas com outros Bairros. Alguns dos jovens dizem que pertencem a grupos que promovem partilha e trocas culturais com outros Bairros, permitindo diminuir a estigmatização e a exclusão social e conhecer e dar a conhecer experiências e culturas. *“Cheguei a Portugal há um ano (16 anos) e estou com problemas de equivalência com os estudos; Eu vim há já 12 anos, tinha 3 anos (15 anos) quero ficar cá, ajudar o bairro a ser reconhecido, vou para monitora dos jovens; Os meus pais mandaram-me vir há 2 anos (16 anos), não estou a gostar mas também não quero voltar, não sei”* *“Eu lembro-me que os meus pais lutaram muito; O meu pai veio primeiro e depois é que viemos nós”* *“As casas são más; As paredes ficam todas pretas da humidade; Faltam espaços verdes”*

Conclusões e recomendações

A educação para a saúde não se pode limitar à adopção de uma abordagem de cariz informativo. As acções educativas têm de ser integradas num contexto mais vasto de promoção da saúde. Os jovens devem estar informados, poder tomar decisões e responsabilizar-se pela sua saúde, devendo ser competentes para adoptar estilos de vida saudáveis e para transformar o seu envolvimento físico e social de modo a favorecer um estilo de vida saudável, permitindo uma acessibilidade fácil, socialmente valorizada e duradoura.

A educação para a saúde nas escolas portuguesas pode desenvolver-se no sentido de ir ao encontro das necessidades dos jovens, incluindo “actores” tais como os pais e os “pares”; incluindo “cenários” tais como a comunidade e a optimização dos tempos de lazer saudável, e ajudando a “elevar” os estilos de vida saudáveis a um “estatuto de prestígio”; incluindo temáticas tais como a promoção de competências de comunicação interpessoal, competências de identificação e gestão de emoções, competências de identificação e resolução de problemas, a promoção da assertividade e da resiliência nos jovens, em síntese ajudando os jovens a tomar decisões, a participar na vida social, mantendo opções pró-sociais e saudáveis (Matos 1998; Matos, Simões & Carvalhosa, 2000). O risco aparece actualmente, não só através de escolhas de vida pessoais prejudiciais para a saúde,

mas também através de uma cultura do tipo "porque não?", "não tenho nada a perder?". Os jovens sublinham a falta de alternativas. Sugere-se uma intervenção preferencialmente preventiva, com ênfase no envolvimento e participação dos adolescentes no âmbito da comunidade, nos contextos mais frequentados pelos adolescentes: escola, centros de juventude, centros de saúde, na família, entre outros.

Para a elaboração esclarecida de programas de intervenção na comunidade, que promovam os comportamentos de saúde e apoiem a implementação e manutenção de estilos de vida saudáveis a nível comunitário, tendo em conta as diferenças sócio-culturais, é necessário partir de um estudo prévio, para conhecimento da situação real actual, antes de partir para uma intervenção "informada" (baseada numa investigação prévia). O presente estudo sugere a desigualdade económica como o maior factor de desequilíbrio para a saúde, e não o estatuto de "*estrangeiro oriundo de África*", como inicialmente poderia parecer. Contudo, como não está no nosso âmbito uma alteração de substância a este nível, continuarão a ser realizadas intervenções centradas no jovem, na escola, na família e na comunidade, embora esta compreensão deva entrar em linha de conta no processo de estruturação de programas de intervenção.

A escola e o tempo de lazer parecem um bom ponto de partida para a promoção da saúde entre-culturas, assim como as alternativas de vida, a procura de prazer e de bem-estar. A intervenção poderá ter o foco, por um lado, na interacção entre-culturas, por outro lado, nas alternativas ou seja, a forma de ajudar os adolescentes na procura de modos alternativos de lidar com a ansiedade, com o stress, com a depressão, com o tédio, no relacionamento com o outro género, bem como com os desafios da vida em geral, sem recurso a comportamentos desajustados de externalização: consumo de substâncias (tabaco, álcool e drogas) e violência, ou a comportamentos de internalização (depressão, sintomas físicos, ansiedade).

São, entre outros argumentos, estes factos que dão origem à adopção de estratégias participativas e promotoras de competências, na promoção de estilos de vida saudáveis activos (Matos, 1998; Matos, Simões & Carvalhosa 2000). A promoção de competências pessoais e sociais pode constituir uma estratégia para a construção de alternativas e de formas de lidar com os desafios mais adequadas, sobretudo em situações onde os factores sociais, económicos e ambientais podem constituir factores ligados ao risco.

Propõem-se programas de promoção de competências pessoais e sociais que ajudem os jovens a manter-se informados, bem como a identificar e resolver problemas, gerir conflitos interpessoais, otimizar a sua comunicação interpessoal, defender os seus direitos, resistir à pressão de pares, identificar e gerir emoções, e assim otimizar a escolha e manutenção de um estilo de vida saudável.

Referências

- Arbona, C.; Jackson, R.; McCoy, A. & Blakely (1999). Ethnic Identity as a predictor of attitudes of adolescents toward fighting. *Journal of Early Adolescence*, 19(3), 323-340.
- Currie, C., Hurrelmann, K., Settertobulte, W., Smith, R., & Todd, J. (2000). Health and health behaviour among young people. HEPCA series: World Health Organization.
- Frasquilho, M. (1996). Comportamentos-problema em adolescentes: factores protectores e educação para a saúde: o caso da toxicodependência. Lisboa: Laborterapia.
- Matos, M. (1998). Comunicação e Gestão de Conflitos na Escola. Lisboa: Edições FMH
- Matos, M. et al. (2003). A saúde dos adolescentes portugueses (4 anos depois), Lisboa: FCT/CNLCSIDA/FMH/IHMT.
- Matos, M., Gaspar, T., Vitoria, P., & Clemente, M. (2003). Adolescentes e o tabaco: Rapazes e raparigas, Lisboa: FMH, CPT, MS.
- Matos, M., & Santos, T. (2002). Gender and smoking in young people in Portugal. In M. Lambert, A. Hublet, P. Verduyck, L. Maes, & S. Broucke (Eds.). Gender differences in smoking in young people. Brussels: Flemish Institute for Health Promotion, ENYPAT, ECC.
- Matos, M., Simões, C., & Canha, L. (1999). Saúde e estilos de vida em jovens portugueses em idade escolar. In L. Sardinha, M. Matos, & I. Loureiro (Eds.). Promoção da saúde: modelos e práticas de intervenção nos âmbitos da actividade Física, nutrição e tabagismo (pp. 217-240). Lisboa: Edições FMH.
- Matos, M.; Simões, C.; Canha, L.; & Fonseca, S. (2000). Saúde e estilos de vida nos jovens portugueses. Lisboa: FMH/PPES.
- Matos, M., Simões, C., & Carvalhosa, S. (2000). Desenvolvimento de Competências de Vida na Prevenção do Desajustamento Social, Lisboa: FMH/IRS-MJ.
- Matos, M., Simões, C., Carvalhosa, S., Reis, C., & Canha, L. (2000). A Saúde dos Adolescentes Portugueses. Lisboa: FMH/PEPT-Saúde.
- Martins, E. & Silva, J. (2000). Cultura(s) e diversidade, in J.Ornelas, S. Maria ed. (2000), *Diversidade e Multiculturalidade*, Lisboa: ISPA
- Monteiro, S. (2000). Direito à cultura. *Diversidade e Multiculturalidade*, in J.Ornelas, S. Maria ed. (2000), Lisboa: ISPA.
- Neto, F. (2003). *Estudos de Psicologia Intercultural: Nós e Outros*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Patterson, C.; Kupersmidt, J. & Vaden, N. (1990). Income level, gender, ethnicity

and household composition as predictors of children's school-based competence. *Child Development*, 61, 485-494.

Teixeira, J. (2000). Contextos sociais e culturais em psicologia da saúde in J.Ornelas, S. Maria ed. (2000), *Diversidade e Multiculturalidade*, Lisboa: ISPA

Saúde dos adolescentes: diferenças ligadas ao género

Tania Gaspar & Margarida Gaspar de Matos

Introdução

A adolescência é um período de desenvolvimento com rápidas alterações físicas, psicológicas, sócio-culturais e cognitivas caracterizadas por esforços para o confronto e a superação de desafios e para o estabelecimento de uma identidade e autonomia (DiClemente, Hansen & Ponton, 1996). O processo básico do desenvolvimento do adolescente envolve mudanças nas relações entre o indivíduo e os múltiplos níveis do contexto em que se encontra. Variações na existência e no ritmo das relações promovem uma grande diversidade na adolescência e representam factores de risco ou protectores através deste período de vida (Carvalho, 1990; Matos, 1998; Lerner & Thompson, 2002). Green & Pope (2000) tenta isolar factores que influenciam a escolha de comportamentos ligados à saúde, passíveis de ser modificados por intervenções pedagógicas: factores predisponentes relacionados com o indivíduo, o seu sistema de valores, crenças e motivações, factores relacionados com as características individuais (género, idade) e factores relacionados com o contexto (crenças, normas e atitudes de grupo). Green defende, que a utilização de estratégias centradas nestes três factores potencia o sucesso de intervenções educativas. Uma vez que se identifiquem os factores de risco, eles podem vir a ser o ponto de entrada ou o foco para as estratégias e acções de promoção da saúde (Nutbeam, 1998).

Desde os anos 80, que a questão das diferenças de género, que até lá não tinha particularmente chamado à atenção dos psicólogos, começa a tornar-se objecto de interesse (Lee, 1996). Segundo Archer (1996), as primeiras teorias sobre a origem das diferenças entre os géneros debatiam se as diferenças seriam determinadas por factores biológicos ou sociais. As explicações baseadas na influência da natureza consideravam as diferenças físicas ou fisiológicas, inclusive as diferenças de desenvolvimento do cérebro ou as diferenças hormonais. As explicações baseadas na cultura apontavam para o papel da socialização, salientando que a sociedade tem diferentes expectativas em relação aos comportamentos apropriados a homens e a mulheres, que são apreendidos pelas crianças por processos de reforço e de imitação.

A questão dos comportamentos de risco versus comportamentos de saúde durante o período da adolescência, pode ser abordada numa perspectiva dos estilos de vida utilizados pelos adolescentes, tais como, consumo de substâncias (tabaco, álcool e drogas), actividade física, violência, relação como corpo, sintomas físicos e psicológicos e comportamentos sexuais. Em relação ao consumo de substâncias, a

tradicional diferença de género diminuiu bastante ou desapareceu de todo, especialmente nos jovens mais novos. Os resultados de um estudo de Sarigiani, Ryan e Peterson (1999), sobre o impacto dos comportamentos de saúde considerados de risco, no desenvolvimento e saúde das raparigas adolescentes indicam que as elas fumam, bebem, e envolvem-se noutras substâncias tanto como os seus companheiros, mas com maior risco para a saúde.

No entanto, notam-se diferenças de género quanto aos factores de risco. Como referem Blake, Amaro, Schwartz e Flinchbaugh (2001), McCabe e Ricciardelli (2001), Dunkley, Wertheim e Paxton (2001), Siegel (2002), McVey, Pepler, Davis e Abdolell (2002), Jenkins, Goodness e Buhrmester (2002) e Asçi (2002) o impacto de uma auto-imagem e auto-estima negativas tende a ser maior nas raparigas, assim como preocupação com o peso e dietas, perturbações alimentares, abuso físico e sexual, níveis de ansiedade e depressão mais elevados. Por outro lado, certos factores protectores, tais como apoio parental e disciplina consistente, ou o auto-controlo e a adaptação escolar tendem a ser características mais importantes nas raparigas (Carrión, Gregori e Hernández, 2000; Carter e Wojtkiewicz, 2000). Também na resolução de problemas, as raparigas apresentam mais competências de comunicação e de apoio do que os rapazes, na avaliação da relação com os pares os rapazes avaliam a sua relação com os melhores amigos com mais conflitos do que as raparigas (Black, 2000). Tezer e Demir (2001) consideraram como comportamentos de conflito: competição, evitamento, acomodação, compromisso e colaboração, no sentido de avaliar as diferenças entre rapazes e raparigas relativamente a comportamentos de conflito em pares do mesmo e do género oposto. Os resultados revelam que os rapazes reportam mais comportamentos de competição com pares do mesmo género do que com pares do género oposto, tendo mesmo mais comportamentos de evitamento face ao género oposto. Os rapazes, quando comparados com as raparigas, revelam mais comportamentos de acomodação tanto face a pares do mesmo género como do género oposto.

Os resultados de um estudo realizado por Milne e Lancaster (2001) evidenciam diferenças de género face à experiência e consequências de stress de vida. As raparigas demonstram uma particular vulnerabilidade a respostas depressivas ao stress e têm um maior nível de stress interpessoal, especialmente em relações com os pais e com o grupo de pares. Os rapazes evidenciam um maior nível de stress não-interpessoal, ou seja, stress em relação a eventos auto-gerados.

Perante este cenário, parece-nos fundamental o conhecimento e a compreensão das diferenças e semelhanças de género, de modo a identificar características, necessidades, factores ligados ao risco e à protecção, de modo a identificar áreas de intervenção urgente, mantendo sempre presente que, quer na pesquisa quer no processo e no conteúdo dos programas e das intervenções, têm de ser objectivados

de acordo com as necessidades específicas e experiências de cada género. Estudaremos aqui os comportamentos ligados à saúde e ao risco segundo o género sexual.

Estudo quantitativo

Tendo como base o estudo HBSC/OMS (*Health Behaviour in School-aged Children*), estudo colaborativo da Organização Mundial de Saúde, que pretende estudar os estilos de vida dos adolescentes e os seus comportamentos nos vários cenários das suas vidas, realizado em 2002 foram inquiridos 6131 adolescentes, agrupados em três grupos de idades (11, 13 e 15 anos de idade) e por três grupos de escolaridade (6º, 8º e 10º anos de escolaridade), sendo 51% raparigas.

Considerando as diferenças de género (Matos & equipa Aventura Social, 2003), verificamos que as raparigas sentem-se mais gordas, referem mais sintomas psicológicos e físicos, tais como tristeza e ansiedade; dores de cabeça e dores de estômago. São as raparigas quem mais refere dificuldades em falar com o pai.

Tabela 1 - Diferenças entre rapazes e raparigas – Características das raparigas

	Raparigas	Rapazes	Qui-Quadrados
Dificuldade em falar com o pai	46%	25%	314.6*
Percepção de “ser gordo(a)”	40%	24%	171.28*
Dores de cabeça diariamente	9%	3%	213.89*
Dores de estômago diariamente	3%	2%	34.43*
Deprimido(a) diariamente	9%	5%	95.97*
Nervoso(a) diariamente	14%	8%	96.88*

* $p < 0.05$; ** $p < 0.01$

Verifica-se que os rapazes, comparados com as raparigas, apresentam um maior consumo de substâncias (álcool e drogas), passam mais tempo livre a praticar desporto, sentem-se melhor com a sua aparência e referem mais frequentemente já ter tido relações sexuais.

Tabela 2 - Diferenças entre rapazes e raparigas – Características dos rapazes

	Rapazes	Raparigas	Qui-Quadrados
Prática de desporto regularmente	90%	73%	269.15*
Bebidas destiladas semanalmente	13%	10%	47.36*
Embriaguez quatro ou mais vezes	8%	3%	106.75*

Experimentação de haxixe	12%	7%	55.11*
Experimentação de ecstasy	3%	1%	34.13*
Consumo de drogas mais do que uma vez no último mês	4%	2%	57.16*
Gosto pela sua aparência	49%	37%	91.25*
Relações sexuais	33%	15%	167.28*

* p<0.05; ** p<0.01

Estudo qualitativo - grupos de discussão focados em temas (“focus group”)

Para melhor compreensão destes resultados, segundo as percepções dos jovens, foram estes aprofundados através de uma metodologia qualitativa junto de rapazes e de raparigas portuguesas.

A recolha de dados foi realizada através dum procedimento denominado “grupo focal”. Um grupo focal é uma entrevista semi-estruturada, que envolve uma discussão e que utiliza respostas simultâneas no sentido de obtenção de informação sobre determinado assunto (“foco”). O objectivo é chegar perto das opiniões, crenças, valores, discurso e compreensão dos participantes sobre o assunto da investigação, partindo do princípio que toda a informação dada pelos participantes é válida. Neste projecto o objectivo principal do “grupo focal” é a produção de diferentes pontos de vista e opiniões sobre o género a partir da perspectiva dos adolescentes e a sua exploração destas ideias de modo mais profundo.

Foram realizados dois grupos focais: constituído por seis raparigas com idades compreendidas entre os 19 e 20 anos, e outro constituído por quatro rapazes com idades compreendidas entre os 20 e 21 anos.

Os dados provenientes dos grupos de discussão foram alvo de uma análise de conteúdo: definição de categorias, codificação e registo da frequência com que cada categoria ocorre.

Foram criadas categorias à priori, tendo emergido novas categorias no desenvolvimento da entrevista. As categorias pré-estabelecidas no estudo dos comportamentos de saúde dos adolescentes estrangeiros foram fundamentadas pelos dados do estudo do HBSC/OMS 2002 e por conhecimento produzido através de uma revisão de literatura sobre o tema. Foi, então, utilizada uma metodologia qualitativa, uma análise de conteúdo, na análise das entrevistas dos adolescentes participantes, sendo que o conteúdo foi analisado segundo categorias pré-estabelecidas e a partir do discurso dos participantes foram registados exemplos ilustrativos das respectivas categorias.

Lazer: nos tempos livres, tanto rapazes como raparigas, referem a companhia dos amigos, a ida ao café, a visualização de filmes, o jogo, a ida à praia e as saídas à noite.

Os rapazes referem mais que ocupam os tempos livres a praticar desporto, sendo que as próprias raparigas referem que os rapazes fazem mais desporto do que elas. As raparigas dizem que ocupam mais o seu tempo com a leitura do que os rapazes, sendo que a literatura lida pelos rapazes é menos diversificada. É o grupo dos rapazes que mais refere pertença a grupos recreativos/sociedade. *Rapazes: "passo muito tempo no café, estar com os amigos"; Raparigas "Os rapazes são mais ligados aos jogos, especialmente a play station", "Eles lêem mais banda desenhada; Eles não lêem, é mais os bonecos"*.

Imagem corporal: em relação à percepção do corpo e a questões relacionadas com a saúde, as raparigas preocupam-se mais do que os rapazes e são as elas quem faz mais dietas. São, também, as raparigas que tomam mais comprimidos e apresentam mais queixas somáticas, embora, os rapazes estejam cada vez mais a preocupar-se com a imagem do corpo. *Rapazes: "As raparigas preocupam-se mais com o corpo; são mais completas que os homens, são mais organizadas, investem mais no desporto, tem aquelas dietas, os homens não têm tanto aquele regime, descontrolam-se mais"*.

Violência: os rapazes são avaliados como mais violentos fisicamente e as raparigas são vistas como mais violentas psicológica e verbalmente. De um modo geral, os jovens referem que a violência torna-se mais psicológica em vez de física, à medida que a idade aumenta, tanto para rapazes como para raparigas. *Raparigas "Os rapazes eram mais para a violência física com rapazes e as raparigas era mais verbal"; Rapazes "As raparigas é mais psicologicamente, dizer mal, contar mentiras, lançar boatos"*.

Escola/Futuro: Os rapazes referem que as raparigas têm ambições e motivações diferentes dos rapazes relativamente ao sucesso académico e profissional. Tanto rapazes com raparigas referem que elas se preocupam mais com o futuro do que os rapazes. Na generalidade, todos os jovens dizem que se preocupam com o futuro profissional. *Rapazes "As raparigas são mais organizadas, os objectivos delas são mais concretos", Raparigas "Eu acho que os rapazes são mais irresponsáveis, andam um bocado ao sabor do vento; Eles se pensam, pensam que vai ser tudo bom, nós já pensamos nas hipóteses todas"*.

Amigos: o grupo das raparigas refere que os rapazes e as raparigas são diferentes quanto à amizade, os rapazes são mais fieis e protectores, e muitas das raparigas dizem sentir-se melhor a falar com um rapaz do que com outras raparigas. As raparigas ao referir a questão do namoro, dizem que elas valorizam, de modo geral, mais o amor e que têm mais ciúmes. *Raparigas "Os rapazes são muito mais protectores, muito mais amigos; Há muito mais amizade entre um rapaz e uma rapariga do que às vezes entre duas raparigas", "em certos aspectos sinto-me mais compreendida pelas raparigas"*.

Sexualidade/Risco Sexual: os jovens referem que actualmente a sexualidade está

banalizada. Dizem que obtêm informação sobre estes temas através de "outros", e não através dos pais pois, de um modo, geral não se sentem à vontade para falar destes temas com os pais. É referido pelos jovens que são as raparigas quem mais se preocupa com o uso do preservativo, essencialmente por causa da gravidez e que a SIDA não é uma grande preocupação real. Raparigas "As raparigas focam mais as coisas pelo amor, e esse rapaz é para toda a vida e as coisas têm de estar certas; Rapazes "Hoje ir para a cama é uma coisa banal, não quer dizer um compromisso com alguém com antigamente"; Rapazes "os pais confiam mais nas raparigas, tem mais cabecinha e com os rapazes dizem para ter mais cuidado para não engravidar uma rapariga e isso".

Consumos (tabaco, álcool e drogas): em relação ao tabaco, os jovens são unânimes quanto ao facto de o consumo das raparigas ser maior do que os rapazes. Alguns dos motivos apresentados pelos jovens para o consumo de tabaco foram: a curiosidade, rebeldia, a afirmação, a dependência, a pressão de pares. Os jovens referem que quando estão "nervosos" fumam mais. Raparigas "as raparigas estão a fumar mais, eu vejo por mim na nossa turma fumam mais raparigas que rapazes", Rapazes "Eu comecei a fumar um pouco por rebeldia porque no meu colégio não se podia fumar e eu queria desobedecer às ordens", "eu quando estou mais nervoso é uns atrás dos outros".

Quanto ao consumo de álcool, os jovens referem que cada vez existem menos diferenças entre rapazes e raparigas, existem rapazes e raparigas que bebem muito e há rapazes e raparigas que não bebem. Os jovens referem consumo de álcool com os pares, por curiosidade, por modelo parental, para se embriagar, etc. Tanto rapazes como raparigas referem que as raparigas que bebem, bebem mais do que os rapazes. Raparigas "Eu acho que cada vez existem menos diferenças entre os rapazes e as raparigas; Em relação ao álcool, acho que já não há diferenças", "Acho que os raparigas tendem a ter mais bebedeiras que os rapazes; As raparigas querem tudo em excesso, bebida, amor, mais ciúmes, somos muito mais".

Em relação ao consumo de droga, referem que está associado ao controlo do humor e que existe uma procura contínua do prazer. Referem, ainda, que existem drogas de ricos e drogas de pobres. Os jovens demonstram medo ou respeito pela droga e têm a percepção de que o consumo de drogas tende a aumentar. É ainda referido que os rapazes consomem mais droga do que as raparigas.

Os jovens dizem que existe uma relação entre o consumo de álcool, tabaco e droga, por causa do contexto em que estas substâncias são consumidas. Rapazes "As raparigas são influenciadas mas não consomem tanto como os rapazes, tenho amigos que as tomam e sei que isso está a aumentar e as raparigas também. Ainda não chegam aos rapazes mas está a aumentar".

Família: de um modo geral, os jovens referem boa relação com os pais. Embora os

rapazes refiram que falam mais com a mãe e as raparigas apresentem tendência para se dar melhor com o pai. *Rapazes "Eu tenho boa relação com o meu pai e com a minha mãe talvez até mais com a minha mãe", Raparigas "A minha mãe está sempre lá para dizer quando está mal, para me chatear, e quando é nas coisas positivas há muito pouco"*.

Em relação à sexualidade e ao par sexual, nota-se uma nítida dificuldade em abordar o tema com os pais, tanto de rapazes como de raparigas. *Raparigas "Com o meu pai falo tudo menos sexo e relações amorosas"*.

Conclusões e recomendações

Foram identificadas diversas diferenças e semelhanças de género no âmbito dos comportamentos de risco e protecção. Diferenças que envolvem necessidades específicas para cada género. A educação para a saúde deve desenvolver-se no sentido de ir ao encontro das necessidades específicas, sugerindo-se uma intervenção no âmbito da escola, centros de juventude, centros de saúde, comunidade, na família, entre outros. Por tudo quanto foi dito, os promotores de saúde têm de ser precisos e de salientar as vantagens e desvantagens dos diversos comportamentos de saúde e risco, respectivamente (Green & Kreuter, 2000). Podem também assistir os adolescentes na procura de alternativas realistas e mais adequadas enfrentar com os diversos desafios e estímulos que se apresentam nesta fase da vida, tais como: o stress, aborrecimento/tédio e depressão, e promover actividades que proporcionem prazer, relaxamento e ocupação. Considerando as desvantagens, os promotores de saúde devem focar o conteúdo das acções preventivas no presente (não no futuro) e no dia-a-dia (ex. actividade física). Deve-se ainda ter em conta as diferenças de género e a associação tabaco/álcool/drogas e o estilo de vida. O tempo de lazer parece ser um bom ponto de partida, assim como as alternativas de vida, a procura de prazer e de bem-estar (Matos, Sardinha & Sallis, 1999; Matos & Sardinha, 1999; Aaron, Sorti, Robertson, Kriska & LaPorte, 2002; Matos, Gaspar, Vitória & Clemente, 2003). A intervenção deve focar as alternativas, ou seja, ajudar os adolescentes a encontrar formas de lidar com a ansiedade, com o stress, com a depressão, com o tédio, no relacionamento com o outro género, bem como com os desafios da vida em geral, sem recurso ao consumo de substâncias (tabaco, álcool e drogas), à violência ou à doença física ou mental.

A educação para a saúde nas escolas portuguesas poderia sem dúvida desenvolver-se no sentido de ir ao encontro destas necessidades e incluindo temáticas tais como a promoção de competências de comunicação interpessoal, competências de identificação e resolução de problemas, a promoção da assertividade e da resiliência nos jovens, em síntese tomando nas mãos o seu papel de optimização da participação dos jovens na vida social, mantendo opções

pró-sociais e saudáveis (Matos 1998)

Referências

- Aaron, D., Storti, K., Robertson, R., Kriska, A., & LaPorte, R. (2002). Longitudinal study of the number and choice of leisure time physical activities from mid to late adolescence: implications for school curricula and community recreation programs. *Archives Pediatrics & Adolescent Medicine*, 156 (11), 1075-1080.
- Archer, J. (1996). Sex Differences in Social Behaviour. Are the social role and evolutionary explanations compatible? *American Psychologist*, 51 (9), 909-917.
- Asçi, F. (2002). An Investigation Of Age And Gender Differences In Physical Self-Concept Among Turkish Late Adolescents. *Adolescence*, 37(146), 365-371.
- Black, K. (2000). Gender Differences In Adolescents` Behavior During Conflict Resolution Tasks With Best Friends. *Adolescence*, 35(139), 499-511.
- Blake, S., Amaro, H., Schwartz, P., & Flinchbaugh, L. (2001). A Review of Substance Abuse Prevention Interventions for Young Adolescent Girls. *Journal of Early Adolescence*, 21(3), 294-324.
- Carrión, A., Gregori, F., & Hernández, P. (2000). Adaptación Académica Em Los Adolescents De Secundaria: Un Análisis Diferencial Según El Género. *Revista de Ciencias de la Educación*(181), 33-38.
- Carter, R., & Wojtkiewicz, R. (2000). Parental Involvement With Adolescents` Education: Do Daughters Or Sons Get More Help? *Adolescence*, 35(137), 29-44.
- Carvalho, J. (1990). Comportamentos desviantes. In B. P. Campos (Ed.). *Psicologia do Desenvolvimento e Educação de Jovens* (pp. 214-249). Lisboa: Universidade Aberta.
- DiClemente, R., Hansen, W., & Ponton, L. (Eds.). (1996). *Handbook of adolescent health risk behavior*. New York: Plenum Press.
- Dunkley, T., Wertheim, E., & Paxton, S. (2001). Examination Of A Model Of Multiple Sócio-cultural Influences On Adolescent Girls` Body Dissatisfaction And Dietary Restraint. *Adolescence*, 36(142), 265-279.
- Green, C., & Pope, C. (2000). Depressive symptoms, health promotion, and health risk behaviors. *American Journal of Health Promotion*, 15 (1), 29-34.
- Green, V. L., & Kreuter, M. W. (1991). *Health promotion planning: an educational and environmental approach* (2nd ed.). London: Mayfield.
- Jenkins, S., Goodness, K., & Buhrmester, D. (2002). Gender Differences in Early Adolescents` Relationship Qualities, Self-Efficacy, and Depression Symptoms. *Journal of Early Adolescence*, 22(3), 277-309.

- Lee, P. C. (1986). Psychologie et Différences entre les sexes. In M. C. Hurting & M. F. Pichevin (Eds.) *La différence des sexes* (pp.63-75). Paris: Tierce Sciences.
- Lerner, R., & Thompson, L. (2002). Promoting healthy adolescent behavior and development: issues in the design and evaluation of effective youth programs. *Journal of Pediatric Nursing*, 17 (5), 338-344.
- Matos, M. (1998). *Comunicação e gestão de conflitos na escola*. Lisboa: FMH-UTL.
- Matos, M., Sardinha, L., & Sallis, J. (1999). Aconselhamento para a actividade física. In L. Sardinha, M. Matos, & I. Loureiro (Eds.). *Promoção da saúde: modelos e práticas de intervenção no âmbito da actividade física, nutrição e tabagismo* (pp.183-203). Lisboa: Edições FMH.
- Matos, M., & Sardinha, L. (1999). Estilos de vida activos e qualidade de vida. In L. Sardinha, M. Matos, & I. Loureiro (Eds.). *Promoção da saúde: modelos e práticas de intervenção nos âmbitos da actividade física, nutrição e tabagismo* (pp.163-181) Lisboa: Edições FMH.
- Matos, M. et al. (2003). *A saúde dos adolescentes portugueses (4 anos depois)*, Lisboa: FCT/CNLCSIDA/FMH/IHMT.
- Matos, M., Gaspar, T., Vitoria, P., & Clemente, M. (2003). *Adolescentes e o tabaco: Rapazes e raparigas*. Lisboa: FMH, CPT, Min Saúde.
- McCabe, M., & Ricciardelli, L. (2001). Parent, Peer, And Media Influences On Body Image And Strategies To Both Increase And Decrease Body Size Among Adolescent Boys And Girls. *Adolescence*, 36(142), 225-239.
- McVey, G., Pepler, D., Davis, R., G., F., & Abdoell, M. (2002). Risk and Protective Factors Associated With Disordered Eating During Early Adolescence. *Journal of Early Adolescence*, 22(1), 75-95.
- Milne, L., & Lancaster, S. (2001). Predictors of Depression In Female Adolescents. *Adolescence*, 36(142), 207-223.
- Nutbeam, D. (1998). Health promotion glossary. *Health Promotion International*, 13_(4), 349-363.
- Sarigiani, P., Ryan, L., & Peterson, A. (1999). Prevention of high-risk behaviors in adolescent women. *Journal of Adolescent Health*, 25 (2), 109-119.
- Siegel, J. (2002). Body Image Change and Adolescent Depressive Symptoms. *Journal of Adolescent Research*, 17(1), 27-41.
- Tezer, E., & Demir, A. (2001). Conflict Behaviors Toward Same-Sex And Opposite-Sex Peers Among Male And Female Late Adolescents. *Adolescence*, 36(143), 525-533.

Sexualidade e risco na adolescência

Sónia Dias, Margarida Gaspar de Matos & Aldina Gonçalves

Introdução

A sexualidade é um fenómeno multi-dimensional e parte integrante da formação da identidade, do auto-conceito, da auto-estima e, de forma geral, do bem-estar físico e emocional. É também, uma componente essencial do relacionamento com os outros, nomeadamente no domínio amoroso.

As modificações fisiológicas, de salientar o desenvolvimento físico e sexual na adolescência, têm um impacto em quase todas as outras áreas (Newton, 1995). Para se habituar aos seus corpos em mudança, os adolescentes devem aprender as suas limitações, desenvolver competências, compreender os processos pelos quais estão a passar e integra-los nas suas relações interpessoais. A exploração sexual é importante para a formação da identidade sexual e oferece aos adolescentes a oportunidade de integrar as suas necessidades com a aprendizagem de reconhecer o outro, de o respeitar e de treinar a sua competência física, psicológica e social para o envolvimento em comportamentos sexuais (Gagnon, 1990).

O relacionamento heterossexual durante a adolescência assume importância significativa (Caissy, 1994; Newton, 1995). A transição de um relacionamento heterossexual infantil para um relacionamento mais complexo, implica a aprendizagem de novos comportamentos e atitudes, a aceitação da nova imagem de si como elemento participante numa relação mais íntima e o trato com os problemas e com as situações típicas deste domínio. Os adolescentes estão assim, muito atentos às comparações com os outros, à sua aparência física, a ter ou não namorada, factores que vão ter especial ênfase no auto-conceito e auto-estima. O relacionamento heterossexual na adolescência fornece o contexto para o desenvolvimento do papel psico-sexual. As situações associadas aos namoros implicam para o convívio com pessoas do género oposto, aprendizagem de novos comportamentos associados ao afecto, mas também a aprendizagem da valorização como rapaz/rapariga num processo de clarificação da identidade psico-sexual (Miller & Dyk, 1993).

Sexualidade e risco

A sexualidade considerada nos seus múltiplos aspectos é uma área de grande importância no desenvolvimento e tem influência sobre a saúde física, saúde mental e qualidade de vida dos indivíduos. O VIH/SIDA juntando-se a outros riscos ligados a práticas sexuais, como a gravidez não desejada, fez com que a

sexualidade passasse a ser considerada como uma questão de urgência social e epidemiológica e como um factor que pode influenciar directamente a saúde dos indivíduos (Ogden, 1999). Na medida em que as praticas sexuais podem acarretar consequências com implicações ao nível do indivíduo e de quem o rodeia mas também ao nível social e económico das sociedades em que estes fenómenos ocorrem, torna-se prioritária a compreensão dos aspectos particulares da sexualidade, das práticas sexuais dos indivíduos e os mecanismos subjacentes a comportamentos sexuais de risco em grupos específicos da população, como é o caso dos adolescentes que são geralmente reconhecidos como um grupo vulnerável na área da saúde sexual, nomeadamente no risco de infecção por VIH/SIDA.

Os adolescentes têm sido classificados como grupo de risco, principalmente pelos comportamentos sexuais (Stieving, Resnick, Bearinger, Remafedi, Taylor & Harmon, 1997; Kirkman, Rosenthal & Smith, 1998) incluindo o uso inconsistente de preservativo (DiClemente, 1991; Rosenthal & Reichel, 1994 in Kirkman, Rosenthal & Smith, 1998), a duração dos relacionamentos e a prática de relações sexuais com múltiplos parceiros (Shafer & Boyer, 1991; Centers for Disease Control and Prevention, 2000).

Em muitos países, a idade de início da vida sexual é por volta dos 17 anos, havendo países onde o início acontece em idades mais precoces (Kitchener & Thompson, 1996 cit. in WHO, 1999). Há uma tendência para que os adolescentes se tornem sexualmente activos na adolescência, com possibilidade de ter mais do que um parceiro sexual e adoptar uma variedade de práticas sexuais (Linday, Smith & Rosenthal, 1997).

Um estudo com a amostra de jovens portugueses do Health Behaviour in School-aged Children realizado em Portugal, com 3634 jovens que frequentavam o 8º e 10º ano de escolaridade, demonstrou que uma minoria de jovens continua a envolver-se em comportamentos de risco. A percentagem de jovens que afirma já ter tido relações sexuais foi de 23,7%, sendo que uma maior percentagem de rapazes já tinham iniciado a vida sexual quando comparados com as raparigas (33% vs. 15%). Da amostra total, 7.1% refere que eles ou os seus parceiros sexuais não utilizaram o preservativo na última relação sexual (Matos & Aventura Social, 2003).

Num estudo realizado em escolas secundárias dos Estados Unidos (Kann, Warren, Harris, et al., 1995) a alunos sexualmente activos, entre os 14 e 19 anos, verificou-se que 40.3% de raparigas e 69.4% de rapazes afirmaram ter mais do que um parceiro sexual durante o último ano. Linday, Smith e Rosenthal (1997), aplicaram um questionário a estudantes de escolas secundárias na Austrália, acerca da sua saúde sexual e VIH/SIDA, e obtiveram resultados que vão na mesma direcção, na medida em que 16% dos estudantes sexualmente activos

reportou 3 ou mais parceiros no ano anterior à realização do questionário. Também num inquérito "Youth Risk Behavior Surveillance" (Kann, Kinchen, Williams et al, 2000), 16,2% dos adolescentes afirmou ter tido 4 ou mais parceiros na sua vida sexual.

Em adolescentes sexualmente activos, a utilização do preservativo de um modo consistente representa a forma de prevenção mais eficiente (Cates & Stone cit. in DiClemente, Hansen & Ponton, 1996). Apesar de se constatar uma tendência para o aumento da utilização do preservativo entre adolescentes verifica-se que ele é ainda utilizado de forma muito inconsistente (a percentagem de adolescentes que utiliza o preservativo em todas as relações sexuais é extremamente baixa), o que sugere que os adolescentes continuam a constituir um grupo de risco para as doenças sexualmente transmissíveis (Moore, Rosenthal & Mitchell, 1996; Linday, Smith & Rosenthal, 1997).

No estudo referido de Kann e colaboradores (1995), 47,2% dos adolescentes afirmaram que eles ou os seus parceiros não utilizaram preservativo durante a última relação sexual sendo que a percentagem das raparigas (46%) menor do que a dos rapazes (59.2%).

Os dados obtidos no inquérito realizado por Linday, Smith e Rosenthal, (1997) demonstram que o preservativo começou gradualmente a ser utilizado de forma mais consistente (em 1997, 54% dos adolescentes utilizou sempre o preservativo, em relação a 43% dos adolescentes do inquérito de 1992). No entanto, uma análise mais atenta mostra que ainda existe uma grande percentagem de adolescentes que continua a utilizar o preservativo de forma inconsistente (37% dos adolescentes, apenas utiliza o preservativo algumas vezes e 9% nunca o utiliza). O relatório refere também outros dados menos optimistas como o facto de que os adolescentes mais novos têm mais relações sexuais com parceiros casuais do que os alunos mais velhos (78% e 57% respectivamente). Os resultados sugerem ainda que os adolescentes mais novos não alteram os padrões de utilização do preservativo consoante o tipo de parceiro sexual e que existe uma tendência para que os adolescentes que têm relações sexuais com múltiplos parceiros utilizem menos o preservativo (dos estudantes que afirmam ter apenas um parceiro, 59% refere utilizar o preservativo, em comparação com 47% dos estudantes que teve dois parceiros e 41% dos estudantes com três ou mais parceiros sexuais).

O "Youth Risk Behavior Surveillance" (Kann, Kinchen, Williams et al, 2000) permitiu também obter dados relativamente à utilização do preservativo. Neste inquérito, 58% dos estudantes afirmou que tinham utilizado o preservativo na última relação sexual. No entanto, os rapazes (65.5%) utilizam mais o preservativo do que as raparigas (50.7%).

Outro aspecto a salientar de resultados encontrados em algumas investigações

(Rosenthal e Reichel, 1994 in Kirkman, Rosenthal, & Smith, 1998; Linday, Smith, Rosenthal, 1997) é que provavelmente, os adolescentes heterossexuais que utilizam o preservativo fazem-no mais para evitar uma possível gravidez do que por questões de prevenção de VIH. As alunas do 9º ano de escolaridade utilizam mais frequentemente o preservativo (63.1%) do que as alunas do 12º ano (41.1%), (Kann, Kinchen, Williams et al, 2000). Por outro lado, as alunas mais velhas tendem a reportar uma maior utilização da pílula como método contraceptivo (31.4%) do que as alunas dos restantes anos (12.8%, nas alunas do 9º ano e 18.4%, nas alunas do 11º ano). Neste sentido, torna-se necessário realizar mais pesquisas de modo a investigar quais as razões que justificam a utilização do preservativo antes deste comportamento ser atribuído à educação da prevenção do VIH/SIDA (Linday, Smith & Rosenthal, 1997).

Assiste-se a um aumento crescente dos estudos que procuram compreender as influências psicológicas e comportamentais que estão implicadas na utilização inconsistente do preservativo (Stieving, Resnick, Bearinger, Remafedi, Taylor & Harmon, 1997).

Entre os factores psicológicos que estão associados a esta problemática pode-se salientar, os baixos níveis de percepção da vulnerabilidade ao vírus, as expectativas negativas associadas à utilização do preservativo (preço elevado ou o embaraço sentido ao comprar o preservativo), a percepção das normas sociais (qual o significado do preservativo no seu grupo de pares), a capacidade para planear um acontecimento futuro (possuir um preservativo no momento de ter relações sexuais) e baixos níveis de auto-eficácia e confiança nas capacidades necessárias para utilizar o preservativo numa base consistente (Zimet, Bunch, Anglin et al, 1992; Hingson, Strunin, Berlin et al, 1990; Rosenthal, Moore & Flynn, 1991; DiClemente, Hansen & Ponton, 1996).

Relativamente aos comportamentos que estão mais associados com o uso inconsistente do preservativo pode-se salientar, a deficiente comunicação com o parceiro sexual acerca de aspectos sexuais (DiClemente, 1991; Stieving, Resnick, Bearinger, Remafedi, Taylor & Harmon, 1997), o facto de ter relacionamentos mais estáveis (Cláudio, Pereira & Robalo, 1994; Pilkington, Kern & Indest, 1994) e o consumo de álcool e outras substâncias que favorecem a prática de sexo desprotegido (Hingson, Strunin, Berlin et al, 1990; Leigh & Stall, 1993; McDermott, 1998).

A facilidade em comunicar sobre aspectos sexuais, a capacidade de negociação e a auto-eficácia para exigir o uso de preservativo, são factores que também estão fortemente associados à utilização do preservativo (DiClemente & Lawrence, 1996 in DiClemente, Hansen & Ponton, 1996).

Investigações revelam que o facto de os jovens se envolverem em relacionamentos mais estáveis ou com uma duração mais longa, pode constituir

uma barreira quando se introduz a noção de "praticar sexo seguro" (Moore & Rosenthal, 1991 in Kirkman, Rosenthal & Smith, 1998). Estudos realizados nesta área parecem evidenciar uma correlação entre o envolvimento afectivo e a desvalorização dos comportamentos de prevenção face à doença (Claúdio, Pereira & Robalo, 1994; Pilkington, Kern & Indest, 1994). Por outro lado, a noção de "confiar no parceiro", torna o diálogo sobre a utilização do preservativo difícil na medida em que pode gerar desconfiança em relação à fidelidade do casal.

Estudos recentes apontam para uma provável associação entre o consumo de álcool e drogas e a prática de comportamentos sexuais de risco. Os dados obtidos no questionário aplicado por Linday, Smith e Rosenthal (1997), sugerem que os adolescentes que consomem álcool reportam uma maior dificuldade na prática de "sexo seguro" e a "dizer não" a relações sexuais não desejadas. Verificou-se que cerca de 20% dos adolescentes que não utilizou preservativo na sua última relação sexual, referiu que estava demasiado alcoolizado ou drogado para o fazer. Também no "Youth Risk Behavior Surveillance", (Kann, Kinchen, Williams, et al, 2000), 24.8% dos adolescentes sexualmente activos consumiu álcool ou drogas na última relação sexual. Constatou-se que os rapazes (31.2%) apresentam este comportamento mais frequentemente do que as raparigas (18.5%). Os resultados demonstram que uma minoria significativa de adolescentes sexualmente activos está envolvida numa combinação perigosa de consumo de álcool e drogas e comportamentos sexuais de risco.

Factores que influenciam os comportamentos sexuais

A prevenção dos comportamentos de risco nos adolescentes tem tradicionalmente colocado a ênfase nos factores pessoais ou nas suas características biológicas. Embora esta abordagem seja importante, é essencial ter em atenção o facto de que os comportamentos individuais ocorrem num contexto social que pode aumentar ou diminuir o seu impacto (DiClemente, Wingood, Crosby, et al, 2001). Para uma compreensão mais profunda da sexualidade na adolescência, torna-se fundamental analisar a influência multi-variada das características individuais e das variáveis de contexto nas atitudes e comportamentos sexuais. Os comportamentos sexuais são influenciados por múltiplos factores como sejam, factores biológicos, como a idade do início da puberdade, características psicossociais, como a personalidade, factores sócio-culturais, como as normas específicas de cada género no que se refere ao significado de ter relações sexuais, a influência do contexto familiar, das relações entre os pares e dos contextos sociais de aprendizagem formal e informais (Mcneely, Shew, Beuhring, Sieving, Miller & Blum, 2002).

A estrutura da comunidade em que os adolescentes estão envolvidos tem sido associada com a actividade sexual e a idade de início da vida sexual. Um estudo realizado numa comunidade migrante da área da grande Lisboa, que tinha como

objectivo compreender as representações sociais, crenças, atitudes e comportamentos associados à sexualidade relevantes para a promoção de comportamentos sexuais, aponta no sentido de um aumento do reconhecimento de que determinados factores, como o género, a idade, a etnia, as normas culturais e o estatuto sócio-económico, influenciam directa e indirectamente, a escolha individual e de grupo por comportamentos de risco (Dias, Matos & Gonçalves, 2001, 2002).

Família

Tem crescido o interesse em compreender também o impacto que o ambiente familiar assume na adopção e manutenção de comportamentos protectores ou de risco para a saúde dos adolescentes, e mais especificamente, para a saúde sexual (DiClemente, Wingood, Crosby, et al, 2001; Small & Luster, 1994).

O ambiente familiar não é uma dimensão unitária, sendo pelo contrário, construído com base em factores psicológicos e sociais. As características familiares, como as características parentais (composição familiar, educação, nível de violência/abuso, e estatuto sócio-económico), as relações pais-adolescentes (qualidade da relação familiar, proximidade, estilos parentais, supervisão, comunicação e autonomia), modelos parentais no que respeita a atitudes e valores face aos comportamentos sexuais (como a religião, atitudes perante o sexo) têm sido identificados como influenciando as atitudes e comportamentos sexuais de baixo ou alto risco para a saúde dos jovens (DiClemente, Wingood, Crosby, et al, 2001; Mcneely, Marcia, Shew et al, 2002; Huebner & Howell, 2003; Hutchinson, Jemmott, Jemmott, Braverman, & Fong, 2003).

A influência parental nos comportamentos sexuais dos filhos depende em larga medida da qualidade da relação que os pais estabelecem com os seus filhos (Meschke, Bartholomae & Zenthall, 2002). Parece existir uma associação positiva entre os adolescentes que percebem que têm uma boa relação familiar e o início das relações sexuais mais tardio (Huebner & Howell, 2003). Um estudo realizado por Dittus e Jaccard (2000) demonstrou que uma relação satisfatória entre pais e filhos estava associada a menos envolvimento em relações sexuais, maior utilização de contraceptivos numa relação sexual e a uma menor probabilidade de engravidar no ano seguinte ao estudo.

Investigações sugerem que a percepção por parte dos adolescentes de um menor controlo parental tem estado associada com a participação em mais comportamentos anti-sociais, maior consumo de substâncias e mais comportamentos sexuais de risco (DiClemente, Wingood, Crosby, et al, 2001; Rodgers, 1999; Jacobson & Crockett, 2000). Resultados de estudos parecem demonstrar que o controle e supervisão parental tende a promover um atraso no início das relações sexuais, um menor número de parceiros sexuais e uma maior

utilização de contracepção (Meschke, Bartholomae & Zenthall, 2002; Rodgers, 1999; Huebner & Howell, 2003). Os adolescentes que sentem apoio parental relativamente ao seu desempenho escolar, referem ter-se envolvido em menos comportamentos de risco, incluindo o início precoce da actividade sexual (Mcneely, Marcia, Shew et al, 2002).

Um estudo desenvolvido por DiClimente e colaboradores (2001), numa amostra de adolescentes de estatuto sócio-económico baixo demonstrou que as adolescentes que apresentavam um menor controlo parental apresentavam uma maior prevalência de comportamentos de risco como sejam, a menor utilização de preservativos na última relação, um aumento do número de parceiros sexuais, bem como uma maior prevalência de DST's, o que aumenta o risco de infecção por VIH/SIDA.

A comunicação pais-filhos tem sido associada com o início da actividade sexual mais tardio com atitudes e comportamentos mais responsáveis, incluindo uma auto-eficácia na utilização do preservativo, menor frequência das relações sexuais, comunicação positiva com o parceiro, menos relações desprotegidas e uso mais consistente do preservativo (Dilorio, Kelley, & Hockenberry-Eaton, 1999; Whitaker & Miller, 2000; Hutchinson, Jemmott, Jemmott, Braverman & Fong, 2003). Os resultados do estudo de Hutchinson, Jemmott, Jemmott, Braverman e Fong (2003) demonstram ainda que a comunicação entre mães e filhas acerca dos comportamentos sexuais de risco, promovem a protecção às DST's e à infecção de VIH/SIDA.

Meschke, Bartholomae & Zenthall, (2002) referem que a qualidade da relação estabelecida entre pais e filhos é importante como uma parte necessária para uma comunicação efectiva. Uma barreira para uma comunicação positiva poderá ser a dificuldade sentida pelos pais e adolescentes para falarem sobre sexualidade. Outra explicação para o deficiente diálogo entre pais e filhos acerca da sexualidade no geral e na prevenção da SIDA em particular, poderá estar associada com o receio de que o dialogo com os seus filhos acerca das questões sexuais e do uso do preservativo possa ser interpretado como um sinal de encorajamento à actividade sexual (Moore & Rosenthal, 1991). Sabe-se contudo, que pelo contrário, parece que o facto de os adolescentes não dialogarem sobre as questões sexuais com os seus pais pode fazer com os adolescentes não estejam preparados para estabelecer um diálogo significativo com os pares e com os parceiros acerca dos seus comportamentos sexuais (Hockenberry-Eaton, RiChaman, Dilorio, Rivero & Maibach, 1996).

O estilo parental deve promover autonomia e a auto-descoberta pois estes aspectos estão associados com a competência social e psicológica. Estilos democráticos que promovam a flexibilidade e o encorajamento da liberdade de expressão criam mais facilmente um ambiente de colaboração que propicia uma comunicação

satisfatória entre pais e adolescentes (Huebner & Howell, 2003). Esta combinação entre relações próximas, ambientes de apoio e promoção do desenvolvimento da independência, está associada com adolescentes que fazem transições de sucesso para a fase adulta. Rodgers (1999) sugere que esta autonomia psicológica permite ao adolescente desenvolver a maturidade psicológica e moral que está associada com um baixo envolvimento em comportamentos sexuais de risco. As intervenções com as famílias devem fornecer informações aos pais de como devem manter um equilíbrio entre o desafio desenvolvimental dos adolescentes que é o estabelecimento da sua autonomia e a sua função de proteger os seus filhos. Os pais podem alcançar este equilíbrio transmitindo-lhes os seus valores, mas mantendo em mente que o principal objectivo do controlo parental deve ser o de promover um comportamento auto-regulatório por parte do adolescente (DiClemente, Wingood, Crosby, et al, 2001).

Grupo de Pares

Diminuindo a dependência afectiva face aos pais, característica do período infantil, o adolescente vai também alterar a relação com os companheiros e o grupo vai revestir-se de grande importância no seu desenvolvimento emotivo e integração psicossocial. O grupo de os pares passa assim, a ter uma influência importante nas expectativas, atitudes e comportamentos sexuais dos jovens (Kinsman, Romer, Furstenberg & Aschwarz, 1998; Lindsey & Billie, 1997).

Investigações sugerem que quando existe uma relação pouco próxima com os pais, assiste-se, normalmente, a um aumento da influência dos pares nas questões sexuais (Meschke, Bartholomae & Zenthall, 2002). Um estudo realizado por Whitaker e Miller (2000), analisou o impacto da comunicação parental acerca da sexualidade e do preservativo no comportamento sexual e utilização de preservativos nos jovens e como interage com as normas dos pares acerca dos mesmos temas. Os resultados demonstraram que ambas, quando observadas individualmente têm influência no comportamento sexual e na utilização do preservativo, parecendo existir uma interacção entre as duas na influência no comportamento sexual. Os resultados sugerem que a comunicação entre pais e filhos está associada com menores comportamentos sexuais de risco, menor conformidade às normas dos pares e a uma maior crença que os pais fornecem informação mais correcta acerca das questões sexuais. O diálogo entre pais e filhos acerca da sexualidade e da utilização de preservativos pode ter impacto no comportamento sexual dos adolescentes moderando a influência que as normas dos pares têm no seu comportamento. Por outro lado, o comportamento sexual dos jovens que não comunicavam com os seus pais acerca do início das relações sexuais e do uso do preservativo estava mais relacionado com as normas dos pares do que nos adolescentes que conversavam com os pais. O que parece acontecer é

que os adolescentes que não conversam com os pais tendem a dialogar mais com os pares, a recorrer a eles quando têm dúvidas ou problemas e a guiar o seu comportamento sexual mais pelas normas do grupo. A educação dos pais no sentido de promover conhecimentos e competências para o diálogo entre os pais e os filhos na área da sexualidade poderá ser uma estratégia eficaz na prevenção da Sida.

Comunidade

Os adolescentes que residem em ambientes sociais de risco (alta prevalência de violência e consumos de substâncias) podem estar mais vulneráveis a se envolver com grupos de pares com normas comprometedoras para a saúde. Também as organizações, as escolas, as igrejas, e os serviços comunitários devem desenvolver programas que promovam atitudes e actividades pro-sociais, aumentem a auto-estima, forneçam modelos positivos e supervisão aos adolescentes. Esta estratégia, mais do que substituir o controlo parental, pode ser um recurso adicional e servir para fortalecer e expandir o controlo parental (DiClemente, Wingood, Crosby, et al, 2001).

Promoção da Saúde Sexual e Prevenção de VIH/Sida

Uma análise das investigações, realizadas em idades compreendidas entre os 15 e os 19 anos que procuravam compreender o impacto da educação sexual e prevenção de VIH nos comportamentos sexuais nos adolescentes, demonstrou que a participação em programas de educação sexual pode diminuir a frequência de comportamentos sexuais de risco na adolescência (UNAIDS, 2000).

As conclusões retiradas da maior parte dos estudos é que a educação sexual e a prevenção de VIH não encoraja a experimentação nem a actividade sexual entre os adolescentes (Grunseit, Kippax, Aggleton, Baldo & Slutkin, 1997) mas pelo contrário, existem evidências de que os programas de educação sexual e/ou prevenção VIH bem desenhados, podem atrasar o inicio da vida sexual ou promover praticas sexuais seguras como sejam, a utilização efectiva do preservativo e a redução do número de parceiros sexuais, contribuindo para a diminuição das taxas de infecção por VIH (Thompson, Sanderson, Potter, Maibach & McCormack, 1997; Smith, Kippax & Aggleton, 2000).

Investigações sugerem que as abordagens preventivas que colocam apenas a ênfase no conhecimento e atitudes acerca da sexualidade e VIH parecem não ter eficácia, constatando-se uma fraca associação entre conhecimento, atitudes e comportamento (Grunseit, Kippax, Aggleton, Baldo & Slutkin, 1997). Neste sentido, o conhecimento acerca do VIH parece ser insuficiente para alterar o comportamento sexual dos adolescentes. Entre os adolescentes sexualmente activos, as intervenções direccionadas para prevenir o risco de infecção de VIH

devem incluir entre outros, componentes que otimizem a utilização do preservativo de um modo consistente e desenvolvam as capacidades de comunicação com os parceiros sexuais acerca da prevenção de VIH. Para que as intervenções sejam eficazes e bem sucedidas é necessário construir crenças e capacidades que promovam práticas sexuais seguras e intervir nas normas de influência social de modo a que o grupo de pares se influencie mutuamente em comportamentos de saúde (O'Leary & Raffaelli, 1996).

Por exemplo, a prevenção de VIH que vise promoção da utilização do preservativo deve ser direccionada para trabalhar as capacidades, crenças, atitudes e práticas que influenciam a sua utilização (Angelo & Diclemente, 1996 in DiClemente, Hansen, Ponton, 1996). Os adolescentes sexualmente activos alteram mais frequentemente o seu comportamento se se sentirem em risco, se acreditarem que o preservativo funciona, se possuírem capacidades para negociar a sua utilização e se tiverem a crença que estes são aprovados pelos seus pares (McDermott, 1998).

A estabilidade dos comportamentos sexuais de risco sugere que para serem mais efectivas, as intervenções devem começar antes dos comportamentos de risco se terem estabelecido e se tornarem difíceis de modificar (Stieving, Resnick, Bearinger, Remafedi, Taylor & Harmon, 1997). O campo de acção das intervenções preventivas deve ser dirigido, principalmente para potenciais grupos de risco, actuando directamente no sistema de crenças e atitudes e práticas desenvolvido face ao VIH/Sida e adequando a mensagem à população, de modo a criar uma maior aceitação da mesma (intervenções adequadas à idade e ao grau de desenvolvimento dos grupos).

Escola

A escola, enquanto espaço de grande importância na socialização, poderá então, desempenhar a função de suscitar o ensaio de competências essenciais ao pleno desenvolvimento da pessoa, tendo a seu favor, para esta missão, o facto de ser um espaço de grande permanência temporal nas idades em que se realiza uma boa parte das aprendizagens básicas de todos os indivíduos. De forma deliberada ou não, a escola é um lugar de construção de saberes, que suscita vivências ao nível afectivo-sexual.

Dar apoio às escolas é uma forma de investir nos adolescentes e prepará-los para terem vidas produtivas e satisfatórias. As escolas são um local prioritário pois oferecem oportunidades únicas para prevenir a infecção por VIH na medida em que permitem: abranger um grande grupo de pessoas, incluindo jovens, funcionários da escola, pais e membros da comunidade; educar os adolescentes antes de eles se depararem com tomadas de decisão acerca da sua sexualidade e comportamentos sexuais de risco; trabalhar na aquisição de conhecimento,

atitudes e valores importantes na prevenção do VIH; integrar a educação para o VIH na educação sobre a saúde reprodutiva, consumo de álcool e drogas e outros aspectos da sua saúde; ter um canal para a comunidade na prevenção do VIH/Sida; reduzir a discriminação numa variedade de formas e abranger jovens em idades de grande influência no estabelecimento de comportamentos e estilos de vida adoptados para a sua vida futura (WHO, 1999).

No entanto, vários argumentos têm sido avançados contra o envolvimento da escola em programas de educação sexual. Um dos mais frequentes é o receio de que falar de sexualidade em contextos formais possa funcionar como mecanismo de incentivo a comportamentos sexuais precoces. A literatura científica disponível sobre a avaliação de programas de educação sexual revela que a participação em actividades de Educação Sexual não provoca maior precocidade antes, pelo contrário, parece demonstrar que os jovens que frequentam este tipo de acções, em comparação com os que não frequentam, iniciam, em média, a actividade sexual um pouco mais tarde. Há evidências que programas adequados de educação sexual têm, efectivamente, contribuído para reduzir comportamentos de risco e para aumentar comportamentos preventivos (WHO, 1999)..

Como vimos, não é possível separar a influência dos vários agentes de socialização no desenvolvimento, sendo que o desenvolvimento de acções de educação sexual nas escolas pode conduzir a uma multiplicação de oportunidades para que estes assuntos também sejam abordados no contexto familiar e, mesmo, favorecer a interligação entre a escola e a família. A escola e a família complementam-se no processo educativo, sendo que a criação e manutenção de canais de comunicação funcionais e articulados entre os universos escolar e familiar produz vantagens suficientemente comprovadas a diversos níveis, nomeadamente no rendimento escolar dos alunos, na sua inserção escolar e social e na rentabilização da instituição escolar como agente de dinamização das comunidades e de mudança social.

No que diz respeito à família, os dados mostram dois factores cruciais que mediatizam a influência dos factores de risco ambiental: as competências parentais e os padrões de comunicação jovem-pais. Parece pois vantajoso incluir um apoio aos pais nestas áreas com vista a robustecer as suas competências e favorecer a diminuição do impacto de factores de risco do envolvimento sobre o jovem (Matos, 1997; DiClemente, Wingood, Crosby, et al, 2001).

A avaliação de estudos de VIH/Sida identifica que os programas de educação devem ser baseados nos comportamentos de risco, mas também na teoria da aprendizagem social, no enriquecimento individual pelo treino e educação em métodos de aprendizagem pessoal (auto-eficácia para a utilização do preservativo, como responder à pressão social, oferecer oportunidades para praticar as competências em comunicação e negociação), (WHO, 1999). No fundo,

desenvolver as competências sociais, o auto-conceito, a participação, a resolução de problemas e tomada de decisão de forma a fortalecer os recursos pessoais no domínio social, afectivo ou cognitivo que permitam otimizar o seu funcionamento saudável e adaptado. A percepção que os jovens têm da sua participação nas decisões que dizem respeito à vida escolar parece também ser uma componente fundamental, como é referido por Ramirez e colaboradores (Ramirez et al., 2000). Este autor defende que para desenvolver estratégias de prevenção eficientes, devem ser tidas em consideração as percepções, interpretações e propostas de soluções dos jovens, face aos seus problemas.

A educação sexual deve ocorrer numa perspectiva de desenvolvimento de uma sexualidade e actividade sexual esclarecida e saudável, promovendo a responsabilidade de tomada de decisões por comportamentos sexuais positivos para a saúde e para a qualidade de vida nos jovens (Grunseit, Kippax, Aggleton, Baldo & Slutkin, 1997).

Os programas de prevenção de VIH procuram diminuir o risco de infecção nos adolescentes através, de informações necessárias para a redução de riscos e através do desenvolvimento de competências comunicacionais e de tomada de decisões. Uma das vantagens da educação de pares reside na boa aceitabilidade das mensagens (Haignere, Fustenberg, Silver, Malanka & Kelly, 1997), e a pesquisa existente parece demonstrar que os pares têm uma influência importante nas expectativas, atitudes e comportamentos dos jovens (Kinsman, Romer, Furstenberg & Aschwarz, 1998; Lindsey & Billie, 1997). As teorias do comportamento sugerem que os educadores de pares parecem ter maior facilidade para alcançar as populações de mais difícil acesso, para traduzir mensagens de educação para a saúde de forma a que sejam culturalmente adequadas e para comunicar essas mensagens aos adolescentes (Turner & Shepherd, 1999). A educação de pares parece também ser mais efectiva do que a educação tradicional quando se lida com tópicos sensíveis como a sexualidade humana em que estão envolvidos valores pessoais e emoções, em parte porque a audiência pode perceber o facilitador como estando num nível mais acessível e similar (Sawyer, Pinciario & Bedwell, 1997).

Torna-se necessário reformular algumas estratégias de comunicação com os jovens que permitam integrar as medidas preventivas num contexto de desenvolvimento e de saúde global dos adolescentes, dando-se ênfase à complexidade das inter-relações entre factores biológicos, psico-afectivos e sociais durante a adolescência e sem se restringirem ao objectivo da prevenção e dos cuidados clínicos ligados às diferentes morbilidades.

Estudo "Os adolescentes portugueses e o VIH/Sida"

O estudo "jovens portugueses e o VIH/Sida" (Matos et al 2001, 2003a) utilizou a

amostra nacional portuguesa do estudo internacional "Health Behaviour in School-aged Children" (HBSC, Currie et al 2001, 2004), estudo colaborativo da Organização Mundial de Saúde. Este é realizado de 4 em 4 anos por uma rede europeia de profissionais ligados à Saúde e à Educação. O objectivo é a análise dos estilos de vida, dos comportamentos de saúde e o contexto social das suas vidas, em jovens em idade escolar (King, Wold, Tudor & Harel, 1996; Currie, Hurrelmann, Settertobulte, Smith & Todd, 2000; Matos, Simões, Carvalhosa, Reis & Canha, 2000).

Neste trabalho foi analisado o modo como os dados demográficos, as características pessoais, as relações com os pais com os pares e ainda o envolvimento escolar estão associados ao conhecimento sobre as formas de transmissão e a atitude face a pessoas infectadas. Foram utilizados dados da amostra Portuguesa de 1998 do "Health Behaviour in School-Aged Children: a WHO Cross Cultural Study".

O Questionário

O questionário "**Comportamento e Saúde em Jovens em Idade Escolar**" utilizado neste estudo foi o adoptado no estudo europeu **HBSC** em 1998 (Currie et al, 2000; Matos et al, 2000). Foram incluídas as questões demográficas e um conjunto de questões relacionadas com expectativas para o futuro, história de consumos (consumo de álcool, tabaco e drogas), prática de exercício físico e tempos livres, hábitos alimentares e de higiene, bem-estar e apoio familiar, ambiente na escola (amigos, professores e violência), imagem pessoal, queixas de sintomas psicológicos e somáticos e crenças e atitudes face ao VIH/Sida.

Conhecimentos e atitudes dos adolescentes portugueses face ao VIH/Sida e aos portadores de VIH/Sida

Os dados foram recolhidos em 191 escolas nacionais, de ensino regular, num total de 6903 alunos. As escolas foram sorteadas de uma lista nacional de escola públicas do ensino regular (Matos et al, 2001). Foram seleccionados alunos dos 6º, 8º e 10º anos de escolaridade. Os jovens tinham uma idade média de 14 anos e um pouco mais de metade dos jovens (53%) são do género feminino.

A análise dos resultados sugere a existência de algumas fragilidades no conhecimento dos jovens acerca da transmissão e prevenção da infecção por VIH/Sida (Matos et al, 2001). As raparigas parecem ter melhores conhecimentos dos modos de transmissão e uma atitude mais positiva face aos portadores, assim como os adolescentes mais velhos. Quando o conhecimento acerca dos modos de transmissão é deficitário, as atitudes face às pessoas infectadas tendem a ser menos positivas. Os adolescentes com um estatuto sócio-económico médio, com melhores expectativas face ao futuro e com uma melhor percepção da escola e do

seu desempenho escolar, os adolescentes com incentivo familiar para ter bons resultados escolares, os adolescentes com algum apoio social por parte dos pais, tendem a constituir o grupo do(a)s jovens com melhores conhecimentos sobre as formas de transmissão do VIH/Sida e também com menos tendência a discriminar os indivíduos infectados (Matos et al, 2003b).

Um maior conhecimento das formas de transmissão, aparece ligado a uma atitude mais positiva face a pessoas infectadas sublinhando a importância de uma maior informação como modo de diminuir atitudes discriminatórias, sugerindo que estas se podem dever a falta de esclarecimento. Este perfil assim definido sugere claramente a importância da promoção de um relacionamento interpessoal gratificante entre pais, na Escola; sublinha a importância da Escola e dos professores, não só a nível da transmissão de conhecimentos como a nível da transmissão de atitudes, aponta ainda a importância que podem ter nestas idades os "mass media", nomeadamente a televisão, na promoção de comportamentos de saúde e de atitudes seguras mas não discriminatórias entre pessoas que se percebem como saudáveis e pessoas que são percebidas como doentes. Os resultados do mais recente estudo HBSC em Portugal (Matos et al, 2003a) reafirmam na sua generalidade este padrão.

Referências

- Caissy, G. A. (1994). *Early adolescence – Understanding the 10 to 15 year old*. New York: Plenum Press.
- Centers for Disease Control and Prevention (2000). *CDC Fact Book 2000/2001*. Department of Health and Human Services. Retirado da World Wide Web: www.cdc.gov/maso/factbook/
- Claúdio, V., Pereira, M. & Robalo, P. (1994). SIDA! A falsa protecção que o amor tece. *Análise Psicológica*, 2 (3), 211-226.
- Currie, C., Hurrelmann, K., Settertobulte, W., Smith, R., & Todd, J. (Eds.). (2000). *Health and health behaviour among young people*. HEPCA series: World Health Organization.
- Currie, C., Roberts, C, Morgan, A., Smith, R., Settertobulte, W., Samdal, O, & Rasmussen, V. *Young people's health in context. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey*. Copenhagen: Who Regional Office for Europe (Health Policy for Children and Adolescents, No. 4).
- Dias, S., Matos, M., Gonçalves, A.(2001). *Comportamento sexual – auto-relatos numa comunidade migrante*. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 35 (2): 137-153
- Dias, S., Matos, M., Gonçalves, A.(2002). *Conhecimentos, atitudes e comportamentos face ao VIH numa comunidade migrante – implicações*

- para a intervenção. *Psicologia, Saúde & Doença*, 3, (1): 89-102.
- DiClemente, R. (1991). Predictors of HIV-preventive sexual behavior in a high-risk adolescent population: the influence of perceived peer norms and sexual communication on incarcerated adolescents' consistent use of condoms. *Journal of Adolescent Health*, 12: 385-390.
- DiClemente, R., Hansen, W., Ponton, L. (1996). *Handbook of adolescent health risk behavior*. New York: Plenum Press.
- DiClemente, R., Wingood, G., Crosby, R., Sionean, C., Cobb, B., Harrington, K., Davies, S. Hook III, E., Oh, K. (2001). Parental Monitoring: Association with adolescents' risk behaviours. *Pediatrics*, 107, 6: 1363-1369
- Dilorio, C., Kelley, M. & Hockenberry-Eaton, M. (1999). Communication about sexual issues: mothers, fathers, and friends. *Journal of Adolescent Health*, 24: 181-189
- Dittus, P. & Jaccard, J. (2000). Adolescents' perceptions of maternal disapproval of sex: relationship to sexual outcomes. *Journal of Adolescent Health*, 26: 268-278
- Gagnon, J. (1990). The explicit and implicit use of the scripting perspective in sex research. *Annual Review of Sex research*, 1: 1-43.
- Grunseit, A., Kippax, S., Aggleton, P., Baldo, M., & Slutkin, G. (1997). Sexuality education and Young people's sexual behavior: A review of studies. *Journal of Adolescent Research*, 12, (4): 421-453.
- Haignere, C.S., Fustenberg, N., Silver, R., Malanka, H. & Kelly, J.T. (1997). One method for assessing HIV/AIDS peer-education programs. *Journal of Adolescent Health*, 21: 76-79.
- Hingson, R., Strunin, L., Berlin, B., et al. (1990). Beliefs about AIDS, use of alcohol and drugs, and unprotected sex among Massachusetts adolescents. *American Journal of Public Health*, 80: 295-299.
- Hockenberry-Eaton, M., RiChaman, M., Dilorio, C., Rivero, T. & Maibach, E. (1996). Mother and Adolescent Knowledge of Sexual Development: the effects of gender, age, and sexual experience, *Adolescence*, 31, 121: 35-47
- Huebner, A., Howell, L. (2003). Examining the relationship between adolescent sexual risk-taking and perceptions of monitoring, communication, and parenting styles. *Journal of Adolescent Health*, 33: 71-78
- Hutchinson, K., Jemmott, J., Jemmott, L., Braverman, P. & Fong, G. (2003). The role of mother-daughter sexual risk communication in reducing sexual risk behaviours among urban adolescent females: a prospective study. *Journal of Adolescent Health*, 33: 98-107.
- Jacobson, K. & Crockett, L. (2000). Parental monitoring and adolescent adjustment: an ecological perspective. *Journal of research on adolescence: the official journal of the Society for Research on Adolescence*, 10: 65-97.

- Kann, L., Kinchen, S., Williams, B., Ross, J., Lowry, R., Grunbaum, J., Kolbel. (2000). Centers for Disease Control and prevention. National Center for Chronic Disease prevention and health promotion. Division of Adolescent and School Health. Youth Risk Behavior Surveillance: United States,1999. MMWR, 49 (SS05).
- Kann, L.; Warren, C., Harris, W., et al. (1995) Centers for Disease Control and prevention. National Center for Chronic Disease prevention and health promotion. Division of Adolescent and School Health. Youth Risk Behavior Surveillance: United States, 1993. MMWR, 44 (SS01).
- Kinsman, S., Romer, D., Furstenberg, F. & Aschwarz, D. (1998). Early sexual initiation: the role of peer norms. *Pediatrics*, 102: 1185-1192.
- Kirkman, M., Rosenthal, D. & Smith, A. M. A. (1998). Adolescent sex and the romantic narrative: why some young heterosexuals use condoms to prevent pregnancy but not disease. *Psychology, Health & Medicine*, 3, (4): 355-370.
- Leigh, H., & Stall, R. (1993). Behavioral intervention to reduce risk activities. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57: 60-67.
- Linday, J., Smith, A. & Rosenthal, D. (1997). Secondary Students, HIV/AIDS And Sexual Health. Centre for the Study of Sexually Transmissible Diseases. Faculty of Health Sciences, La Trobe University.
- Lindsey, B. & Billie J. (1997). Peer education: a viewpoint and critique. *Journal of American College Health*, 45, (Issue 4): 187-193
- Matos, M. (1997). *Comunicação e gestão de conflitos na escola*. Lisboa: Edições FMH.
- Matos, M., Simões, C., Carvalhosa, S., & Canha, L. (2001). A saúde dos adolescentes de Lisboa. Faculdade de Motricidade Humana/GPT da CMLisboa.
- Matos, M., Simões, C., Carvalhosa, S., Reis, C., & Canha, L. (2000). A saúde dos adolescentes portugueses. Faculdade de Motricidade Humana/PEPT-Saúde.
- Matos, M., Dias, S. & Aventura Social (2003a). A Saúde dos adolescentes portugueses (quatro anos depois). Lisboa: Ed FMH/IHMT/FCT/CNLCSIDA/HBSC.
- Matos, M., Battistutta, D., Simões, C., Carvalhosa, S., **Dias, S.** & Gonçalves, A.(2003b). Conhecimentos e atitudes sobre o VIH/SIDA em adolescentes Portugueses. *Psicologia: Saúde & Doenças*, 4 (1), 3-20.
- McDermott, R.. (1998). Adolescent HIV prevention and intervention: a prospect theory analysis. *Psychology, Health & Medicine*, 3, (4): 371-385.
- Mcneely, C., Shew, M., Beuhring, T., Sieving, R., Miller, B. & Blum, R. (2002). Mothers' Influence on the timing of first sex among 14- and 15-years-olds.

- Journal of Adolescent Health, 31: 256-265
- Meschke, L., Bartholomae, S. & Zenthall, S. (2002). Adolescent sexuality and parent-adolescent process: promoting healthy teen choices. *Journal of Adolescent Health*, 31: 264-279.
- Miller, B. & Dyk, P. (1993). Sexuality. In P.H. Tolan & B.J. Cohler (Eds.), *Handbook of clinical research and practice with adolescents* (pp 95-124). New York: John Willey & Sons, Inc.
- Moore, S. & Rosenthal, D. (1991), Adolescent's Perceptions of Friends' and Parent's Attitudes to Sex and Sexual Risk-Taking. *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 1: 189-200
- Moore, S., Rosenthal, D. & Mitchell, A. (1996). *Youth, AIDS and Sexually Transmitted Diseases*. London: Routledge.
- Newton, M. (1995). *Adolescence: Guiding youth through the perilous ordeal*. New York: Norton.
- O'Leary, A., & Raffaelli M., (1996). Preventing the sexual transmission of HIV: current status and future directions. *Psychology and Health*, 11: 75-94.
- Ogden, J. (1999). *Psicologia da Saúde*. Lisboa: Clemepsi.
- Pilkington, C., Kern, W., & Indest, D. (1994). Is safer sex necessary with a "safer" partner? Condon use and a romantic feelings. *The Journal of Sex Research*, 31: 203-210.
- Ramirez, J., Gosset, D., Ginburg, K., Taylor, L., & Slap, G. (2000). Preventing HIV transmission: the perspective of inner-city Puerto Rican adolescents. *Journal of Adolescents Health*, 26, (4): 258-267.
- Rogers, K. (1999). Parenting process related to sexual risk-taking behaviours of adolescent males and females. *Journal of Marriage & the Family*, 61: 99-109.
- Rosenthal, D., Moore, S., & Flynn, I. (1991). Adolescent self efficacy, self esteem, and sexual risk-taking. *Journal of Community Apply Social Psychology*, 1: 77-88.
- Sawyer, R G., Pinciaro, P. & Bedwell, D. (1997). How peer education changed peer sexuality educators' self-esteem, personal development, and sexual behaviour. *Journal of American College Health*. 45, (Issue 5): 211-217.
- Shafer, M. & Boyer, C. (1991). Psychosocial and behavioral factors associated with risk of sexually transmitted diseases, including human immunodeficiency virus infection among urban high school students. *Journal of Pedriatric*, 119: 826-833.
- Small, S. & Luster, T. (1994). Adolescent sexual activity: an ecological, risk-factor approach. *Journal of Marriage & the Family*, 56:181-192
- Smith, G., Kippax, S., & Aggleton, P. (2000). HIV and sexual health education in primary and secondary schools. Findings from selected Asia-Pacific

- countries. National Centre in HIV Social Research. Faculty of Arts and Social Sciences. The University of New South Wales. Retirado da World Wide Web: www.arts.unsw.edu.au/nchsr/
- Stieving R., Resnick M., Bearinger L., Remafedi G., Taylor B., Harmon B. (1997). Cognitive and behavioral Predictors of sexually transmitted disease risk behavior among sexually active adolescents. *Pediatrics & Adolescent Medicine*, 151: 243-251.
- Thompson, J., Sanderson, C., Potter, J., Maibach, E. & McCormack, M. (1997). Psychological and behavioral factors predicting attendance at a community-based HIV prevention intervention. *Journal of Health Psychology*, 2, (1):75-84
- Turner, G. & Shepherd, J. (1999) A method in search of a theory: peer education and health promotion. *Health Education Research*, 4, 2: 235-247.
- UNAIDS Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, (2000): AIDS Epidemic Update December 2000. Retirado da World Wide Web: www.unaids.org/epidemic_update/report_dec00
- World Health Organization (1999). WHO Information Series on School Health. Document six. Preventing HIV/AIDS/STI and related discrimination: An important responsibility of Health promoting schools WHO: Geneva. Retirado da World Wide Web: www.who.int/hpr/gshi/docs
- Zimet, G., Bunch, D., Anglin, T. et al (1992). Relationship of AIDS- related attitudes to sexual behavior changes in adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 13: 493-498.

Saúde, etnicidade e risco

Margarida Gaspar de Matos, Aldina Gonçalves, Tania Gaspar & Sónia Dias

Na sequência do estudo nacional HBSC/ OMS sobre a saúde dos adolescentes portugueses (Matos e al, 2003), o presente estudo debruça-se sobre uma população de adolescentes frequentando os 6^{os}, 8^{os} e 10^{os} anos de escolas situadas em zonas desfavorecidas da cidade de Lisboa ou cidades limítrofes. Estudou-se também uma amostra da população adolescente destas zonas que não frequenta regularmente a escola. Os anos de escolaridade foram escolhidos seguindo o protocolo internacional HBSC (Currie et al, 2004; Matos et al 2003). Foram seleccionadas para participação no estudo quatro zonas com bairros sócio-economicamente desfavorecidos: Oeiras, Marvila (Lisboa), Amadora e Loures. Foram seleccionadas escolas e associações de uma lista apresentada pelos parceiros na comunidade, visando cobrir as zonas mais desfavorecidas e com maior concentração de adolescentes migrantes. O questionário em contexto escolar foi aplicado a todos os alunos das turmas seleccionadas. Foram seleccionadas 12 escolas públicas do ensino regular e destas foram sorteadas aleatoriamente turmas de modo a estratificar a amostra pelos 6^o, 8^o e 10^o anos de escolaridade. Na zona de Oeiras, foram seleccionadas 3 escolas, na zona de Marvila 3 escolas, na zona da Amadora 2 escolas e na zona de Loures foram seleccionadas 4 escolas.

De acordo com o protocolo de aplicação do questionário Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) para 2002 (Currie et al., 2001), a técnica de escolha da amostra foi a amostragem por grupos, onde o grupo ou unidade de análise foi a turma. Foram seleccionadas 71 turmas, 24 do 6^o ano, 24 do 8^o ano e 23 turmas do 10^o ano. Da totalidade de questionários enviados para as escolas das quatro zonas, foi obtida uma taxa de respostas das escolas de 83%, foi obtida resposta de todas as escolas excepto duas por motivo maior justificado (incêndio e realização próxima de outro questionário). Foram recebidos 928 questionários, tendo sido excluídos 9 que se encontravam indevidamente preenchidos. A amostra final corresponde a 919 questionários.

A recolha de dados na comunidade foi efectuada pelas associações parceiras e pela equipa do projecto, utilizando o mesmo instrumento: o questionário Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) para 2002 (Currie et al., 2001). Foram aplicados na comunidade uma totalidade de 118 questionários.

O questionário “Comportamento e Saúde em adolescentes em idade escolar” utilizado neste estudo, foi o mesmo adoptado no estudo internacional de 2002 do HBSC - Health Behaviour of School Aged-Children (Currie et al., 2001),

traduzido em Português pela equipa portuguesa do Aventura Social (Matos et al, 2003).

O questionário de auto-preenchimento é composto por três partes. Uma primeira parte geral, que engloba questões demográficas (idade, género, estatuto sócio-económico), questões relativas ao ambiente na escola, ao consumo de tabaco e álcool, à violência, à imagem do corpo, família, escola e pares. Uma segunda parte, específica do questionário português (Matos et al 2003), com questões relacionadas com cultura de grupo e lazer, consumo de drogas e actividade física e uma terceira parte, também apenas relativa ao questionário português (Matos et al, 2003), que inclui questões relativas ao comportamento sexual e atitudes e conhecimentos face ao VIH/Sida. O objectivo fundamental do estudo é efectivamente este último grupo servindo os anteriores de dados de contextualização.

A maioria dos adolescentes que constitui a amostra recolhida na escola é de nacionalidade portuguesa. Os adolescentes quando questionados relativamente ao grupo de identificação de que se consideram parte, identificam-se mais frequentemente como “branco”. Os adolescentes referem na maioria que falam português em casa. A maioria dos pais dos adolescentes têm emprego. A maior parte dos pais pertence a um nível baixo (nível quatro e cinco). Em relação ao nível de instrução dos pais, verificamos que a maior parte dos pais tem o 1º ciclo. Quando questionados relativamente ao nível financeiro da sua família, mais de um terço refere que é “muito bom / bom”.

No entanto, tomando como referência o estudo nacional HBSC (Matos et al, 2003), verifica-se que os adolescentes do presente estudo têm uma média de idade mais alta (14.4 vs 14.0), têm uma maior percentagem de jovens oriundos de países africanos (19% vs 2.2%) e são os que mais percebem que o nível financeiro da família “não é muito bom/mau” (17% vs 8.2%).

Na comunidade, a maior parte dos jovens da amostra é de nacionalidade Cabo - Verdiana, assim como a maioria dos seus pais e mães. Identificam-se mais frequentemente com o grupo “negro”. Muitos jovens referem que não falam português em casa. A maioria dos pais e mães destes jovens têm emprego. A maioria dos pais pertence a um nível profissional baixo (nível cinco). Verificamos que a maior parte dos pais tem o 1º ciclo. Quando questionados relativamente ao nível financeiro da sua família, a maior parte refere que é “não muito bom / mau”. Comparando os jovens portugueses com os jovens estrangeiros/africanos, encontram-se distribuídos em percentagens idênticas no que se refere ao género e os portugueses são mais novos. A maioria dos jovens estrangeiros/africanos são de Cabo Verde. Os jovens portugueses quando questionados relativamente ao grupo de identificação de que consideram que fazem parte, identificam-se mais frequentemente como “branco” e os jovens estrangeiros/africanos, identificam-se

mais frequentemente como “negro”. A maioria dos jovens refere que fala português em casa, no entanto cerca de metade dos jovens estrangeiros/africanos referem outra língua em casa.

São os jovens estrangeiros/africanos que mais referem que não vêem ou não têm pai nem mãe. Os jovens estrangeiros/africanos e portugueses, referem mais que os pais (pai e mãe) pertencem a um nível baixo (nível cinco). Em relação ao nível de instrução dos pais, verificamos que são os jovens estrangeiros/africanos que mais referem que os pais nunca estudaram ou têm curso superior, verificamos que são os jovens estrangeiros/africanos que mais referem que as mães nunca estudaram. Os jovens portugueses são os que mais referem que o nível financeiro da sua família é “muito bom / bom”. São os jovens estrangeiros/africanos que mais referem que, às vezes, vão para a cama com fome.

Alimentação

Na escola, a maioria dos adolescentes refere que toma o pequeno almoço, almoço e jantar. Quando se comparam as respostas dos rapazes e das raparigas, verifica-se que são rapazes quem mais refere que toma pequeno almoço, almoço e jantar. São os adolescentes mais novos quem mais refere que toma o pequeno almoço, almoço e jantar. Em relação ao consumo de batatas fritas, hambúrgueres a maioria dos adolescentes refere consumo uma vez por semana. Também a maioria dos adolescentes refere consumo de doces, chocolates, colas e outros refrigerantes e vegetais pelo menos uma vez por semana. Uma grande maioria refere consumo de leite e fruta pelo menos uma vez por semana. Em relação ao consumo de batatas fritas, hambúrgueres, colas e outros refrigerantes e leite são mais as raparigas que referem consumo raramente ou nunca.

No entanto, tendo como referência o estudo nacional HBSC (Matos et al, 2003), verifica-se que os jovens do presente estudo consomem mais hamburgueses, cachorros quentes e salsichas, pelo menos uma vez por dia (19.2% vs 10%).

Na comunidade a maioria dos jovens refere que toma o pequeno almoço, almoço e jantar. Em relação aos alimentos consumidos, a maioria refere consumo pelo menos uma vez por dia leite, fruta e colas e outros refrigerantes. Mais de um terço refere consumo, pelo menos uma vez por dia, de vegetais e doces ou chocolates. A maioria refere consumo, raramente ou nunca, de hambúrgueres, cachorros quentes e salsichas.

Comparando os jovens portugueses com os jovens estrangeiros/africanos, verificamos que são os estrangeiros /africanos quem mais refere só tomar o almoço e o jantar ou comer quando calha. Os jovens portugueses referem mais consumo de leite pelo menos uma vez por dia.

Imagem do corpo

Na escola, metade dos adolescentes considera o seu aspecto normal. Cerca de metade dos adolescentes refere que considera o seu corpo ideal. São os rapazes que mais referem considerar o seu corpo ideal, e mais de um terço das raparigas considera o seu corpo gordo. São os adolescentes mais velhos, com dezasseis anos ou mais, que menos referem considerar o seu corpo ideal. Quanto questionados acerca de estar em dieta, a maioria dos adolescentes refere que o não está porque o seu peso está bom, e um quarto das raparigas refere que não está em dieta mas que precisa de perder peso. São os adolescentes de Loures quem mais refere que não está em dieta porque o seu peso está bom, estando os de Marvila no extremo oposto. A maioria das raparigas refere que já tem a menstruação, destas cerca de metade refere que tinha doze ou treze anos quando teve a primeira menstruação.

Na comunidade, a maioria dos jovens avalia a sua aparência física como normal. Cerca de metade dos jovens avalia o seu corpo como “ideal”, sendo que um quarto dos jovens considera o seu corpo magro e mais de um quarto considera-o gordo. Quando questionados sobre a dieta, a maioria dos jovens refere que não a faz e que o seu peso está bom. A maioria das raparigas refere que já tem a menstruação. Das raparigas que dizem já ter a menstruação, cerca de metade refere que tinha doze ou treze anos quando teve a primeira menstruação.

Comparando os jovens portugueses com os jovens estrangeiros/africanos, são os jovens estrangeiros/africanos que mais referem que não estão a fazer dieta porque o seu peso está bom. Os jovens portugueses são os que mais fazem dieta ou não fazem nas dizem que precisam de perder peso.

Actividade física e lazer

Na escola, mais de um terço dos jovens refere prática de actividade física três vezes ou mais por semana. São os rapazes que praticaram mais actividade física na última semana. Mais de metade dos adolescentes refere prática de futebol e uma pequena minoria refere nunca ter praticado desporto. São os rapazes que mais referem prática de futebol e são as raparigas que mais referem prática de voleibol. São os adolescentes de treze anos que mais referem prática de ginástica. São os adolescentes de Oeiras que menos referem prática de voleibol. As ocupações de tempos livres mais assinaladas pelos jovens são audição de música, conversa com os amigos, televisão ou vídeo, visita a pessoas conhecidas ou familiares e estar com os amigos. As actividades prática de um desporto, ajuda nos trabalhos domésticos e ir à praia, também são referidas por uma grande maioria. Quando estudadas as cinco actividades de ocupação de tempos livres mais referidas, são as raparigas que mais referem ocupação do tempo livre a ouvir música. Segundo o grupo etário, verificamos, que são os adolescentes mais novos que menos referem ocupação do tempo livre a ouvir música. A maioria dos adolescentes refere que passa o tempo livre em casa e cerca de um quarto refere que o passa na rua. São os

rapazes que referem que passam o seu tempo livre na rua e as raparigas mais em casa. Sobre o número de horas que os adolescentes passam a ver televisão, durante a semana, a maioria refere uma ou duas horas, enquanto que ao fim de semana a maioria refere três horas ou mais.

Tomando como referência o estudo nacional HBSC (Matos et al, 2003), verifica-se que os adolescentes do presente estudo praticam mais actividade física todos os dias (22.9% vs 12.6%), praticam mais voleibol (21.2% vs 12.4%) e vêem mais televisão, três ou mais horas, durante a semana (46% vs 33%).

Na comunidade, cerca de um terço dos jovens refere ter pratica de menos de três vezes por semana ou três vezes ou mais. O tipo de desporto mais praticado pelos jovens é o futebol, seguido pela ginástica e pelo basquetebol. As ocupações de tempos livres mais assinaladas pelos jovens são audição de música, conversa com os amigos, televisão ou vídeo. Os locais onde a grande maioria dos jovens refere passar o seu tempo livre são o centro desportivo e o centro de juventude. Os jovens na sua maioria passam quatro horas ou mais a ver televisão, quer durante a semana, quer ao fim de semana

Comparando os jovens portugueses com os jovens estrangeiros/africanos, são os portugueses que mais referem ocupação do tempo livre na companhia dos amigos. Ao fim-de-semana, são os jovens portugueses que mais referem ver televisão uma a duas horas por dia.

Uso de substâncias

Na escola, a maioria diz que não experimentou tabaco. São os mais velhos que mais o referem. A grande maioria dos adolescentes diz que não consome tabaco. São os mais velhos que mais referem já experimentam álcool. A maioria dos adolescentes refere que nunca bebe bebidas alcoólicas. As bebidas destiladas são as mais consumidas pelos adolescentes. São os rapazes que mais referem consumo de cerveja e vinho todos os dias ou todas as semanas. São os adolescentes mais novos que mais referem que nunca consomem cerveja, nem bebidas destiladas. A maioria dos adolescentes refere que nunca ficaram embriagados. São as raparigas que mais referem que nunca ficaram embriagadas. São os mais novos que mais referem que nunca ficaram embriagados. São os rapazes que mais referem experimentação de haxixe. São os mais velhos que mais referem experimentação haxixe. É na zona da Amadora que os adolescentes mais referem experimentação de haxixe. Dos adolescentes que referem experimentação de droga, a maioria refere tê-lo feito com catorze anos ou mais. Os adolescentes mais velhos são os que mais referem tê-lo feito com catorze anos ou mais. Os adolescentes de Marvila são os que referem mais ter tido a primeira experiência com drogas com 14 anos ou mais e os adolescentes de Loures são os que mais referem tê-lo feito com 12, 13 anos. A grande maioria dos adolescentes refere não ter consumido

droga no último mês. São as raparigas que mais referem não ter consumido. São os mais velhos que mais referem consumo de droga, de modo regular, no último mês. Os adolescentes na grande maioria referem que nunca experimentaram haxixe. São as raparigas que mais referem que nunca experimentaram haxixe. São os mais velhos que mais referem ter consumido haxixe mais de três vezes ao longo da sua vida. A grande maioria dos adolescentes refere não ter consumido haxixe no último ano. São os rapazes e os mais velhos que mais referem consumo de haxixe no último ano. São os adolescentes da Amadora que referem mais consumo.

Tomando como referência o estudo nacional HBSC (Matos et al, 2003), verifica-se que os adolescentes do presente estudo apresentam valores face ao consumo de substâncias equivalentes, no entanto consomem menos tabaco todos os dias (3.3% vs 8.5%).

Na comunidade, a maioria dos jovens diz que não experimentou tabaco e mas que experimentou álcool. A maioria dos jovens refere nunca consumir bebidas alcoólicas, cerca de um terço refere consumir raramente cerveja e bebidas destiladas. A maioria dos jovens refere que nunca ficou embriagado. O haxixe é a substância ilícita mais experimentada pelos jovens. Os jovens que referem experimentação de droga, apontam como a idade média da experimentação catorze anos ou mais. A grande maioria dos jovens refere que não consumiu droga no último mês. A grande maioria dos jovens refere que não ter experimentou haxixe.

Comparando os jovens portugueses com os jovens estrangeiros/africanos, são os jovens estrangeiros/africanos que mais referem consumo de tabaco pelo menos uma vez por mês, consumo de bebidas alcoólicas em excesso (embriaguez) quatro ou mais vezes, consumo de haxixe três ou mais vezes ao longo da vida e consumo de haxixe, no último ano.

Violência

Na escola, cerca de um terço dos adolescentes refere envolvimento, de uma a três vezes, em lutas no último ano. Sendo mais os rapazes que as raparigas. São os adolescentes de treze anos que referem envolvimento, de uma a três vezes ou quatro vezes ou mais, em lutas no último ano. Cerca de metade dos adolescentes que referem envolvimento em lutas refere tê-lo feito com um amigo ou conhecido. Mais de um terço da amostra sofreu uma lesão no último ano. São os rapazes que sofreram mais lesões no último ano. Verifica-se que um número significativo de adolescentes, já se envolveu em comportamentos de provocação na escola, seja como "provocado" (vítima), seja como "provocador" (agente) e que mais de metade dos adolescentes inquiridos refere que foi provocado na escola, nos últimos dois meses. Mais de um quarto dos adolescentes afirma ainda ter

provocado outro(s) aluno(s) na escola, nos últimos dois meses. São os adolescentes de treze anos que mais referem envolvimento em provocações como vítimas. São os adolescentes de Marvila que mais referem envolvimento em provocações como vítimas várias vezes por semana. São os rapazes que mais referem envolvimento em provocações como agressores. São os adolescentes de treze anos que mais referem envolvimento em provocações como agressores. São os adolescentes de treze anos que mais referem que foram gozados, ou que outros lhes chamaram nomes e fizeram troça. Verifica-se que são mais os rapazes que referem que tiveram comportamentos de provocação como agressores, comportamentos do tipo gozo, agressão ou comentários sexuais. São os adolescentes de treze anos que mais referem agressões, pontapés, encontrões e empurrões. A grande maioria dos adolescentes refere que não andou com armas nos último mês. São os rapazes que mais referem ter andado com armas no último mês. A grande maioria dos adolescentes refere não ter utilizado armas no último mês. Dos alunos que utilizaram armas, no último mês, a maioria refere uma faca ou canivete.

Em referência ao estudo nacional HBSC (Matos et al, 2003), os adolescentes do presente estudo apresentam valores face ao não envolvimento em lutas inferiores (55.7% vs 63.1%) e apresentam um maior número de lesões, 1 a 3 no último ano (38.2% vs 19.2%).

Na comunidade, a maioria dos jovens refere não envolvimento em lutas no último ano, um terço refere uma a três vezes. A maioria dos jovens que lutaram refere ter lutado com um amigo ou conhecido. Mais de um terço sofreu uma lesão no último ano. Verifica-se que a maioria dos jovens não se envolveu em comportamentos de provocação na escola, nem como provocado nem como provocador. Mais de um terço dos inquiridos refere que foi provocado que provocou outro(s) aluno(s) na escola, nos últimos dois meses, uma ou mais vezes por semana. Os comportamentos de provocação mais referidos pelas vítimas foram o gozo, insulto, troça, mentira e boatos, encontrões e empurrões. A grande maioria dos jovens refere não ter andado com armas nem utilizado armas no último mês. Dos que as utilizaram, a maioria refere uma faca ou canivete.

Comparando os jovens portugueses com os jovens estrangeiros/africanos, os portugueses são os que mais referem luta com um irmão ou irmã e os jovens estrangeiros/africanos com o namorado ou namorada. No caso de gozo com religião e com a cor da pele, são os jovens estrangeiros/africanos que mais referem que foram provocados desta forma e são ainda os jovens estrangeiros/africanos que mais referem que provocam no caso de gozo com religião.

Ambiente familiar

Na escola, a grande maioria refere que mora com mãe, a maioria dos adolescentes refere que mora com o pai e pouco menos de um terço refere outros familiares. São os adolescentes da Amadora que mais referem não morar com a mãe. A maioria refere que mora em casa todo o tempo. São os adolescentes mais novos (treze e quinze anos) que menos referem morar em casa todo o tempo. Cerca de metade dos adolescentes, refere que mora com duas a três pessoas em casa, um terço refere viver com quatro a cinco pessoas. Mais de um terço dos adolescentes refere que alguém que vivia em casa mudou de casa nos últimos cinco anos, a maior parte irmãos ou outros familiares. Um quinto dos adolescentes refere que alguém que não vivia em casa veio viver para casa nos últimos cinco anos, a maior parte irmãos ou outros familiares. Quase metade dos adolescentes refere ter entre dois e cinco irmãos. No que diz respeito à comunicação com a família, a maioria dos adolescentes considera ser fácil falar com a mãe e mais de um terço refere ser difícil falar com o pai. São os rapazes que consideram ser mais fácil falar com o pai. São os adolescentes mais novos que consideram ser mais fácil falar com o pai. Quase metade dos adolescentes refere sentir, às vezes, preocupação com os pais e com as coisas de casa. São as raparigas que mais referem sentir, muitas vezes ou sempre, preocupação com os pais e com as coisas de casa.

Tomando como referência o estudo nacional HBSC (Matos et al, 2003), verifica-se que os adolescentes do presente estudo apresentam valores superiores em relação ao tamanho do agregado familiar, 4 pessoas ou mais (51.5% vs 45.3%), e ao número de irmãos, dois ou mais (51.9 vs 29.5), referem menos morar com o pai (67.4% vs 80.5%), apresentam uma maior dificuldade em falar com a mãe (22.4% vs 16.7%) e com o pai (38.8% vs 35.6%).

Na comunidade, a grande maioria dos jovens refere morar com a mãe, menos de metade refere morar com o pai e mais de um terço refere morar com outros familiares. A maioria refere que mora em casa todo o tempo. A maioria dos jovens refere morar em casa com quatro ou mais pessoas. A maioria dos jovens refere ter entre dois a cinco irmãos e irmãs. Cerca de metade dos jovens refere que nos últimos cinco anos alguém que vivia em casa mudou de casa, mais frequentemente irmãos. Mais de um quinto dos jovens refere que nos últimos cinco anos alguém que não vivia em casa veio viver para casa. A maioria dos jovens refere que é fácil falar com a mãe e menos de um terço refere que tem facilidade em falar com o pai. Mais de um terço dos jovens considera que às vezes sente preocupação com os pais e com as coisas lá de casa.

Comparando os jovens portugueses com os jovens estrangeiros/africanos, os jovens estrangeiros/africanos são os que mais referem não morar com o pai ou com a mãe. São os jovens portugueses que mais referem morar, a maior parte do tempo, em casa. Os jovens estrangeiros/africanos referem mais morar com seis

peessoas ou mais e nos últimos cinco anos, alguém que vivia em casa mudou de casa e/ ou alguém que não vivia veio viver para casa; referem mais ter entre dois e dez irmãos, enquanto que os jovens portugueses são os que mais referem ter um ou nenhum irmão. São os jovens portugueses que mais referem ser fácil falar com a mãe e com o pai.

Amigos

Na escola, a maioria dos adolescentes refere ter dois amigos ou mais. São os rapazes que mais referem ter dois amigos ou mais. A grande maioria dos adolescentes refere ter facilidade em arranjar amigos. São os rapazes que mais consideram ser fácil arranjar amigos. A maioria dos adolescentes refere ficar, dois ou mais dias, com os amigos depois das aulas. São os rapazes e os mais velhos que dizem passar mais dias com os amigos depois das aulas. Metade dos adolescentes refere nunca sair à noite com os amigos, são os rapazes e os adolescentes mais velhos que mais referem sair à noite com os amigos, três ou mais dias por semana. São os adolescentes de Loures que mais referem nunca sair à noite com os amigos.

No entanto, tomando como referência o estudo nacional HBSC (Matos et al, 2003), verifica-se que os adolescentes do presente estudo são os que mais referem ter apenas um amigo (24.3% vs 3.2%).

Na comunidade, a maioria dos jovens refere ter três amigos ou mais. A grande maioria dos jovens refere ter facilidade em arranjar amigos. A grande maioria refere ficar com os amigos depois as aulas dois dias ou mais por semana. A maioria dos jovens não sai com os amigos à noite

Comparando os jovens portugueses com os jovens estrangeiros/africanos, os jovens estrangeiros/africanos são os que mais referem ter nenhum amigo e ser difícil arranjar novos amigos. São os jovens portugueses que mais referem não sair nenhum dia com os amigos à noite.

Escola

Na escola, a grande maioria dos adolescentes refere gostar da escola. São as raparigas e os adolescentes mais novos quem mais refere gostar da escola. Cerca de um quarto dos adolescentes refere que é frequentemente ou sempre aborrecido ir à escola. São os adolescentes mais velhos (quinze anos ou mais) que mais referem considerar a escola aborrecida, sempre, frequentemente ou às vezes. A maioria dos adolescentes refere que nunca falta às aulas ou só o faz quando está doente. São as raparigas e os adolescentes mais novos que mais referem nunca faltar às aulas ou só o fazer quando estão doentes. A maioria dos adolescentes refere sentir segurança na escola, às vezes. São as raparigas que mais referem sentir segurança na escola, às vezes. A grande maioria dos adolescentes refere que

os professores consideram que eles têm uma capacidade escolar boa/média. Quando questionados sobre se os alunos da turma gostam de estar juntos, a maioria dos adolescentes diz que é verdade. São os rapazes que mais referem ser verdade que os alunos da turma gostam de estar juntos. A maioria dos adolescentes considera ser verdade que os colegas são simpáticos e prestáveis e que os colegas os aceitam como são. São os rapazes que mais referem ser verdade que os colegas os aceitam como são. A maioria dos adolescentes refere que nunca fica sozinho na escola. São os adolescentes mais velhos que mais referem nunca ficar sozinho na escola.

No entanto, tomando como referência o estudo nacional HBSC (Matos et al, 2003), verifica-se que os adolescentes do presente estudo são os que menos referem ser verdadeiro que os colegas da turma gostam de estar juntos (68.3% vs 78.3%), que os colegas são simpáticos e prestáveis (63.4% vs 79.2%) e que os colegas os aceitam como são (72.8% vs 86.5%).

Na comunidade, a maioria dos jovens refere gostar da escola. Um terço dos jovens considera ser sempre ou frequentemente aborrecido ir à escola, mais de um terço considera sê-lo às vezes. Um grande número de jovens refere faltar às vezes. A maioria dos jovens refere sentir sempre segurança na escola. A grande maioria dos jovens refere que os professores consideram que eles têm uma capacidade “Boa/média”. A maioria dos jovens considera ser verdade que os alunos da turma gostam de estar juntos, os colegas são simpáticos e prestáveis, os colegas os aceitam como são e que os colegas nunca os deixam sozinhos na escola.

Comparando os jovens portugueses com os jovens estrangeiros/africanos, os jovens portugueses são os que mais referem que nunca faltam às aulas e só faltam quando estão doentes, os jovens estrangeiros/africanos são os que mais referem faltar às aulas, às vezes, muito ou nunca vão às aulas. São os jovens estrangeiros/africanos que mais referem que, às vezes, ficam sozinhos na escola.

Saúde e bem-estar

Na escola, a maioria considera a sua saúde boa e apenas uma minoria considera a sua saúde má. São os rapazes e os adolescentes mais novos que mais consideram a sua saúde excelente. Em relação aos sintomas físicos, verifica-se que mais de um terço dos adolescentes refere sentir dores de cabeça e que cerca de um terço refere sentir dores de estômago. São as raparigas que mais referem sentir sintomas físicos, quer dores de cabeça, quer dores de estômago. No caso dos sintomas psicológicos, a maioria dos adolescentes refere sentir-se deprimido, com mau humor e nervoso. São as raparigas quem mais refere estar deprimidas, com mau humor e nervosa. São os adolescentes mais velhos que mais referem sentir tristeza. Metade dos adolescentes refere que raramente ou nunca fica tão triste que não aguenta. São as raparigas que mais referem, sentir-se tão tristes que não

aguentam. Quando estão tristes ou preocupados, cerca de metade dos adolescentes conversa com um(a) amigo(a) mais ou menos da mesma idade, cerca de um quarto dos adolescentes refere conversar com uma pessoa da família ou não conversa com ninguém. Quando estão tristes ou preocupados, os rapazes referem mais conversar com uma pessoa da família ou não falar com ninguém quando comparados com as raparigas. As raparigas referem mais do que os rapazes, conversar com (a) amigo(a) mais ou menos da mesma idade. Quando estão tristes ou preocupados, os adolescentes mais novos são os que mais referem conversar com uma pessoa da família e os que menos referem conversar com (a) amigo(a) mais ou menos da mesma idade, os adolescentes de treze anos são os que menos referem não falar com ninguém. Em relação ao grupo etário, são os adolescentes de quinze anos que mais referem sentir sintomas físicos, quer dores de cabeça, quer dores de estômago. A maioria dos adolescentes refere que se sente feliz. Os rapazes e os adolescentes mais novos, especialmente os adolescentes de treze anos, referem mais sentirem-se felizes em relação à sua vida.

No entanto, tomando como referência o estudo nacional HBSC (Matos et al, 2003), verifica-se que os adolescentes do presente estudo referem mais ter sintomas físicos, nomeadamente, dor de cabeça (36.4% vs 14,8%) e dor de estômago (33.9% vs 6.1%), apresentam mais sintomas psicológicos, nomeadamente, estar deprimido (61.1% vs 17.6%), estar de mau humor (53.2% vs 19.8%) e estar nervoso (61.4% vs 26.8%). Em relação à percepção de felicidade os adolescentes do presente estudo são os que mais referem sentir-se infelizes (22.3% vs 3.1%).

Na comunidade, a maioria considera a sua saúde boa. Verifica-se que cerca de um terço dos jovens refere sentir dores de cabeça e que mais de um quarto refere sentir dores de estômago. No caso dos sintomas psicológicos, a maioria dos jovens refere sentir-se deprimido, de mau humor e nervoso. Metade dos jovens refere que, às vezes, fica tão triste que não aguenta. Quando estão tristes ou preocupados, mais de um terço dos jovens conversa com um(a) amigo(a) mais ou menos da mesma idade, mais de um quarto dos jovens refere não falar com ninguém e um quarto refere conversar com uma pessoa da família. A maioria dos jovens refere que se sente feliz em relação à sua vida.

Comparando os jovens portugueses com os jovens estrangeiros/africanos, são os jovens portugueses que mais frequentemente referem que a sua saúde é excelente. Os jovens estrangeiros/africanos referem mais que a sua saúde é razoável. São os jovens estrangeiros/africanos que mais referem estar de mau humor, e são os que mais referem, quase sempre, ficar tão tristes que não aguentam. Os jovens portugueses são os que mais referem que quando estão tristes ou preocupados conversam com uma pessoa da família. Os jovens estrangeiros/africanos são os que mais referem não conversar com ninguém. Os jovens portugueses são os que

mais referem sentir felicidade.

Sexualidade

Na escola, a maioria dos adolescentes refere não ter tido relações sexuais. Dos adolescentes que afirmam já ter tido relações sexuais, a maioria refere que tinha catorze anos ou mais quando teve a primeira relação sexual. Dos adolescentes que afirmam já ter tido relações sexuais, a maioria dos adolescentes refere ter usado preservativo na última relação sexual. O método mais utilizado, na última relação sexual, foi o preservativo seguido pela pílula. A grande maioria dos adolescentes refere não ter tido relações sexuais sob o efeito de álcool ou drogas.

No entanto, tomando como referência o estudo nacional HBSC (Matos et al, 2003), verifica-se que os adolescentes do presente estudo referem mais relações sexuais (32.9% vs 23.7%), os que tiveram relações sexuais referem-nas mais cedo, entre os 11 anos ou menos (18.8% vs 17.2%).

Na comunidade, a maioria dos jovens refere relações sexuais. Dos jovens que afirmam já ter tido relações sexuais, a maior parte refere a primeira aos catorze anos ou mais. Cerca de metade refere ter usado preservativo na última relação sexual. Os métodos contraceptivos mais utilizados na última relação sexual foram o preservativo, seguido pela pílula e pelo coito interrompido. A grande maioria dos jovens refere não ter praticado relações sexuais sob o efeito de álcool ou drogas.

São os jovens da comunidade que mais referem relações sexuais. São os jovens da escola que mais referem o uso de preservativo na última relação sexual. Os jovens da comunidade são os que mais referem uso de pílula ou nenhum método contraceptivo na última relação sexual, os jovens da escola são os que mais utilizaram o preservativo.

Comparando os jovens portugueses com os jovens estrangeiros/africanos, os estrangeiros/africanos são os que mais referem já ter tido relações sexuais. Dos adolescentes que já tiveram relações sexuais, não se verificam diferenças significativas, entre os portugueses e os estrangeiros, em relação à idade da primeira relação sexual, em relação aos métodos contraceptivos utilizados na última relação sexual, em relação a relações sexuais sob o efeito de álcool ou drogas. Dos adolescentes que já tiveram relações sexuais, são os estrangeiros que mais referem uso de preservativo na última relação sexual.

Conhecimentos e crenças face ao VIH/Sida

No que diz respeito ao conhecimento sobre os modos de transmissão do VIH/Sida, observa-se que a grande maioria dos adolescentes, sobretudo os mais novos, não tem um conhecimento correcto dos modos de transmissão do VIH/Sida e teve pelo menos uma resposta incorrecta no questionário de conhecimentos

sobre os modos de transmissão. A maioria dos adolescentes obteve informação sobre estes modos de transmissão através de folhetos, programas de televisão, conversas com amigos, com os pais e na *internet*. As fontes menos referidas são os professores, ou um padre ou religioso. Em análise comparativa em relação ao género e idade verifica-se que os rapazes utilizam como fonte de informação / aprendizagem conversar com os pais enquanto que as raparigas utilizam mais frequentemente folhetos e conversar com os amigos. Os adolescentes mais velhos que utilizam mais frequentemente folhetos, programas de televisão e falar com os amigos como fontes de informação/ aprendizagem, enquanto que os mais novos referem mais frequentemente falar com os pais.

No que diz respeito às atitudes face aos portadores de VIH/Sida, são os rapazes e os adolescentes mais novos que apresentam atitudes mais negativas face aos portadores do VIH/Sida.

A maioria dos adolescentes refere que se sente muito à vontade para conversar com as pessoas da mesma idade sobre Sida e outras DST'S, sobretudo as raparigas e os mais velhos, e cerca de metade dos adolescentes refere que se sente muito à vontade com pais ou adultos próximos. Os adolescentes do presente estudo apresentam resultados semelhantes em relação ao conhecimento, crenças e atitudes face ao VIH/Sida, comparados com os estudo nacional do HBSC/OMS (Matos et al, 2003).

Nos resultados recolhidos na comunidade observa-se que a grande maioria dos jovens não tem um conhecimento completo das formas de transmissão do VIH/Sida, referindo obter informações através de programas de televisão, folhetos e conversando o namorado, sendo as fontes menos referidas conversa com um familiar, um professor, um padre ou religioso. A maioria dos jovens refere algumas atitudes negativas face aos portadores do VIH/Sida. A maioria dos jovens refere que se sente muito à vontade para conversar com as pessoas da mesma idade sobre Sida e outras DST'S.

Comparando os jovens portugueses do estudo nacional HBSC/OMS com os jovens estrangeiros/africanos, em relação às fontes de informação /aprendizagem mais referidas, os jovens estrangeiros/africanos referem com mais frequência utilizar programas de televisão como fonte de informação e aprendizagem no âmbito da transmissão do VIH/Sida. São ainda os jovens estrangeiros/africanos quem mais refere que sentir-se pouco à vontade ou não mesmo não falar com os pais sobre esse assunto.

Conclusões

Uma das implicações destes resultados é que o desenvolvimento de programas efectivos requer o conhecimento adequado dos comportamentos sexuais que caracterizam as comunidades (McDermott, 1998). Considera-se ser necessário

dedicar um maior esforço para compreender estas comunidades e de que forma a própria “cultura de migração” influencia a prática de comportamentos sexuais de risco (Gadon et al., 2001). As intervenções comunitárias necessitam de uma base de investigação centrada na “epidemiologia comportamental” e de estudos básicos sobre a dinâmica dos comportamentos sexuais.

Por outro lado, para garantir mudanças comportamentais efectivas e sustentadas é importante que, aliado a qualquer trabalho preventivo de acção directa sobre o indivíduo, se realize uma abordagem aos principais cenários onde o indivíduo circula sendo necessário uma optimização ao nível socio-económico e cultural e uma activação dos recursos de apoio (Hobfoll, 1998; Matos, 1997; McDermott, 1998; Woollett et al., 1998; Jemmott & Jemmott, 2000). Uma vez que os factores de risco não podem ser alterados sem uma transformação social profunda, a estratégia opcional para a prevenção é o robustecimento dos factores de protecção que incluem as competências pessoais (relacionamento interpessoal, capacidade de concretizar tarefas e resolver problemas, capacidade de planear e modificar circunstâncias) e ainda o suporte ambiental (apoio de pares, pais, comunidade e professores), aspectos que podem ser mais facilmente alterados em intervenções comunitárias (Matos, 1997).

Os resultados obtidos e a revisão da literatura sugerem que será necessário combinar intervenções, incluindo aumentar as redes de suporte das comunidades migrantes, procurando abordagens multifacetadas e que permitam uma maior sustentabilidade, de forma a que existam ganhos reais em saúde sexual nestas comunidades (Hobfoll, 1998; Fenton, 2001). Torna-se prioritário apoiar investigações que clarifiquem alguns dos aspectos identificados neste estudo, que coloquem um ênfase na compreensão da “epidemiologia comportamental”, na dinâmica dos comportamentos sexuais e dos aspectos ligados aos padrões culturais da sexualidade e no modo como influenciam a prática de comportamentos sexuais de risco (Jemmott & Jemmott, 2000; Dawson & Gifford, 2001). É ainda, fundamental desenvolver programas que visem estratégias de mudanças efectivas de comportamento de modo a promover a saúde sexual nestas comunidades. Neste sentido, ter-se-á que recorrer a abordagens específicas de educação sexual culturalmente aceitáveis incluindo a promoção de uma imagem de relações sexuais seguras numa perspectiva positiva e motivadora para uma maior adesão da população a práticas seguras. A estratégia terá que ser a de reconhecer as comunidades alvo de intervenção como elementos colaboradores fundamentais durante todo o processo de desenvolvimento das intervenções, pois só com um elevado grau de envolvimento comunidades é possível ter intervenções, que reflectam necessidades específicas, que sejam culturalmente adequadas e consequentemente, efectivas (Sormati, Pereira, El-Bassel, Witte, & Gilbert, 2001).

Referências

- Brockerhoff, M., Biddlecom, A. (1999). Migration, Sexual behaviour and the risk of HIV in Kenya. *International Migrant Review*, 33 (4), 833-856.
- Comby, L., Devos, T., Deschamps, J., & Troussier, T. (1993). Représentations sociales du SIDA: résultats d'une enquête à l'île de la Réunion. *Santé Publique*, 5 (6), 52-62.
- Currie, C., Todd, J. (1993). Health behaviours of Scottish school children: Report 3: Sex education, personal relationships, sexual behaviour and HIV/AIDS knowledge and attitudes. Edinburgh: RUHBC and HEBS.
- Dawson, M.T., Gifford, S.M. (2001). Narratives, Culture and sexual health: personal life experiences of Salvadorean and Chilean women living in Melbourne, *Australia Health*, 5 (4), 403-423.
- Decosas, J., Adrien, A. (1998). Migration and Aids. *International Migration*, 36 (4), 445-468.
- Dias, S., Matos, M. & Gonçalves, A. (2001). Comportamento sexual – auto-relatos numa comunidade migrante. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 35 (2), 137-153
- Dias, S., Matos, M., & Gonçalves, A. (2002). Conhecimentos, atitudes e comportamentos face ao VIH numa comunidade migrante – implicações para a intervenção. *Psicologia, Saúde & Doença*, 3 (1), 89-102.
- DiClemente, R., Wingood, G., Crosby, R., Sionean, C., Cobb, B., Harrington, K., Davies, S., Hook III, E., Oh, K. (2001). Parental Monitoring: Association with adolescents risks behaviors. *Pediatrics*, Vol.107 (6): 1369-1374
- DuRant, R., Ashworth, C., Newman, C., & Gaillard, G. (1992). High school students' knowledge of HIV/AIDS and perceived risk of currently having AIDS. *Journal of School Health*, 62 (2), 59-63.
- Fenton, K. (2001). Strategies for improving sexual health in ethnic minorities. *Current Opinion in Infectious Diseases*, 14 (1), 63-69.
- Gadon, M., Chierici, M., Rios, P. (2001). Afro-American migrant farmworkers: a culture in isolation. *AIDS Care- Psychological and Socio-Medical aspects of AIDS/ HIV*, 13 (6), 789-801.
- Hobfoll, S. (1998). Ecology, community and AIDS Prevention. *American Journal Of Community Psychology*, 26 (1), 133-144.
- Jemmott, J. & Jemmott, I. (2000). HIV risk reduction behavioral interventions with heterosexual adolescents. *AIDS*, 14, S40-S52.
- Lawrence, J., Elderidge, G., Reitman, D., Little C., Shelby, M., Brasfield, T., (1998). Factors Influencing Condom Use Among African American Women: Implications for Risk Reduction Interventions. *American Journal of Community Psychology*, 26, (1), 7-28.

- Matos, M. (1997). *Comunicação e gestão de conflitos na escola*. Lisboa: Edições FMH.
- Matos, M., Battistutta, D., Simões, C., Carvalhosa, S., Dias, S. & Gonçalves, A. (2003). Conhecimentos e atitudes sobre o VIH/SIDA em adolescentes Portugueses. *Psicologia: Saúde & Doenças*, 4 (1), 3-20.
- Matos, M. e equipa do Projecto Aventura Social & Saúde (2003). *A Saúde dos Adolescentes Portugueses (Quatro anos depois)*. Lisboa: FMH.
- Matos, M.; Gaspar, T. & Aventura Social (2003) Differences in lifestyles between Portuguese adolescents and adolescents that “come from elsewhere” do we have healthy alternatives promoting social inclusion? In *Ces adolescents qui viennent d’ailleurs*, Fondation de France, International Association of Adolescent Health, Institut Curie: Paris.
- Matos, M.; Gaspar, T. & Gonçalves, A. (no prelo) *Adolescentes estrangeiros em Portugal: factores ligados ao risco e à protecção*. *Psicologia, Doenças & Saúde*.
- McDermott, R.. (1998). Adolescent HIV prevention and intervention: a prospect theory analysis. *Psychology, Health & Medicine*, 3 (4), 371-385.
- Pinel, E. (1999). Stigma Consciousness: The psychological legacy of social stereotypes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76 (1), 114-128.
- Potsonen, R., & Kontula, O. (1999). Adolescents’ knowledge and attitudes concerning infection and HIV infected persons: how a survey and focus group discussions are suites for researching adolescents’ HIV/AIDS knowledge and attitudes. *Health Educationa Research*, 14 (4), 473-484.
- Reijneveld, S. (1998). Reported health, lifestyles and use of health care of first generation immigrants in the Netherlands: do socioeconomic factors explain their adverse position? *Journal of epidemiology and community health*, 52 (5), 298-304.
- Schoroder, K., Hobfoll, S. Jackson, A & Lavin, J.. proximal and distal predictors of AIDS risk behaviors among inner-city African-American and European American Women. *Journal of Health Psychology*, 6 (2), 169-190.
- Sormati, M., Pereira, L., El-Bassel, N., Witte, S. & Gilbert, L. (2001). The role of community consultants in designing an HIV prevention intervention. *AIDS Education and Prevention*, 13 (4), 311-328.
- Thompson, C., Currie, C., Todd, J., & Elton, R. (1999). Changes in HIV/AIDS education, knowledge and attitudes among scottish 15-16 years old, 1990-1994 findings from WHO:Health Behaviour in School-aged Children Study (HBSC). *Health Education Research*, 14 (3), 357-370.
- UNAIDS (2002). *Report on the global HIV/AIDS epidemic*. Geneva: UNAIDS
- Whitaker, D. J., & Miller, K. S. (2000). Parent-adolescent discussions about sex

and condoms: Impact on peer influences of sexual risk behavior. *Journal of Adolescent Research*, 15(2), 251-273.

World Health Organization (1999). WHO Information Series on School Health. Document six. Preventing HIV/AIDS/STI and related discrimination: An important responsibility of Health promoting schools WHO: Geneva. Retirado da World Wide Web: www.who.int/hpr/gshi/docs

Woollett, A., Marshall, H., & Stenner, P. (1998). Young Women's accounts of sexual activity and Sexual/Reproductive health. *Journal of Health Psychology*, 3 (3), 369-381.

Estilos de vida, ansiedade e depressão em adolescentes

Elisa Gomes Pereira & Margarida Gaspar Matos

Introdução

A adolescência é um período de desenvolvimento onde ocorrem rápidas alterações físicas, psicológicas, cognitivas e sócio-culturais, que se caracterizam por esforços essenciais para superar os desafios, sendo as grandes tarefas da adolescência a autonomia e a construção da identidade (DiClemente, Hansen, & Ponton, 1996). Uma vez que a construção do estilo de vida se traduz na construção da identidade, é fundamental pensar que o lazer, ao desempenhar um papel activo na promoção da saúde, tem também um papel crucial na promoção de um estilo de vida saudável no adolescente (Freire, 1999; Freire, & Soares, 2000). Alguns autores preocuparam-se em investigar de que forma o estilo de vida do adolescente pode influenciar o processo de desenvolvimento da sua identidade, realçando o uso do tempo livre e a participação em actividades de lazer como as principais componentes do estilo de vida que podem facilitar ou perturbar a construção da identidade (Csikszentmihalyi, 1997; Shaw, Kleiber, & Caldwell, 1995). Thorlindsson, Vilhjalmsson e Valgeirsson (1990), verificaram que os adolescentes que tinham uma participação activa em desportos se mostravam menos ansiosos e deprimidos, e apresentavam menos sintomas psico-fisiológicos e níveis mais elevados de saúde do que os adolescentes que não praticavam desportos.

Alguns autores (Shaw, Kleiber, & Caldwell, 1995; Meschke, & Silbereisen, 1998), verificaram que as variações na participação do lazer e os interesses estão associados ao género e que muitas actividades para adolescentes são caracterizadas pelo seu carácter estereotipado em relação ao género. De acordo com Freire e Soares (2000), as raparigas demonstram maior interesse por actividades de entretenimento, como festas, discotecas, conversa com os amigos (lazer social/romântico), enquanto que os rapazes preferem desportos, actividades sociais e *hobbies* - lazer risco (Freire & Soares, 2000). Num outro estudo, Matos e colaboradores (2003a), verificaram que os jovens preferiam actividades de lazer sedentário, constatando que as raparigas optavam pela música, conversa e companhia dos amigos e T.V., enquanto que os rapazes escolhiam com maior frequência jogos de cartas, vídeo e computador. Vários são os autores que referem que a satisfação com o lazer contribui, de forma significativa, para a percepção da qualidade de vida, uma vez que possibilita grandes benefícios para o bem-estar físico e psicológico (Freire, 1998). Nos vários estudos realizados, o aborrecimento tem sido referido como estando associado a comportamentos de risco,

nomeadamente o consumo de substâncias (álcool, tabaco, drogas), comportamentos violentos e doenças sexualmente transmissíveis (Iso-Ahola, 1997). Alguns autores analisaram a relação entre comportamentos desviantes na adolescência e o aborrecimento, tendo concluído que os adolescentes que usam drogas tendem a sentir o lazer como aborrecido, comparativamente aqueles que as não usam (Iso-Ahola, & Crowley, 1991; Freire, 1998), que este se encontra associado à frequência e à quantidade de álcool, tabaco, drogas e aos comportamentos violentos (Strasburger, & Donnerstein, 2000).

Segundo uma perspectiva psiquiátrica, os problemas de comportamento são definidos como uma perturbação mental distinta cujos critérios de diagnóstico (*DSM IV*, 1994), incluem um padrão de comportamento repetitivo e persistente, em que são violados os direitos básicos dos outros ou importantes regras ou normas sociais próprias da idade, que se manifestam pela presença de três (ou mais) dos seguintes critérios, durante os últimos 12 meses, e pelo menos, de um critério durante os últimos 6 meses:

- (1) Agressão a pessoas ou animais: com frequência insulta, ameaça ou intimida as outras pessoas; com frequência inicia lutas físicas; utilizou uma arma que pode causar graves prejuízos físicos aos outros (p.e. pau, tijolo, garrafa partida, faca, arma de fogo); manifestou crueldade física com as pessoas; manifestou crueldade física com animais; roubou confrontando-se com a vítima (p.e., roubo de carteira, extorsão, roubo à mão armada); forçou alguém a uma actividade sexual;
- (2) Destruição de propriedade: lançou deliberadamente fogo com a intenção de causar prejuízos graves; destruiu deliberadamente a propriedade alheia;
- (3) Falsificação ou roubo: arrombou a casa, a propriedade ou o automóvel de outra pessoa; mente com frequência para obter ganhos ou favores ou para evitar obrigações; rouba objectos de certo valor sem confrontação com a vítima;
- (4) Violação grave das regras: com frequência permanece fora de casa de noite apesar da proibição dos pais, iniciando este comportamento antes dos 13 anos de idade; fuga de casa durante a noite, pelo menos duas vezes, enquanto vive em casa dos pais ou em lugar substitutivo da casa paterna (ou só uma vez sem regressar durante um tempo prolongado); faltas frequentes à escola, com início antes dos 13 anos.

A prevalência destes comportamentos parece ter aumentado nas últimas décadas, variando a taxa nos sujeitos do género masculino com menos de 18 anos, entre 6% e 16%, enquanto que nas mulheres se situa entre os 2% e os 9%. A co-morbilidade com outras perturbações é frequente, nomeadamente, com a depressão e a ansiedade, sendo a taxa de prevalência da perturbação de comportamento com a depressão maior de 17% e de 15% com a perturbação da ansiedade (Brosnan, & Carr, 2000). Esta perturbação pode estar associada com o início precoce do consumo de álcool, tabaco ou com o uso de substâncias ilegais (*DSM IV*, 1994).

A adolescência está muitas vezes associada ao desenvolvimento de comportamentos que colocam em risco a saúde e o bem-estar dos adolescentes. O consumo de tabaco, drogas e bebidas alcoólicas, bem como os comportamentos sexuais de risco têm muitas vezes o seu início na adolescência.

De acordo com DiClemente, Hansen e Ponton (1996), a maioria das actuais ameaças à saúde dos adolescentes são consequência de factores sociais, ambientais e comportamentais. Estes factores, designados de factores de risco, incluem o uso e abuso de substâncias (DiClemente et al., 1996; Aarons, Brown, Coe, Myers, Garland, Ezzet-Lofstrom et al., 1999), álcool (Aarons et al., 1999; Lerner, 1998), violência, suicídio, perturbações alimentares, gravidez na adolescência (DiClemente et al., 1996; Lerner, 1998), e doenças sexualmente transmissíveis (DiClemente et al., 1996), tornando-se os problemas mais evidentes quanto mais precoce for o seu início (Aarons et al., 1999).

Nos últimos 40 anos, os estudos efectuados no domínio da saúde têm incluído o consumo de substâncias, os comportamentos violentos e o suicídio entre os comportamentos de risco mais comuns na adolescência com uma taxa de 70% de doença, incapacidade e morte entre os adolescentes e os jovens adultos (USDHHS, 2000). De acordo com Irwin (1993), o tabaco e o álcool representam as substâncias mais predominantemente, utilizadas pelos adolescentes, com valores de 66% e 92% respectivamente. Segundo Carvalho (1990), a maior parte das investigações realizadas na adolescência referem o álcool como a substância mais utilizada pelos adolescentes. Para Carvalho (1997), a utilização de drogas ilícitas é geralmente menos comum do que a de tabaco ou álcool, sendo a *cannabis* a substância ilícita mais frequentemente utilizada.

Segundo alguns autores (Aarons et al., 1999; Carvalho, 1990; Matos et al., 2003a), o consumo desregrado de álcool tem aumentado entre os jovens, nomeadamente em idades cada vez mais baixas, embora se considere que algumas das condutas de risco na adolescência não são mais do que condutas de experimentação, de descoberta, de avaliação das capacidades, de vivência do risco e de confrontação com a necessidade de fazer opções, as quais são parte integrante no processo de desenvolvimento do adolescente e importantes para a construção da sua autonomia.

A teoria da socialização, no que diz respeito ao consumo de substâncias, sugere que existe uma perspectiva global no desenvolvimento dos adolescentes que inclui o abuso de substâncias, este modelo prediz que existe uma probabilidade elevada de que um adolescente se envolva em comportamentos de risco quando a vinculação do jovem à sua família e à escola é fraca (Bandura, 1973; Oetting, & Donnermeyer, 1998, citados por Gabhainn, & François, 2000).

Na Europa, assiste-se todos os anos a um aumento no consumo de tabaco entre os adolescentes. Este é um dos factores de risco mais importantes para a saúde, uma

vez que estima-se que 50% dos fumadores regulares morram devido ao tabaco, metade dos quais durante a meia idade (Matos, Gaspar, Vitória, & Clemente, 2003b). Na maioria dos casos a iniciação tabágica ocorre na puberdade e instala-se ainda durante a adolescência (Matos et al., 2003b). Nos últimos anos tem-se verificado um aumento no consumo de tabaco pelas raparigas. Verifica-se, de um modo geral, que existem mais rapazes a fumar do que raparigas, embora essa diferença se tenha vindo a atenuar (Matos et al., 2003a; Matos et al., 2003b; USDHHS, 2001).

Matos, Simões, Carvalhosa, Reis e Canha (2000), num estudo efectuado acerca dos consumos de tabaco, álcool e drogas em adolescentes, verificaram que, relativamente ao consumo de álcool e tabaco, eram os rapazes e os mais velhos que não só mais frequentemente tinham experimentado estas substâncias, como também eram mais frequentemente consumidores regulares e abusivos (Matos, et al., 2003a; Matos et al., 2003b). Estes resultados sugerem, de acordo com os autores, que os jovens que já tinham experimentado, bem como aqueles que eram consumidores regulares de álcool e tabaco, apresentavam um perfil de afastamento em relação à família, à escola e ao convívio com os colegas em meio escolar, e também um envolvimento mais frequente na experimentação de outras drogas ilícitas, em lutas e situações de violência na escola (Matos et al., 2000). Da mesma forma, afirmavam-se menos felizes e referiam com maior frequência sintomas de mal-estar físico e psicológico do que aqueles que não fumavam nem bebiam (Matos et al., 2000). O mesmo estudo constatou que as raparigas experimentavam menos frequentemente drogas e que eram também elas quem menos consumia, verificaram também que com a idade (dos 11 para os 16 anos), aumenta também a percentagem de jovens que já experimentaram drogas ilícitas ou que consomem. Estes jovens apresentam igualmente uma maior frequência em outros consumos (álcool e tabaco) e referem também um maior envolvimento em actos de provocação na escola e lutas físicas. Resultados estes que foram confirmados por outros estudos (Matos, & Carvalhosa, 2001; Matos et al., 2003a). Matos e colaboradores (2003a), de 1998 para 2002, constataram um aumento no consumo de bebidas destiladas em detrimento do consumo de cerveja, um aumento na frequência do estado de embriaguez e um aumento substancial no consumo de drogas ilícitas, verificando que os rapazes consomem mais álcool, tabaco e drogas do que as raparigas e que os consumos aumentam com a idade (Matos, et al., 2003a). A droga mais frequentemente utilizada foi o haxixe que foi também a droga preferencialmente utilizada na primeira experiência (Matos et al., 2000; Matos et al., 2003a).

Matos e colaboradores (2003a) identificaram vários factores que poderão contribuir para a iniciação e aumento do consumo de substâncias na adolescência, nomeadamente, idade, etnia, estrutura familiar, atitudes tabágicas da família e dos

pares, fraco envolvimento escolar, *stress*, ansiedade e depressão. De acordo com Wills, Sandy, Yeager, Cleary e Shinar (2001), o stress de vida e a depressão poderão ser factores de risco no consumo de substâncias no decurso da adolescência.

Feldman, Harvey, Holowaty e Shortt (1999), numa investigação efectuada com estudantes do ensino secundário sobre crenças e comportamentos relacionados com o consumo de álcool, verificaram que os padrões de consumo dos estudantes estavam significativamente associados com o género, a etnia, o ano de escolaridade e os hábitos de consumo dos pais e amigos, tendo verificado que os rapazes mais velhos apresentavam um risco maior de consumo de álcool.

Na adolescência o corpo assume uma dimensão fundamental, já que o adolescente tem no seu corpo em transformação uma forma privilegiada de interacção consigo mesmo e com o mundo. As transformações físicas e psicológicas que ocorrem na adolescência são, por vezes, acompanhadas por um aumento de sensibilidade e atenção face ao corpo e aos seus sintomas (Fonseca, 2002). A diferença entre os géneros no que respeita à depressão é clara. A depressão afecta mais as raparigas do que os rapazes. Pelos 15 anos as raparigas apresentam duas vezes mais sintomas depressivos do que os rapazes. Hankin, Abramson, Moffitt, Silva, McGee e Angel (1998), referiram que no que diz respeito à depressão a diferença entre géneros, surge inicialmente entre os 13 e os 15 anos de idade e atinge o seu ponto máximo entre os 15 e os 18 anos de idade.

Kovacs e Devlin (1998), defendem a existência de uma co-morbilidade entre os sintomas da depressão e da ansiedade. Desta forma, as crianças com co-morbilidade na depressão e na ansiedade estão mais vulneráveis a depreciações sociais e cognitivas do que as crianças que apresentam apenas um dos sintomas separadamente (McGee, Feehan, Williams, & Anderson, 1992).

Schraedly, Gotlib e Hayward (1999), num estudo efectuado com 6943 adolescentes, verificaram que os sintomas depressivos aumentavam com a idade (Lewinsohn, Rohde, & Seeley 1998; Schraedly, Gotlib, & Hayward, 1999), e que eram ainda mais comuns nas raparigas do que nos rapazes. Estes resultados estão de acordo com os encontrados por Matos, Barrett, Dadds e Shortt (2003c), na população portuguesa, onde verificaram a existência de correlações estatisticamente significativas entre a ansiedade e a depressão, e que os adolescentes de 16/17 anos apresentavam níveis de ansiedade mais elevados do que os de 14/15 anos, constataram ainda que os adolescentes mais novos (10 a 13 anos) eram aqueles que apresentavam níveis mais baixos de ansiedade e depressão.

Joiner, Blalock e Wagner (1999), utilizando uma amostra de pacientes com idades entre os 12 e os 16 anos, não encontraram diferenças significativas a nível do género no que diz respeito à ansiedade e depressão, no entanto constataram que

existia uma grande co-morbilidade destes sintomas nas raparigas, o que se mostra consistente com investigações passadas onde se verificou que as raparigas se encontravam mais vulneráveis a altos níveis de ansiedade e depressão do que os rapazes (Matos, Barrett, Dadds, & Shortt, 2003c; Schraedly, Gotlib, & Hayward, 1999).

Seyle (1984), definiu o *stress* como uma resposta não específica do organismo a um estímulo externo, considerando as situações de *eustress* (que contribuem para a realização pessoal do indivíduo) do tipo cognitivo e as de *distress* (desgastantes e improdutivas) como tendo uma carga negativa. O stress, envolve mudanças bioquímicas, fisiológicas, comportamentais e psicológicas (Fonseca, 2002).

Lazarus (1966), baseado no seu modelo transaccional, encontrou uma relação recíproca entre a ansiedade e o *coping*, concluindo que o tipo de *coping* bem como os seus resultados terão influência na ansiedade, sofrendo ambos os constructos alterações no decurso do processo de confronto com a situação *stressante*. Alguns autores criticam a conceptualização de Lazarus, uma vez que não distingue os resultados adaptativos dos não adaptativos (Seiffge-Krenke, 1995). Os mesmos autores consideram que no decurso da adolescência se podem distinguir estilos funcionais de *coping* (*coping* activo e interno) que conduzem à resolução da tarefa e estilos de *coping* disfuncionais que levam a um afastamento do sujeito (Seiffge-Krenke, 1995). Outros autores procuram relacionar o *coping* com as vertentes da ansiedade estimulante *vs.* ansiedade debilitante, concluindo que a ansiedade estimulante se encontra associada a níveis elevados de *coping* centrado na tarefa, considerado como adaptativo. Pelo contrário, a ansiedade debilitante encontra-se associada a *coping* de evitamento, por isso disfuncional (Raffety, Smith, & Ptacek, 1997). Desta forma, os sujeitos com níveis mais elevados de ansiedade estimulante referem níveis maiores de tensão, enquanto que aqueles que apresentam níveis mais elevados de ansiedade debilitante experimentavam níveis mais elevados, não só de tensão, mas também de preocupação e distração (Raffety, Smith, & Ptacek, 1997).

Os estudos efectuados com sujeitos de ambos os géneros mostraram que quando confrontados com situações indutoras de stress os rapazes utilizam, geralmente, estratégias centradas no problema enquanto as raparigas utilizam estratégias centradas nas emoções (Cleto, 1998; Sarafino, 1998). No entanto, em questões relativas à escola verificou-se que as raparigas utilizavam em paralelo com os rapazes estratégias centradas no problema (Cleto, 1998). Serra (2002), verificou que quando uma pessoa se sente invadir por emoções negativas fortes pode adoptar certos comportamentos que a ajudem a sentir-se mais confortável. Alguns deles são susceptíveis de se constituir numa fonte secundária de stress, como sejam o caso do recurso a drogas ilícitas e o consumo excessivo de tabaco e de bebidas alcoólicas.

Algumas investigações têm analisado a relação entre o stress e o consumo de álcool, sugerindo que o stress pode favorecer o uso e o consumo de álcool (Herold, & Conlon, 1981, Gupta, & Jenkins, 1984, citados por Ogden, 1999). Alguns investigadores referem que a ingestão de bebidas alcoólicas, em alguns casos, se deve a que ele diminui a tensão sugerindo que as pessoas bebem devido às propriedades redutoras de tensão do álcool (Cappell, & Greeley, 1987, citados por Ogden, 1999), referindo-se estas ao medo, ansiedade e depressão. Estudos desenvolvidos na população adolescente indicam que o consumo de tabaco se encontra positivamente relacionado com o humor negativo e com acontecimentos de vida negativos (Lloyd, & Lucas, 1998; Whalen, Jamner, Henker, & Delfino, 2001). Outros estudos mostraram que as medidas de stress eram preditivas da iniciação do consumo de tabaco e no conseqüente aumento do mesmo (Dugan, Lloyd, & Lucas, 1999; Sussman, & Dent, 2000).

Parrott (1999), sugeriu uma perspectiva diferente, interpretando os resultados como indicativos de uma causa inversa, isto é, que o fumo aumenta o stress, enfatizando o facto de que as alterações neuro-químicas induzidas pelo tabaco tornam o indivíduo mais vulnerável à ansiedade, à depressão e à irritabilidade.

Alguns estudos mostraram que o consumo de tabaco tem funções que são relevantes para a regulação do humor e para fazer face ao stress e que essas funções estavam implicadas na relação entre o stress e o tabaco (Gilbert, 1995). O consumo de tabaco e de álcool era percebido como benéfico, aumentando a concentração, reduzindo o aborrecimento, aumentando o humor e reduzindo o stress (Wills, & Cleary, 1995), e que esses motivos apresentavam um factor de diferença individual que está fortemente correlacionado com os problemas de abuso em fases mais tardias da adolescência (Wills, Sandy, Shinar, & Yaeger, 1999; Wills, Sandy, & Yaeger, 2002).

Para Prinstein, Boergers e Spirito (2001), a redução da prevalência do consumo, dos comportamentos violentos e de risco na adolescência deverá ser um objectivo primordial, uma vez que qualquer destes comportamentos está associado com problemas de saúde físicos e mentais, e com altos valores de morbilidade e mortalidade em adolescentes e adultos.

O objectivo central deste trabalho é o de procurar analisar a relação existente entre os estilos de vida, a ansiedade, a depressão e o *coping* em adolescentes. Pretende-se, de igual forma, analisar o impacto do género e da idade nos estilos de vida, na ansiedade, na depressão e no *coping*.

Método

Participantes

Foi recolhida uma amostra de 176 adolescentes, que frequentavam o nível 2 do curso técnico-profissional, num colégio público com uma população de baixo

nível sócio-económico, na área de Lisboa. Este curso era constituídos por 12 turmas. A amostra foi constituída por sujeitos de ambos os géneros (102 raparigas e 74 rapazes), com idades compreendidas entre os 12 e os 18 anos de idade.

Instrumentos

Para além dos dados demográficos, foram utilizados vários instrumentos de medida:

Children's Depression Inventory (CDI). A escala *CDI* foi construída por Kovacs (1982), sendo composta por 27 itens que avaliam o grau de severidade da depressão em crianças e adolescentes dos 7 aos 17 anos de idade. A escala é composta por 5 sub-escalas (Escala A – Humor Negativo; Escala B – Problemas Interpessoais; Escala C – Ineficácia; Escala D – Anedonia; Escala E – Auto-Estima Negativa), sendo cada item cotado em 3 pontos (0 – Ausência de sintomas; 2 – Sintomas graves), devendo o jovem seleccionar a opção que melhor o descreva, durante as duas últimas semanas. Para calcular o resultado total devem somar-se os totais dos 27 itens e devem também ser apresentados os totais das 5 sub-escalas que compõem o *CDI*, variando o resultado total entre 0 e 54 pontos. O *CDI* apresenta boas qualidades psicométricas, o *alpha* varia entre .71 e .89 (Ghareeb, & Beshai, 1989, Kovacs, 1983, Weiss, & Weisz, 1988, citados por Kovacs, 1992), indicando uma boa consistência interna. A fidelidade teste-reteste mostrou-se variável de acordo com a população em estudo e com o intervalo de tempo utilizado (Kovacs, 1983, citado por Kovacs, 1992). Esta escala foi utilizada neste estudo com o intuito de avaliar a depressão.

Revised Children's Manifest Anxiety Scale (RCMAS): A *RCMAS* foi construída por Reynolds e Richmond (1985), e traduzida para a população Portuguesa por Carvalho e Baptista (1998), sendo composta por 37 itens de cotação dicotómica (Sim/Não), que fornecem informações acerca do nível e natureza da ansiedade em crianças e adolescentes dos 5 aos 19 anos de idade. A escala proporciona resultados sobre a Ansiedade Total e das 4 sub-escalas que a compõem (Ansiedade Fisiológica; Preocupação/Hipersensibilidade; Medo/ Concentração; Escala de Mentira). A grande maioria dos seus itens (28) avaliam a ansiedade e os restantes (9) compõem a escala de mentira. A *RCMAS* é útil na avaliação do stress académico, na ansiedade aos exames, nos conflitos com o grupo de pares e com a família e/ou com problemas de drogas. Os coeficientes de consistência interna variam entre .78 e .85 tendo em conta a variável idade, e os coeficientes de fidelidade teste-reteste variam entre .68 (9 meses) e .98 (3 semanas) (Reynolds & Richmond, 1985). Utilizou-se esta escala com a finalidade de avaliar a ansiedade nos adolescentes.

Kidcope: A escala foi construída por Spirito, Stark e Williams (1988) e utiliza-se para avaliar as respostas das crianças e jovens, dos 7 aos 18 anos de idade, face a

situações geradoras de *stress*. Neste estudo utilizaram-se as escalas dos problemas comuns, para a qual o jovem deve recordar uma situação que o tenha preocupado durante o último mês, devendo avaliar o elemento *stressor* tendo em conta a forma como se sentiu emocionalmente (nervoso, triste, zangado). A escala dos problemas comuns foi depois agrupada em categorias consoante o problema indicado pelo adolescente, sendo que as categorias aludem a 7 contextos diferentes que incluem problemas com o próprio, com a família, amorosos, com amigos, com a escola, sociais/comunidade, fuga e perda de familiares. O *Kidcope* apresenta duas versões: *younger* (para crianças dos 7 aos 12 anos) e *older* (para jovens dos 13 aos 18 anos) – sendo a versão dos mais novos composta por 15 itens, que se agrupam, em 10 estratégias de *coping* diferentes: distração (itens 1 e 2), isolamento social (3 e 4), reestruturação cognitiva (5), auto-crítica (6), culpabilização dos outros (7), solução problemas (8 e 9), expressão emocional (10 e 11), pensamentos ávidos (12 e 13), apoio social (14) e resignação (15). Os itens são avaliados de acordo com uma escala de frequência (se ocorrem ou não) e de eficácia (em que medida é que ajudou a ultrapassar o problema) sendo esta última cotada em 3 pontos (0 – nada, 2 – muito). A versão dos mais velhos é semelhante à dos mais novos. No entanto, apresenta apenas 10 itens, sendo a escala de frequência cotada em 4 pontos (0 – nunca, 3 – sempre) e a de eficácia em 5 pontos (0 – nada, 4 - muitíssimo). No presente estudo foi utilizada a versão dos mais novos (*younger*). Os itens foram avaliados, neste trabalho, tendo em conta apenas a escala de eficácia e não a de frequência. Na cotação dos itens da mesma estratégia é atribuído o valor mais alto, ou seja, se numa estratégia um item tiver a pontuação de 0 e o outro de 2 a pontuação da estratégia será de 2 no que respeita à eficácia. Spirito e colaboradores (1988), utilizando os mesmos itens realizaram pós-testes uma semana e duas semanas após a aplicação da escala, tendo encontrado valores de fidelidade teste-reteste variando entre .64 e .97 e entre .68 e .90, respectivamente. Os autores sugerem que estes elevados resultados têm em conta o processo dinâmico do *coping*. O *Kidcope* foi utilizado, nesta investigação, de modo a observar as estratégias de *coping* usadas pelos jovens.

Questionário dos Comportamentos: com o intuito de avaliar os problemas de comportamento dos adolescentes, foram utilizados os critérios de diagnóstico da *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV, 1994), constituídos por 15 itens agrupados em 4 grandes categorias - agressão a pessoas e animais, destruição de propriedade, falsificação ou roubo e violação grave das regras. O adolescente teria de responder tendo em atenção a forma como se comportou durante o último ano, escolhendo para tal a opção que melhor o descrevia nessa situação. Questionário dos Consumos: de modo a obter informações acerca do tipo e frequência de substâncias utilizadas pelos adolescentes, foi construído um questionário com 17 itens que visava a obtenção

de informações relativas aos consumos de tabaco, álcool e drogas e às crenças acerca deles. Escala de Lazer e Ocupação de Tempos Livres: para obter informações acerca da forma como os adolescentes ocupam o seu tempo livre, foi utilizado o questionário de lazer construído por Claes, Ledent, Didier, Diniz e Piéron (1997) composto por 31 itens com uma cotação dicotómica (sim/não), no qual os sujeitos deveriam indicar as actividades de lazer praticadas no seu tempo livre. Estes 3 últimos questionários juntos avaliam os estilos de vida, que neste trabalho incluem os problemas de comportamento, o consumo de substâncias e o lazer. Foi obtido um total para cada um dos instrumentos de medida: total depressão, total ansiedade, total *coping* e total problemas de comportamento. No que diz respeito aos consumos foram escolhidas as questões relativas ao estado de embriaguez, frequência de consumo de tabaco e droga para caracterizar as variáveis álcool, tabaco e droga. Relativamente ao lazer, foram agrupadas as actividades de lazer activo, que incluíam a prática de desporto, e as actividades de lazer sedentário, tais como ver T.V., vídeo, ouvir música, entre outras, para categorizar o lazer. A variável idade foi recodificada em 3 grupos (12/14 anos, 14-15 anos, 15/18 anos). Para a profissão dos pais foi utilizada a escala Graffar, que agrupa as profissões em 5 categorias (1 – profissão equivalente a licenciatura, 5 – operários não especializados).

Procedimento

Foram incluídas as 12 turmas do curso técnico-profissional. O questionário foi autorizado e aplicado em sala de aula, de modo anónimo e voluntário.

Resultados

Para o tratamento dos dados foi utilizado o programa estatístico *SPSS/PC* (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 11.0, no qual os resultados foram codificados e analisados. Foi efectuada estatística descritiva com apresentação das frequências para os dados demográficos e para o lazer. De seguida, utilizou-se o teste do Qui-Quadrado (χ^2) para os consumos, com análise de residuais ajustados para localização dos valores significativos. Posteriormente, efectuaram-se correlações para a ansiedade, depressão (r de *Pearson*) e para o *coping* (r de *Spearman*), Teste t de *Student* para amostras não relacionadas e Análise de Variância – *Anova* (comparação de variáveis contínuas com mais de duas condições) seguida de Teste *Scheffe*, para localização dos valores significativos. Por último foram realizadas regressões lineares múltiplas entre todas as variáveis em estudo.

A amostra foi constituída por 176 sujeitos dos quais 102 eram raparigas (58%) e 74 rapazes (42%), com idades compreendidas entre os 12 e os 18 anos, com uma média de 14.3 anos ($d.p.=1.5$). A média de idade das raparigas é de 14.3 e a dos

rapazes de 14.4. Estes 176 alunos estavam distribuídos por 11 turmas de 3 anos de escolaridade diferentes sendo 37,5% do 1º ano, 34,7% do 2º ano e 27,8% do 3º ano de escolaridade. Dos inquiridos 60,2% eram brancos e 38,6% negros. A idade do pai varia entre 29 e 64 anos com uma média de 43.7 ($d.p.=6.7$), variando a idade da mãe entre os 28 e os 54 anos ($M=40.7$; $d.p.=5.9$). Dos indivíduos que constituem a amostra 16,5% referem que o pai já faleceu, 5,1% afirmam não o conhecer, e 2,8% que foram abandonados por ele. No que diz respeito à mãe 6,8% dos inquiridos relatam o seu falecimento, 1,1% refere não a conhecer e 2,3% ter sido abandonado por ela. Os pais dos sujeitos possuem habilitações literárias baixas, tendo muitos deles estudos até à 4ª classe (40,9% para os pais e 48,7% para as mães) e uma percentagem menor estudos superiores (3,8% dos pais e 2,5% das mães). A maioria dos pais desempenham funções com equivalência ao ensino primário incompleto (44,8% para os homens e 48,8% para as mulheres) e uma minoria com correspondência ao ensino superior (1,1% para o pai e 0,6% para a mãe), estando 2,8% dos pais e 2,5% das mães reformadas, e alguns desempregados (2,8% pais e 5,6% das mães). Dos sujeitos que compõem a amostra, 44,6% vivem só com um dos progenitores, 39,4% vivem com os dois, 16% com outros familiares e 7,4% são internos no colégio.

Verifica-se que os adolescentes no geral preferem actividades como ouvir música, conversar com os amigos, estar com os amigos, ver televisão ou vídeo e jogar às cartas, jogos de vídeo ou de computador. Quanto ao género e à idade não se verificaram diferenças significativas, verificando-se uma preferência acentuada dos jovens, independentemente da idade ou do género, por actividades de lazer sedentário (ouvir música, estar e conversar com os amigos). No entanto constatou-se que as raparigas optavam mais frequentemente por estar e conversar com os amigos (lazer social/romântico), enquanto que os rapazes e os mais novos preferiram os jogos de cartas, vídeo, computador e ver T.V (lazer consumista). Os mais velhos seleccionaram preferencialmente namorar e ir ao cinema.

Para analisar as questões relativas à experimentação e consumo de substâncias utilizou-se o Teste Qui-Quadrado (χ^2). Verifica-se que a maioria dos jovens que constituem a amostra já experimentaram bebidas alcoólicas, tendo sido os mais velhos ($\chi^2=13.45$; $g.l=2$; $p<.05$), e os que apresentam problemas de comportamento ($\chi^2=11.13$; $g.l=1$; $p<.05$), que referem mais frequentemente experimentação de bebidas alcoólicas, enquanto que os mais novos e sem problemas de comportamento são aqueles que afirmam, mais frequentemente, não o ter feito. Constata-se que os jovens com problemas de comportamento consomem mais cerveja ($\chi^2=10.72$; $g.l=1$; $p<.05$) e bebidas espirituosas ($\chi^2=13.82$; $g.l=1$; $p<.001$), do que aqueles que não apresentam perturbação do comportamento. Verifica-se que os mais velhos ($\chi^2=17.96$; $g.l=4$; $p<.05$), e com problemas de comportamento ($\chi^2=24.65$; $g.l=2$; $p<.05$), são os que mais

frequentemente afirmaram ter-se embriagado. Pelo contrário os mais novos, e aqueles que não apresentam problemas de comportamento são os que referem não o terem feito.

Relativamente à experimentação de tabaco, constata-se que são os mais velhos ($\chi^2=11.01$; $g.l=2$; $p<.05$) que a referem mais frequentemente, enquanto que pelo contrário, os mais novos afirmam não o ter feito ainda.

São os que apresentam perturbações do comportamento aqueles que referem já ter experimentado drogas com maior frequência ($\chi^2=10.50$; $g.l=2$; $p<.05$). As substâncias mais utilizadas na primeira experiência, são o haxixe (9,7%), os estimulantes (1,7%) e a cocaína (1,1%). Os rapazes afirmam ter consumido mais frequentemente haxixe (9,5%), estimulantes (2,7%), cocaína (2,7%) e heroína (1,4%), enquanto que as raparigas referem com maior frequência consumo de haxixe (9,8%). Os mais velhos referem experimentação de haxixe (19%), estimulantes (4,8%) e medicação usada como droga (2,4%), enquanto que os mais jovens o fizeram com cocaína (2,7%) e heroína (1,4%). No entanto e relativamente às substâncias mais utilizadas pelos adolescentes não se encontraram diferenças significativas quanto ao género e à idade, excepto no que diz respeito aos problemas de comportamento, onde os sujeitos com perturbações de comportamento referem ter experimentado mais frequentemente haxixe ($\chi^2=9.15$; $g.l=1$; $p<.05$) do que os adolescentes sem perturbações de comportamento. A grande maioria teve a sua primeira experiência com drogas entre os 13-16 anos (81%). No entanto, é importante realçar que uma percentagem significativa (4,8%) se iniciou antes desta idade. No que diz respeito às substâncias da primeira experiência podemos verificar que o álcool (14,8%) e o haxixe (5,7%) foram as substâncias privilegiadas.

Foi efectuada uma comparação entre médias do total da ansiedade, do total da depressão e do total dos comportamentos, utilizando o teste *T de Student*. Não se encontraram diferenças estatisticamente significativas em função do género nem para a ansiedade, nem para a depressão, nem para os comportamentos. Verificou-se também ausência de diferenças estatisticamente significativas em função da idade para as mesmas variáveis, utilizando a *Anova*.

No que respeita ao *coping*, encontraram-se diferenças significativas em função do género, nomeadamente relativamente à distração ($t = 1.98$; $N = 173$; $p <.05$), com média ($M=.64$) entre os rapazes e ($M=.49$) para as raparigas, e ao isolamento social ($t = - 2.30$; $N = 173$; $p <.05$), com média ($M=.35$) para os rapazes e ($M=.52$) para as raparigas. Em função da idade também foram encontradas diferenças significativas ao nível da distração ($F (2, 174) = 4,44$; $p <.05$), encontrando-se diferenças significativas ao nível da média entre os mais novos ($M = 4,8$), os jovens de 14/15 anos ($M = 5,0$) e os mais velhos ($M = 4,9$).

Foram encontradas diferenças significativas entre os problemas de

comportamento e a depressão ($F(1, 175) = 23.2; p < .001$), com diferenças entre indivíduos sem problemas comportamento ($M=9,9$) e com problemas ($M=14,7$). Encontraram-se também diferenças entre os problemas de comportamento e a ansiedade ($F(1, 175) = 8.5; p < .05$), com diferenças entre as médias ($M=11,0$ para os jovens sem problemas e $M=13,4$ para os que apresentam problemas de comportamento).

Encontraram-se diferenças significativas entre a frequência no consumo de drogas e a ansiedade ($F(2, 175) = 6.3; p < .05$), com diferenças entre o consumo duas ou mais vezes ($M=18,7$), uma vez ($M=17,0$) e o não consumo ($M=11,6$). Foram também verificadas diferenças entre a frequência no consumo de drogas e a depressão ($F(2, 175) = 9.1; p < .001$), com valores significativos ($M=22,2; M=18,3$, e $M=11,4$) respectivamente para duas ou mais vezes, uma vez e nenhuma.

Verificou-se a existência de diferenças significativas entre a experimentação de drogas e depressão ($F(1, 175) = 11.9; p < .05$), com diferenças significativas entre médias ($M=16,0$) e ($M=11,2$), respectivamente para o experimentação de droga e não experimentação. Foram também encontradas diferenças entre a ansiedade e a experimentação de droga ($F(1, 175) = 7.5; p < .05$), tendo-se verificado diferenças ao nível das médias ($M=4,4$) para os que experimentaram e ($M=3,2$) para os que não experimentaram.

Encontraram-se diferenças entre a ansiedade e a frequência no consumo de tabaco ($F(2, 175) = 3.9; p < .05$), com diferenças significativas entre consumo todos os dias ($M=3,7$), uma vez ou menos de uma vez por semana ($M=2,9$) e não consumo ($M=2,5$). Relativamente à depressão e à frequência no consumo de tabaco verificaram-se também diferenças significativas ($F(2, 175) = 6.8; p < .05$), com valores de $M=16,2$ para o consumo diário, $M=13,0$ para o esporádico e $M=11,0$ para a ausência de consumo.

No que concerne à embriaguez e depressão encontraram-se diferenças significativas, ($F(2, 175) = 10.8; p < .000$), com valores para a inexistência de embriaguez ($M=10,6$), para a embriaguez 1 a 3 vezes ($M=14,0$) e para os que o fizeram 4 ou mais vezes ($M=18,5$). Foram também encontradas diferenças significativas entre a ansiedade e a embriaguez ($F(2, 175) = 3.7; p < .05$), com valores significativos entre o nunca se ter embriagado ($M=3,2$), tê-lo feito 1 a 3 vezes ($M=3,5$) e 4 ou mais vezes ($M=4,9$).

Quando se utilizou a regressão linear múltipla (método enter) entre as variáveis género, idade, profissão pai, profissão mãe, álcool, droga, tabaco, comportamentos, lazer activo e lazer sedentário, tomando como variável dependente o total de depressão, verificou-se que a depressão é prevista com recurso ao comportamento

($\beta = 0,21; p < .05$), ao álcool ($\beta = - 0,25; p < .05$) e à droga ($\beta = - 0,24; p < .05$), que explicam 24% da variância total na depressão ($R^2 \text{ aj.} = .24; F(10,137) = 5,3$;

$p < .000$). Utilizando igualmente a regressão linear múltipla (método enter) entre as variáveis género, idade, profissão pai, profissão mãe, álcool, droga, tabaco, comportamentos, lazer activo e lazer sedentário, tomando como variável dependente o total de ansiedade, verificamos que a ansiedade é prevista com recurso à droga ($\beta = -0,27$; $p < .05$), que explica 7% da variância total na ansiedade ($R^2 \text{ aj.} = .07$; $F(10,137) = 2,1$; $p < .05$).

Após efectuar uma regressão linear múltipla (método enter), fazendo entrar na equação de regressão o álcool, a droga, o tabaco, o total da depressão e o total do *coping*, tomando como variável dependente o total da ansiedade, verificou-se que o total da depressão se encontra associado com o total da ansiedade ($\beta = 0,69$; $p < .001$), explicando 47% da variância total ($R^2 \text{ aj.} = .47$). Fazendo entrar as variáveis álcool, droga, tabaco, total ansiedade e total *coping* e tomando como variável dependente o total da depressão, verifica-se que o álcool ($\beta = -0,14$; $p < .05$), e o total da ansiedade ($\beta = 11,41$; $p < .001$), se encontram associados com o total da depressão, explicando 51% da variância na depressão ($R^2 \text{ aj.} = .51$).

Discussão

No presente estudo procurou-se analisar a relação existente entre estilos de vida (lazer, comportamentos e consumos), ansiedade, depressão e *coping* em adolescentes.

No que diz respeito ao lazer, os resultados colocam em evidência a preferência dos adolescentes por actividades, como audição de música, companhia e conversa com os amigos, televisão e vídeo e jogo de cartas, jogos de vídeo e computador, resultados semelhantes aos encontrados por Matos e colaboradores (2003a). De realçar que a maioria das actividades seleccionadas pelos jovens são sedentárias. Constatou-se, de igual forma, que as raparigas optavam por actividades de lazer social/romântico, tais como companhia e conversa com os amigos, e os rapazes por actividades de lazer consumista, nomeadamente jogos de cartas, vídeo e computador. Estes resultados estão de acordo com os encontrados por outros autores (Freire, & Soares, 2000; Matos et al., 2003a), que verificaram também a existência de diferenças no lazer ao nível do género.

No que diz respeito aos consumos, verifica-se que os mais velhos e com problemas de comportamento aqueles que mais frequentemente experimentaram e consumiram álcool e drogas, o que se encontra de acordo com as conclusões a que chegaram alguns autores (Matos et al., 2000; Matos et al., 2003a). Relativamente ao consumo de tabaco, constatou-se que os mais velhos foram os que referiram mais frequentemente experimentação e consumo regular de tabaco. Os valores de consumo mais elevados das raparigas relativamente aos rapazes parecem estar de acordo com alguns estudos que colocam em evidência o aumento de consumo entre as raparigas (Matos et al., 2003a; Matos et al., 2003b; USDHHS, 2001). A

substância mais consumida pelos jovens desta amostra foi o haxixe que foi também a substância mais utilizada na primeira experiência, o mesmo foi verificado por Matos e colaboradores (2000, 2003a) em estudos anteriores. O álcool foi a substância mais utilizada pelos adolescentes, o que se mostra consistente com os resultados encontrados por Carvalho (1990), onde o autor constatou que a maior parte das investigações realizadas na adolescência referem o álcool como a substância mais utilizada.

Verificou-se a existência de correlações estatisticamente significativas entre as variáveis da ansiedade e da depressão, o que parece indicar a existência de comorbilidade entre ambas, foram estas também as conclusões a que chegaram Matos e colaboradores (2003c).

Neste estudo não se verificaram diferenças ao nível do género e da idade no que respeita à ansiedade e à depressão. Os resultados mostram-se de acordo com os obtidos por Joiner, Blalock e Wagner (1999), que não encontraram diferenças ao nível do género para a ansiedade e depressão, tendo verificado a existência de uma grande co-morbilidade destes sintomas nas raparigas. No presente trabalho também não se verificaram diferenças ao nível do género e da idade relativamente aos comportamentos. O facto de nesta investigação não se terem encontrado diferenças ao nível do género e da idade para a ansiedade, depressão e comportamentos poderá estar relacionado com o facto de os jovens que compõem a amostra serem oriundos de famílias desestruturadas, com histórias de abandono, maus tratos, violência doméstica e alcoolismo, o que por si só poderia originar sintomas de ansiedade, depressão e perturbação do comportamento.

Nesta investigação encontraram-se diferenças entre os problemas de comportamento e a ansiedade e depressão. Estes resultados mostram-se de acordo com os obtidos por Brosnan e Carr (2000), que verificaram a existência de comorbilidade entre a perturbação do comportamento e a ansiedade e depressão.

Foram também encontradas diferenças, nomeadamente entre embriaguez, frequência no consumo de tabaco, experimentação e frequência no consumo de drogas e ansiedade e depressão. Tais resultados foram encontrados por investigações passadas, em que os autores verificaram que os jovens que consumiam álcool, tabaco e droga referiam com maior frequência sintomas de mal-estar físico e psicológico (Matos et al., 2000), e que o consumo de substâncias se encontra relacionado com a ansiedade (Matos et al., 2003a), depressão e stress (Matos et al., 2003a; Wills, Sandy, Yeager, Cleary, & Shinar, 2001).

No que respeita ao *coping*, encontraram-se diferenças ao nível do género no que se refere à distração e ao isolamento social. Ao nível da idade encontraram-se diferenças relativamente à distração. O que sugere que os jovens optam por estratégias de *coping* disfuncionais (evitamento), resultados que se encontraram

de acordo com os obtidos por Raffety, Smith e Ptacek (1997), que verificaram que os indivíduos com níveis mais elevados de ansiedade debilitante optavam por estratégias de evitamento.

Depois de analisar os contextos dos problemas foram criadas 7 categorias: problemas relacionados com o próprio, família, problemas amorosos, com os amigos, com a escola, com a comunidade e outros problemas. A grande maioria dos problemas relatados pelos jovens dizem respeito à família (23,5%), entre eles incluem-se desavenças familiares, violência doméstica, alcoolismo, abandono por parte de um dos progenitores e em casos mais extremos a expulsão de casa. Relativamente aos problemas com o próprio (7,8%) incluem-se relatos de solidão, tristeza, pensamentos negativos, sensação de frustração e queixas sintomáticas, tais como dores e pesadelos. Na categoria relacionada com a componente amorosa (8,5%), encontram-se basicamente desentendimentos amorosos, desconfianças e traições. No que diz respeito aos amigos (5,9%), os problemas incluem intrigas e aborrecimentos entre o grupo de pares. Já na escola (15%), os problemas resumem-se a desentendimentos e lutas entre colegas, discussões com professores, faltas escolares e/ou disciplinares e fraco rendimento académico. Nos problemas sociais (7,8%) incluem-se problemas com drogas, com a justiça, roubos de carros, telemóveis e carteiras. Na categoria de outros (9,2%), incluem-se a morte de familiares ou amigos e a fuga de casa. De referir que uma parte significativa dos adolescentes (22,2%) não conseguiu descrever o problema.

Verificou-se que a ansiedade era prevista com recurso à depressão, explicando 47% da variância total. No que diz respeito à depressão verificou-se que era prevista com recurso aos comportamentos, álcool e droga, explicando 24% da variância total. Estes resultados parecem sugerir o facto que quer a depressão, quer a ansiedade se encontram associadas ao consumo de substâncias, dados que estão em concordância com a literatura onde se constatou que o consumo de substâncias se encontra relacionado com a ansiedade (Matos et al., 2003a) e a depressão (Matos et al., 2003a; Wills, Sandy, Yeager, Cleary, & Shinar, 2001) e também a existência de co-morbilidade entre a ansiedade e a depressão (Kovacs, & Devlin, 1998). De referir ainda que os resultados encontrados, parecem indicar que os adolescentes optam pelo consumo de álcool e droga para fazer face à depressão e à ansiedade, o que a longo prazo poderá ter consequências negativas a nível emocional e interpessoal. O conhecimento e compreensão dos estilos de vida e dos comportamentos dos adolescentes parece ser de extrema importância para que se possa intervir e prevenir adequadamente na área dos comportamentos de saúde. As práticas educativas que promovam estilos de vida saudáveis devem ser implementadas, já que permitem o desenvolvimento de competências físicas e psicológicas importantes no decurso da adolescência.

Referências

- American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.). Washington, DC: Author.
- Aarons, G., Brown, S., Coe, M., Myers, M., Garland, A., Ezzet-Lofstrom, R., Hazen, A., & Hough, R. (1999). Adolescent alcohol and drug abuse and health. *Journal of Adolescent Health*, 24 (6), 412-421.
- Bandura, A. (1973). *Aggression: A social learning analysis*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Brosnan, R., & Carr, A. (2000). Adolescent conduct problems. In A. Carr (Ed.), *What works with children and adolescents?* New York: Routledge.
- Carvalho, J. N. (1990). Comportamentos desviantes. In B. P. Campos (Ed.), *Psicologia do Desenvolvimento e Educação de Jovens* (pp.214-249). Lisboa: Universidade Aberta.
- Carvalho, J. N. (1997). Diferenças nas influências familiares em adolescentes consumidores de álcool e cannabis. *Toxicodependências*, 3 (1), 37-43.
- Carvalho, M., & Batista, A. (1998). Revised Children's Manifest Anxiety Scale (RCMAS). Lisboa: Universidade Lusófona (não publicado).
- Claes, M., Ledent, M., Didier, P., Diniz, J., & Piéron, M. (1997). Pratique et importance des principales activités de loisirs chez de jeunes de 12 à 15 ans dans cinq pays Européens. *ADEPS*, 159/160: 51-60.
- Cleto, P. M. (1998). *Adaptação à mudança de escola no início da adolescência*. Porto: FPCE (Tese de Mestrado).
- Csikszentmihalyi, M. (1997). *Finding flow: Psychology of engagement with everyday life*. New York: Basic Books.
- DiClemente, R., Hansen, W., & Ponton, L. (Eds.) (1996). *Handbook of adolescent health risk behavior*. New York: Plenum Press.
- Dugan, S., Lloyd, B., & Lucas, K. (1999). Stress and *coping* as determinants of adolescent smoking behavior. *Journal of Applied Social Psychology*, 29, 870-888.
- Feldman, L., Harvey, B., Holowaty, P., & Shortt, L. (1999). Alcohol use beliefs and behaviors among high school students. *Journal of Adolescent Health*, 24 (1), 48-58.
- Fonseca, H. (2002). *Compreender os adolescentes: Um desafio para pais e educadores*. Lisboa: Editorial Presença.
- Freire, T. (1998). A experiência de aborrecimento na adolescência: Consequências desenvolvimentais e sociais. In L. Almeida, M. J. Gomes, P. B. Albuquerque, & S. Caires (Eds.), *Actas do IV Congresso Galaico – Português de Psicopedagogia*. Braga: Instituto de Educação e Psicologia.
- Freire, T. (1999). *Promover a saúde em adolescentes através do lazer*. Braga: Instituto de Educação e Psicologia.

- Freire, T., & Soares, I. (2000). O impacto psico – social do envolvimento em actividades de lazer no processo de desenvolvimento adolescente. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 5 (1), 23 – 40.
- Gabhainn, S. N., & François, Y. (2000). Substance use. In C. Currie, K. Hurrelmann, W. Settertobulte, R. Smith, & J. Todd (Eds.). *Health and Health Behaviour among Young People*. HEPCA series: World Health Organization.
- Gilbert, D. G. (1995). *Smoking: Individual differences, psychopathology, and emotion*. Washington, DC: Taylor & Francis.
- Hankin, B. L., Abramson, L. Y., Moffitt, T. W., Silva, P. A., McGee, R., & Angel, K. E. (1998). Development of depression from preadolescence to young adulthood: Emerging gender differences in a 10-year longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 128-140.
- Irwin, C. E. (1993). Adolescence and risk taking: How are they related? In N. J. Bell (Eds.), *Adolescence risk taking* (pp. 7 – 28). Newbury Park, CA: Sage.
- Iso-Ahola, S. (1997). A psychological análise of leisure and health. In J. Haworth (Ed.), *Work, leisure and well – being*. New York: Routledge.
- Iso-Ahola, S., & Crowley, E. D. (1991). Adolescent substance abuse and leisure boredom. *Journal of Leisure Research*, 23, 260-271.
- Joiner, T. E., Blalock, J. A., & Wagner, K. D. (1999). Preliminary examination of sex differences in depressive symptoms among adolescent psychiatric inpatients: The role of anxious symptoms and generalized negative affect. *Journal of Clinical Child Psychology*, 28 (2), 211-219.
- Kovacs, M. (1982). The Children's Depression Inventory (CDI). *Psychopharmacology Bulletin*, 21, 995-998.
- Kovacs, M. (1992). *Children's Depression Inventory*. New York: Multi-Health Systems.
- Kovacs, M., & Devlin, B. (1998). Internalizing disorders in childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39 (1), 47-63.
- Lazarus, R. (1966). *Psychological stress and the coping process*. New York: McGraw-Hill.
- Lerner, R. (1998). Adolescent development. Retirado em 12 de Fevereiro de 2003 da World Wide Web: psych.annualreviews.org
- Lewinsohn, P. M., Rohde, P., & Seeley, J. R. (1998). Major depressive disorder in older adolescents: Prevalence, risk factors, and clinical implications. *Clinical Psychology Review*, 18(7), 765-794.
- Lloyd, B., & Lucas, K. (1998). *Smoking in adolescence*. London: Routledge.
- Matos, M. G., Simões, C., Carvalhosa, S., Reis, C., & Canha, L. (2000). *A saúde dos adolescentes portugueses*. Lisboa: FMH/PEPT.

- Matos, M. G., & Carvalhosa, S. (2001). Os jovens portugueses e o consumo de drogas. Lisboa: FMH/PEPT/GPT.
- Matos, M. G., e equipa do Projecto Aventura social & Saúde (2003a). A saúde dos adolescentes portugueses (Quatro anos depois). Lisboa: Edições FMH.
- Matos, M. G., Gaspar, T., Vitória, P. D., & Clemente, M. P. (2003b). Adolescentes e o tabaco: Rapazes e raparigas. Lisboa: Faculdade de Motricidade Humana/CPT.
- Matos, M. G., Barrett, P., Dadds, M., & Shortt, A. (2003c). Anxiety, depression, and peer relationships during adolescence: Results from the Portuguese national health behaviour in school-aged children survey. *European Journal of Psychology of Education*, 18(1), 3-14.
- McGee, R., Feehan, M., Williams, S., & Anderson, J. (1992). DSM-III disorders from age 11 to age 15 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 50-59.
- Meschke, L. L., & Silbereisen, R. K. (1998). The association of childhood play and adolescent – parent interactions with German adolescent leisure participation. *Journal of Adolescent Research*, 13, 458 – 472.
- Ogden, J. (1999). *Psicologia da saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Parrott, A. C. (1999). Does cigarette smoking cause stress? *American Psychologist*, 54, 817-820.
- Prinstein, M. J., Boergers, J., & Spirito, A. (2001). Adolescents' and their friends' health-risk behavior: Factors that alter or add to peer influence. *Journal of Pediatric Psychology*, 26 (5), 287-298.
- Raffety, P., Smith, A., & Ptacek, P. (1997). Facilitating and debilitatint trait anxiety, situational anxiety, and *coping* with an anticipated stressor: A process analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 72 (4), 892-906.
- Reynolds, C. R., & Richmond, B. O. (1985). *Revised Children's Manifest Anxiety Scale (RCMAS)*. Los Angeles: Western Psychological Services.
- Sarafino, E. P. (1998). *Health psychology. Biopsychosocial Interactions (3ª Edition)*. New York: John Wiley & Sons.
- Schraedly, P. K., Gotlib, I. H., & Hayward, C. (1999). Gender differences in correlates of depressive symptoms in adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 25, 98-108.
- Seiffge-Krenke, I. (1995). *Stress, coping and relationships in adolescence*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Serra, A. V. (2002). *O stress na vida de todos os dias (2ª Edição)*. Coimbra: Gráfica de Coimbra.
- Seyle, H. (1984). *The stress of life*. New York: McGraw-Hill.
- Shaw, S. M., Kleiber, D., & Caldwell, I. L. (1995). *Leisure and identity formation*

- in male and female adolescents: A preliminary examination. *Journal of Leisure Research*, 27, 245-263.
- Spirito, A., Stark, L. J., & Williams, C. (1988). Development of a brief *coping* checklist for use with pediatric populations. *Journal of Pediatric Psychology*, 13, 555-574.
- Strasburger, V., & Donnerstein, E. (2000). Children, adolescents, and the media in the 21st century. *Adolescent Medicine*, 11 (1), 51-68.
- Sussman, S., & Dent, C. W. (2000). Prospective prediction of drug use from stress – related variables. *Substance Use and Misuse*, 35, 717-735.
- Thorlindsson, T., Vilhjalmsson, R., & Valgeirsson, G. (1990). Sport participation and perceived health status: A study of adolescents. *Social Science and Medicine*, 31, 551-556.
- U. S. Department of Health and Human Services. (2000). *Health people 2010* (Conferenced ed., 2 vols.). Washington, DC: USDHHS.
- Whalen, C. K., Jamner, L. D., Henker, B., & Delfino, R. J. (2001). Smoking and moods in adolescents with depressive and aggressive dispositions: Evidence from surveys and electronic diaries. *Health Psychology*, 20, 99-111.
- Wills, T. A., & Cleary, S. D. (1995). *Stress-coping* model for alcohol-tobacco interactions in adolescence. In J. Fertig & J. Allen (Eds.), *Alcohol and tobacco: From basic science to clinical practice* (pp. 107-128). Bethesda, MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.
- Wills, T. A., Sandy, J. M., Shinar, O., & Yaeger, A. M. (1999). Contributions of positive and negative affect to adolescent substance use. *Psychology of Addictive Behaviors*, 13, 327-338.
- Willis, T. A., Sandy, J., Yeager, A., Cleary, S., & Shinar, O. (2001). *Coping* dimension, life stress and adolescent substance use. *Journal of Abnormal Psychology*, 110 (2), 309-323.
- Wills, T. A., Sandy, J. M., & Yaeger, A. M. (2002). Stress and smoking in adolescence: A test of directional hypotheses. *Health Psychology*, 21 (2), 122-130.

Anexo

Problemas relativos ao próprio

“Senti-me triste e muito sozinha”;

“Estou chateado e triste”;

“O treino de futebol estava a correr-me bem, mas não fui convocado”;

“Fiquei super frustrada porque perdi o passe a meio do mês”;

“Portei-me mal e acho que vou para a casa de correcção, estou desiludido comigo próprio”;

“Estava a jogar à bola, e ela acertou numa gaiola e fiquei preocupado com o pássaro”;

“Fiquei preocupado quando tive pesadelos frequentes”;

“O problema foi quando parti o pulso e fiquei cheia de dores”;

“Problemas? É só problemas, só tenho problemas na minha vida e são maus”;

“Fiquei desiludido comigo, os meus pais não me deram o que eu queria e a culpa foi minha

“Houve uma altura em que as coisas me corriam mal, e o meu pensamento era negativo”;

Problemas Familiares

“A minha mãe contou-me um segredo e eu descaí-me ao meu pai”;

“Quando os meus pais se chateiam entre eles ou com o meu irmão”;

“Os meus pais separaram-se”;

“A minha mãe não quer que eu namore”;

“Quando me chateio com a minha mãe”;

“Foi quando o meu pai mandou o meu irmão para viver com a minha mãe”;

“Quando o meu pai chega a casa embriagado;

“O meu pai bate na minha mãe”;

“Tenho problemas com os meus avós”;

“Os meus pais estavam a discutir e o meu pai queria bater na minha mãe”;

“O meu irmão tentou violar-me”;

“Os meus pais estão separados”;

“A minha mãe quis que eu fosse viver com ela, mas depois não me ligou nenhuma”;

“Quando vejo o meu pai fico aborrecida, porque ele não tem reacção nenhuma a ver-me”;

“O meu tio pôs a minha avó contra mim”;

“Quando os meus pais se chateiam comigo”;

“Comecei a namorar com um rapaz, contei à minha mãe e ela não me apoiou”;

“O meu pai saiu de casa e eu comecei a ter más notas”;

“Quando a minha mãe me abandonou”;

“Nada está bem na minha vida, nem na escola, nem em casa. A minha mãe bate-me e maltrata-me”.

“ Não gosto da minha mãe, mas amo-a!”;

“Discuti com a minha avó”;

“A minha mãe bate no meu irmão e diz que não gosta de nós”;

“Passo-me com a minha mãe, ela chateia-me a cabeça porque eu não estudo e apaga-me a televisão”;

“A minha mãe descobriu que eu fumava e chateou-me a cabeça”;

“Quando tive de mudar de casa porque os meus pais se chatearam”;

- “O meu pai expulsou-nos de casa e tivemos que dormir nas escadas”;
 “Vi o meu irmão mais velho a fumar um charro e não sabia se havia de contar aos meus pais”;
 “Não tenho amor e compreensão da parte dos meus pais”;
 “O meu pai embebedou-se e tentou bater-me”;
 “Quando o meu pai não fala comigo e não me pergunta como correu a escola”;

Problemas Amorosos

- “Gosto de uma miúda, mas não sei se ela gosta de mim”;
 “A minha namorada acabou tudo comigo”;
 “Quando acabei com a minha namorada”;
 “Gosto de um rapaz mas ele não gosta de mim”;
 “Cenas de ciúme com o meu namorado”;
 “Tive um grande desgosto de amor”;
 “Aborreci-me com o meu namorado”;
 “O meu namorado deu-me desprezo”;
 “Quando descobri que a minha namorada me traiu”;
 “Havia uma rapariga que dava em cima do meu namorado”;

Problemas com os Amigos

- “Uma amiga andava a dizer mal de mim”;
 “Quando as minhas amigas se chateiam comigo”;
 “Chateei-me com uma amiga minha e fiquei muito desiludida com ela”;
 “Perdi as minhas amigas”;
 “Zanguei-me com a minha amiga”;
 “Tive uma discussão com o meu melhor amigo”;

Problemas com a Escola

- “Chumbei e não sabia como dizer aos meus pais”;
 “Tenho falta de estudo”;
 “Ando a faltar muito à escola, e estou preocupado com o facto de poder chumbar”;
 “Aborreci-me com os colegas na escola”;
 “Uma colega minha estava mal e eu disse à professora, e agora os meus colegas acusam-me de chiba”
 “Andei à tareia com uma colega”;
 “Quando andei à porrada com um gajo”;
 “Um colega deitou-me de um muro abaixo”;
 “Quando tive uma falta de castigo”;
 “Quando as minhas colegas andaram a dizer mal de mim”;
 “Já tive um teste negativo”;
 “Tive muitas negas e fiquei muito chateado”;

“Discuti com a minha professora”;

“Comecei a faltar à escola sem motivos”;

“A turma toda virou-se contra mim”;

“Quando entrei numa escola e ninguém da minha turma gostava de mim, depois mudei-me para aqui”;

Problemas Sociais/Comunidade

“Acusaram-me de consumir haxixe”;

“A minha prima foi presa no Brasil”;

“Eu e o meu irmão roubamos o carro ao nosso avô”;

“Tentei roubar um carro e apareceu a polícia, eu consegui fugir e fiquei com medo”;

“Quando me roubaram o telemóvel, eu fiquei com raiva”;

“Fui posto em tribunal porque me acusaram de ter agredido uma rapariga e era mentira”;

“Uns colegas meus roubaram e acusaram-me a mim”;

“Roubaram-me a carteira”;

“Roubaram dinheiro a uma colega de turma e ninguém se acusou, a turma toda teve de pagar”;

Fuga e perda

“Quando a minha avó morreu”;

“Fugi de casa”;

“Quando o meu pai morreu”;

“Fiquei muito triste quando o meu pai e os meus avós morreram”;

“Morreu um amigo meu”;

“Morreu o meu tio que era o meu melhor amigo”;

Depressão na adolescência

Magda Crisóstomo & Margarida Gaspar de Matos

Introdução

A adolescência envolve a aprendizagem e iniciação de uma grande variedade de comportamentos críticos para a saúde e bem-estar que podem condicionar muito a vida de adulto da pessoa. A rebelião contra o adulto, característica da adolescência, também é manifestada no ambiente escolar, afectando o desempenho académico. A adolescência expressa-se, em geral, numa crise em que o jovem passa por um período de alterações psicológicas, físicas, emocionais e cognitivas (Cruz, Sanfins, Lemos, Maltez & Félix, 1999). O adolescente contemporâneo é um ser de paradoxos. Quer ser totalmente autónomo, mas, ao mesmo tempo, solicita os pais para actos da vida quotidiana.

A depressão e as perturbações do humor depressivo foram durante muito tempo subestimadas nos adolescentes. Várias razões estão na origem desta subestimação. Muitos autores referiram que o humor depressivo nesta idade não era estável. Uma outra razão está ligada às manifestações com designações muito variadas que vão desde perturbações do comportamento (faltas à escola, fúrias, fugas, condutas de aparência delinvente), até às chamadas perturbações funcionais (fadiga, nervosismo, queixas somáticas), passando pelos problemas escolares, pelos comportamentos bulímicos ou anorécticos e pelas condutas aditivas. No entanto, as perturbações depressivas do adolescente têm consequências negativas quer para os próprios adolescentes quer para o seu meio: fracassos escolares, condutas suicidárias, dificuldades de relação, frequentes perturbações psiquiátricas durante a vida ulterior de adulto (Braconnier & Marcelli, 2000).

Alguns autores sublinham que a depressão da adolescência pode ter uma evolução favorável num certo número de casos, mas pode também levar a modificações da personalidade, podendo mesmo configurar a uma organização patológica obsessiva, delinvente. A depressão não pode ser considerada como tendo uma determinação homogénea. Assim, uma mesma apresentação clínica pode referir-se a modalidades estruturais diferentes. Numa mesma organização psico-patológica, o sistema factual, a resposta relacional, a capacidade de elaboração da dimensão depressiva em função do seu próprio nível, a importância dos investimentos em si e nos outros, a regulação da auto-estima medem a incidência da depressão na adolescência, no seu aspecto traumático e do impacto sobre as capacidades de

desenvolvimento e de organização, modificando, desta forma, o prognóstico (Marcelli, 2002).

Uma das facetas características do processo de adolescência é a relativa frequência de manifestações emocionais e afectivas mais ou menos tumultuosas, mas sempre transitórias. Entre estas figuram o "mau humor", o tédio, a lentificação e até a tristeza ou os sentimentos de infelicidade, incompreensão, incapacidade. É o que hoje se designa, de forma familiar, por "abatimento". Todos estes elementos, característicos do processo da adolescência em si mesmo, valoram o humor e os sentimentos dos interessados o que levou a considerar a adolescência como um período "privilegiado" para a depressão.

O adolescente realmente deprimido nem sempre se apresenta como tal. Face a qualquer conduta surpreendente, provocadora ou agressiva, face a qualquer queixa somática inexplicada e, claro, face a qualquer crise de choro, de abatimento e de desinteresse durante mais de quinze dias, é preciso pensar em "depressão". As emoções são de importância primária para o terapeuta cognitivo. Afinal, uma meta importante da terapia é o alívio de sintomas, uma redução no nível de aflição do paciente quando ele modifica o seu pensamento disfuncional. A emoção negativa intensa é dolorosa e pode ser disfuncional quando interfere com a capacidade do paciente de pensar claramente, resolver problemas, agir efectivamente ou obter satisfação. Os pacientes com uma perturbação psico-patológica, frequentemente experimentam uma intensidade de emoção que é excessiva ou inapropriada à situação. A terapia cognitiva visa reduzir a aflição emocional que está relacionada com interpretações erradas de uma situação. Emoções negativas "normais" são tanto parte da riqueza da vida quanto emoções positivas e têm uma função importante tal como a dor física, alertando para um problema que pode precisar de abordagem (Beck, 1997).

A depressão será diagnosticada se, por trás das manifestações expressas primeiramente pelo adolescente ou pelos seus pais, se encontrarem os sinais habituais do síndrome depressivo, em tudo comparável ao do adulto. Existem quatro tipos de depressão consoante o funcionamento mental: a ameaça depressiva, a depressão de inferioridade, a depressão de abandono e a psicose maníaco-depressiva. A sua evolução, prognóstico e tratamento serão diferentes e dever-se-á ter em consideração simultaneamente o adolescente, a sua família e os meios terapêuticos disponíveis e aceites (medicamentos, psicoterapia e organização da vida).

Independentemente das variações da sintomatologia com idade/desenvolvimento, é hoje geralmente aceite que a depressão é uma perturbação afectiva, ou do humor, de gravidade e duração variáveis, que é frequentemente recorrente e acompanhada por uma variedade de sintomas físicos e mentais, que envolvem o pensamento, os impulsos e a capacidade crítica, que ocorre ao longo de todo o

ciclo de vida, e portanto é observável da infância à terceira idade. Na prática, a doença depressiva incipiente ou estabelecida é reconhecida quando se manifestam alguns dos seguintes sintomas: humor triste persistente; perturbações do sono; perda do interesse ou do prazer pelas actividades habituais; diminuição da energia e fadiga; perda do apetite ou do peso; diminuição da eficiência; auto-recriminação e culpa; incapacidade de concentração e tomada de decisões; postura e gestos característicos e diminuição do desejo e da função sexuais.

A depressão em crianças e adolescentes é uma patologia relativamente frequente, que pode provocar grave incapacidade no desempenho individual, familiar, escolar, social e profissional. Frequentemente a depressão está associada a vários outros problemas. Os diagnósticos mais consistentes e frequentes de comorbilidade em populações clínicas são: perturbações do comportamento, perturbações alimentares, hiperactividade, uso de álcool e de substâncias, perturbações de ansiedade e dificuldades de aprendizagem (AACAP, 1998; Essau & Peterman, 1998; Harrington, 1994; Mufson & Moreau, 1997, citado por Loureiro, 1999). Do mesmo modo, é aceite, em especial em adolescentes, que a depressão está associada a um enfraquecimento crónico e marcado do funcionamento psicossocial e a grandes dificuldades interpessoais, o que persiste pela vida adulta (Mufson & Moreau, 1997, citado por Loureiro, 1999). É igualmente reconhecido que há uma clara associação entre perturbação do humor e ideação suicida, tentativas de suicídio e suicídio em crianças e adolescentes (Flisher, 1999).

As perturbações depressivas em crianças e adolescentes podem assumir formas diferentes de expressão e incluir modos distintos de viver características cognitivas da depressão como o desespero.

Nos adolescentes o diagnóstico de depressão pode aparecer associado a comportamentos de toxicodependência, promiscuidade sexual e ideação suicida, sugerindo que existem diferenças desenvolvimentais na expressão do comportamento depressivo (Simões, 1999).

A depressão em crianças e adolescentes envolve quer sintomas de expressão internalizante de natureza emocional, quer sintomas mais observáveis e manifestos. Por sua vez, os sintomas e problemas depressivos encontram-se associados a vários tipos de dificuldades: perturbações no funcionamento da família e na percepção acerca de si mesmo, dificuldades no rendimento escolar e nas relações com os companheiros. Convém lembrar que as crianças e adolescentes com depressão manifestam com frequência outras perturbações, tais como, ansiedade, perturbação da conduta, défice de atenção, problemas alimentares e dificuldades de aprendizagem (Simões, 1999).

Independentemente do estágio de vida, os esquemas e processos cognitivos dos adolescentes deprimidos reflectem um conteúdo pessimista e auto-depreciativo, centrado nos temas de perda, fracasso e inadequação. Em consequência, regista-se

uma elevada sensibilidade em relação à informação auto-desvalorizadora e os pensamentos são dominados pela negatividade (Albuquerque, 2001).

Rudolph, Hammen e Burge (1997) constataram que crianças com sintomas depressivos possuíam, por comparação com crianças sem esses sintomas, representações mais negativas dos membros da sua família e dos seus pares, bem como expectativas mais pessimistas em relação às suas interações com eles.

Resumindo, dificuldades de aprendizagem e problemas emocionais e comportamentais podem, quando associados, criar um conjunto persistente e alargado de problemas que, combinados, colocam sérios obstáculos à aprendizagem e ao funcionamento psicossocial (Rock, Fessler, & Church, 1997).

Um dos preditores de depressão na adolescência empiricamente mais bem apoiados é o facto de ter uma mãe que sofre de depressão. Uma série de estudos recentes demonstraram que cerca de metade ou mais de metade dos adolescentes filhos de mães deprimidas sofrem de perturbações depressivas (Brennan & Hammen, 2001).

Os jovens deprimidos filhos de mães deprimidas, devido às dificuldades interpessoais, terão o aparecimento da depressão mais cedo ou de forma mais frequente, o que pode resultar de factores provocadores de stress associados ao desajustamento social. Para além disso, pode-se especular que as dificuldades interpessoais dos jovens pode dar origem a um estado de dificuldades sociais na fase adulta, incluindo relações matrimoniais disfuncionais e até a transmissão da depressão aos próprios filhos. Em contraste, se os adolescentes deprimidos filhos de mães não deprimidas têm relativamente menos dificuldades sociais, podem funcionar de forma relativamente normal quando não estão deprimidos e podem ter menos probabilidade de reaparecimentos da depressão (Brennan & Hammen, 2001).

Até hoje, as diferenças de prevalência do síndrome depressivo entre as raparigas e os rapazes só foram claramente estabelecidas a partir da adolescência. Entre as diferentes hipóteses propostas para explicar a assimetria do risco de depressão entre raparigas e rapazes, a influência hormonal é a mais frequentemente invocada e por isso a puberdade seria uma fase decisiva. Insiste-se no desenvolvimento diferente dos sistemas endócrinos hipotálamo-hipofisários e gonádicos que acentuariam nas raparigas a vulnerabilidade às perturbações afectivas. A mesma hipótese hormonal é proposta para explicar as perturbações ansiosas. Mas é difícil não ter também em conta factores culturais e estereótipos sociais que cada indivíduo tem nas suas representações profundas e pessoais. Ambas as influências genéticas e ambientais têm sido ligadas ao começo e à manutenção da depressão (Eley & Stevenson, 1999a,b). Os autores propõem que uma falha no desenvolvimento das competências sociais e académicas, pode actuar em crianças e adolescentes como um mecanismo mediador no desenvolvimento de uma

depressão.

Os estudos têm verificado que os adolescentes que se sentem insatisfeitos com as suas redes de apoio social, têm tendência para sintomas depressivos, ansiedade e sensibilidade interpessoal.

Rudolph e Hammen (1999) verificaram que as raparigas adolescentes tinham a experiência de níveis mais elevados de conflito e stress interpessoal nas relações de pares com os pais. Assim, pode acontecer que as relações de pares desempenhem um papel mais importante para as raparigas, em oposição aos rapazes. Duas vezes mais raparigas do que rapazes ficam deprimidas na adolescência. As raparigas evidenciam um aumento no afecto depressivo e um aumento dos sintomas depressivos, começando no 8º ano (com 13 ou 14 anos), enquanto o afecto e os sintomas depressivos para os rapazes permaneciam relativamente constantes, aumentando apenas entre os 15 e os 18 anos de idade (Hankin et al., 1998).

A diferença de género na depressão começa a surgir, de certa forma, depois dos 13 anos, mas torna-se muito notável e significativa depois dos 15 anos (Hankin et al., 1998). O período entre os 15 e os 18 anos é a faixa etária mais importante de focar, não apenas porque os valores de depressão aumentam dramaticamente para ambos os géneros, mas também porque os valores de depressão do género feminino aumentam para o dobro do valor de prevalência para o género masculino. Este aumento é talvez mais notável porque os valores globais não continuam a aumentar dos 18 aos 21 anos de idade, e novos casos de depressão começam a decrescer. Deste modo, o meio e final da adolescência pode representar um período crítico para uma vulnerabilidade extrema para a depressão que é maior do que o risco associado à infância e, possivelmente até, ao estado adulto. Esta vulnerabilidade extrema dos 15 aos 18 anos é especialmente grande no o género feminino (Hankin et al., 1998).

De acordo com a quarta edição do Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-IV; Associação Americana de Psiquiatria – American Psychiatric Association, 1996), as Perturbações do Humor dividem-se em Perturbações Depressivas (“depressão unipolar”), Perturbações Bipolares e em duas perturbações baseadas na etiologia – Perturbação do Humor devida a um estado físico geral e Perturbação do Humor induzida por substâncias. As Perturbações Depressivas (isto é, Perturbação Depressiva Major, Perturbação Distímica e Perturbação Depressiva sem outra especificação) distinguem-se das Perturbações Bipolares pela ausência de história de Episódio Maníaco, Misto ou Hipomaníaco. As Perturbações Bipolares (isto é, Perturbação Bipolar I, Perturbação Bipolar II, Perturbação Ciclotímica e Perturbação Bipolar sem outra especificação) implicam a presença (ou história) de Episódios Maníacos, Mistos ou Hipomaníacos, habitualmente acompanhados pela presença (ou história) de Episódios

Depressivos Major.

A décima edição da Classificação Internacional das Doenças (ICD-10, 1994) define um episódio depressivo de acordo com uma lista (abaixo indicada) de dez sintomas que estão presentes durante pelo menos duas semanas. Quatro sintomas indicam um episódio ligeiro, seis indicam um episódio de gravidade moderada e oito indicam um episódio grave, não devendo ser levadas em conta outras doenças ou uso de substâncias para o quadro de apresentação: 1. Humor depressivo (anormalmente baixo para o indivíduo); 2. Perda do interesse (pelas actividades habitualmente agradáveis); 3. Diminuição da energia (ou aumento da fadiga); (Devem estar presentes pelo menos duas das características acima indicadas); 4. Perda da confiança ou da auto-estima; 5. Sentimentos inapropriados de culpa ou de recriminação; 6. Ideação ou comportamento suicida; 7. Problemas de concentração; 8. Atraso ou agitação psicomotora; 9. Perturbações do sono; 10. Aumento ou diminuição do apetite (com alteração do peso corporal).

Pode também ser especificado um síndrome somático, que exige a presença de quatro dos seguintes oito sintomas: 1. Marcada perda do interesse pelas actividades habitualmente agradáveis; 2. Ausência das respostas emocionais habituais; 3. Despertar de manhã pelo menos duas horas mais cedo que o habitual; 4. Humor depressivo mais intenso durante a manhã; 5. Acentuada inibição psicomotora; 6. Acentuada perda do apetite; 7. Perca de peso; 8. Acentuada perca do desejo sexual.

Finalmente podem ocorrer ideias delirantes e/ou alucinações durante os episódios depressivos. Em tal caso, especificar-se-á a presença de sintomas psicóticos.

Relativamente à abordagem terapêutica da problemática depressiva na adolescência é preciso chamar a atenção para um paradoxo onde residem, simultaneamente, a dificuldade, a especificidade e o interesse do tratamento. Se o objectivo do tratamento, em termos semiológicos, é uma cessão, melhor dizendo, um desaparecimento dos sintomas mais invalidantes (lentificação, retraimento, desinteresse), ou dos mais dolorosos (sofrimento moral, desvalorização, ideia de culpabilidade...), em contrapartida, o objectivo fundamental do terapeuta deve ser o de relançar o trabalho psíquico próprio desta idade. O trabalho psíquico do adolescente confronta necessariamente e, de forma quase inelutável, o indivíduo com os afectos de tristeza, de morosidade, até mesmo de depressão: quase todo o adolescente conhece, mais tarde ou mais cedo, a "depressão". Em geral, é porque o adolescente não consegue prosseguir este trabalho psíquico, ou fazer-lhe face, que os comportamentos patológicos surgem. Nestas condições, o objectivo da terapia arrisca-se a estar em contradição com as possibilidades do adolescente quando, graças à retoma do trabalho psíquico, o indivíduo se vê, de novo, confrontado com os seus afectos de tristeza, de aborrecimento, de morosidade, com os seus fantasmas de perca e com os receios depressivos. O adolescente

reencontra o estado mental que, precisamente, o fez adoecer. Este ponto constitui a especificidade do tratamento da depressão na adolescência e explica que não se pode considerar o episódio depressivo como único, isolado, independente da personalidade, tratável somente através de medidas pontuais, tais como um tratamento psicotrópico.

O tratamento da depressão na adolescência deve reconhecer, respeitar e, se necessário, favorecer a retoma do trabalho maturativo próprio desta fase, trabalho esse que inclui uma parte de afecto depressivo.

As três principais formas de intervenção disponíveis para os que sofrem de perturbações depressivas são os tratamentos médico, psicológico e social. Contudo, na prática, estes elementos tendem a combinar-se nos vários tratamentos oferecidos pelos diferentes profissionais.

Os clínicos gerais/médicos de família, os assistentes sociais, os psicólogos clínicos, os enfermeiros de saúde mental comunitários, os conselheiros e psiquiatras têm papéis importantes no tratamento das pessoas com perturbações depressivas. Comum a todas estas abordagens, e tão importante como as características específicas do tratamento, são as características gerais que manifestam, isto é, a aceitação, a cordialidade, a autenticidade, a compreensão, a atitude tolerante, a confiança, a continuidade e o interesse que permite que o profissional leve a sério problemas aparentemente insignificantes (Moore, Moore, Wilkinson, 2003).

A maioria dos autores reconhece a necessidade de abordagens multi-focadas, em particular no quadro das patologias complexas e graves, tais como as psicoses afectivas da adolescência. Será ainda importante dar a cada acção terapêutica um sentido compreensível aos olhos do adolescente. Deste ponto de vista, a abordagem cognitiva pode ser preciosa. Torna-se necessário o recurso a um tratamento antidepressivo quando o adolescente se afunda num "episódio depressivo major", sobretudo se existe uma lentificação psicomotora. A intervenção frequente ao nível da realidade, ou através de uma acção terapêutica familiar, ou pela utilização de medidas concretas levam muitas vezes a uma distanciação entre o adolescente e os seus próximos; O perigo de cronicidade, quando o adolescente se instala num estado depressivo duradouro, complicado pelos habituais comportamentos de retraimento, de passagem ao acto ou de auto-tratamento (álcool, droga). Nas abordagens familiares ao tratamento, por vezes designadas como terapia familiar, a pessoa com depressão é tratada em relação à sua família. Isto não significa que a família seja considerada responsável pela depressão do sujeito, mas sim que muitos dos problemas da depressão giram em volta das dificuldades que os membros da família têm em comunicar entre si e em se relacionar. Trazer a família para as discussões de grupo constitui, por vezes, uma forma poderosa de ajudar cada um a convergir em vez de divergir, a

comunicar melhor, e de auxiliar os pais a desenvolver melhores relações com os filhos e vice-versa.

As intervenções familiares em grupo exigem uma especialidade terapêutica específica. O líder do grupo tem de possuir aptidões específicas de trabalho com pais e um conhecimento profundo dos processos familiares e grupais durante a terapia. Os processos grupais incluem a necessidade de que o terapeuta: a) encoraje um nível de participação igual de todos os elementos do grupo; b) reforce positivamente comportamentos individuais e os utilize como exemplos para o resto do grupo; c) minimize participações negativas de qualquer participante; d) extinga o aconselhamento e encoraje estratégias de *coping* parentais.

As intervenções familiares grupais de Barrett (1998c, 1998d) combinaram três componentes: relaxamento, exposição com reestruturação cognitiva e auto-recompensa acompanhada de estratégias de manutenção positivas. Quanto mais antiga for a depressão, mais difícil e prolongado será o tratamento. Os adolescentes que apresentam um estado depressivo crónico de mais de um ano melhoram mais lentamente sob efeito de hospitalização e/ou de um tratamento antidepressivo do que os adolescentes cujo estado depressivo é mais recente. No caso de um adolescente deprimido, o reconhecimento e a identificação da problemática depressiva acarretam um efeito de desconstracção relativa e restauram um sentimento de continuidade psíquica. Nesta base, pode iniciar-se facilmente uma relação psico-terapêutica, sem receio de comportamentos de ruptura ou de ataque precoce do quadro terapêutico. Pelo contrário, no caso de um adolescente confrontado com um problema depressivo, a luta contra o reconhecimento da doença é muito activa.

A terapia cognitiva difere das abordagens psicodinâmica ou analítica pelo ênfase no papel conjunto do terapeuta e do doente para testar as cognições disfuncionais e permite que o doente chegue às suas próprias conclusões, em vez de se limitar às interpretações do terapeuta. A terapia cognitiva é uma abordagem estruturada, directiva, activa, de prazo limitado, usada para tratamento de uma variedade de transtornos psiquiátricos (p.e., depressão, ansiedade, fobias, queixas somáticas...). Fundamenta-se na racionalidade teórica subjacente de que o afecto e o comportamento são em grande parte determinados pelo modo como o indivíduo estrutura o mundo (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1997). O terapeuta cognitivo ajuda o paciente a pensar e agir de forma mais realística e adaptiva em relação aos seus problemas psicológicos e, deste modo, reduz os sintomas.

Uma variedade de estratégias cognitivas e comportamentais são utilizadas na terapia cognitiva. As técnicas cognitivas visam delinear e testar as concepções erróneas específicas e pressuposições não adaptativas do paciente. Esta abordagem consiste em experiências de aprendizagem projectadas para ensinar ao paciente as seguintes operações: 1) monitorar os seus pensamentos automáticos

negativos (cognições); 2) reconhecer as conexões entre cognição, afecto e comportamento; 3) examinar as evidências a favor e contra o seu pensamento automático distorcido; 4) substituir as cognições tendenciosas por interpretações mais orientadas à realidade; e 5) aprender a identificar e alterar as crenças disfuncionais que o predispõem a distorcer as suas experiências. A terapia cognitiva (isto é, "terapia do pensamento") foi desenvolvida como forma de tratamento da depressão pelo psiquiatra Aaron T. Beck. Este autor defendia que o pensamento negativo não é simplesmente um sintoma da depressão, mas um dos seus factores primários de manutenção. A terapia cognitivo-comportamental (CBT, *cognitive-behavior therapy*) inclui uma complexa interligação de técnicas cognitivas e comportamentais. Incluem intervenções defendidas por outros intervenientes, por exemplo, marcação de actividades agradáveis (estruturando o tempo para distrair os doentes de pensamentos negativos e para encorajar actividades agradáveis e gratificantes), atribuição de tarefas escalonadas (tarefas longas ou complexas divididas em tarefas mais reduzidas e exequíveis) e a reavaliação dos atributos depressivos (geradora de causas racionais para os acontecimentos negativos, mais do que auto-culpabilização). O modelo cognitivo da depressão de Beck sugere que a experiência precoce leva as pessoas a formar cognições ou esquemas sobre si mesmas ou sobre o mundo, que são usadas subsequentemente para organizar a percepção e para comandar e avaliar o comportamento. A capacidade para previsão e compreensão da própria experiência é útil, e mesmo necessária, para o funcionamento normal. Algumas cognições, contudo, são extremas, rígidas, resistentes à mudança e, por isso, disfuncionais ou contra-produtivas. Essas cognições referem-se ao de que as pessoas necessitam para ser felizes e ao que devem fazer para que se considerem úteis (Moore, Moore, Wilkinson, 2003). O conteúdo do pensamento depressivo foi classificado por Beck em termos de uma tríade cognitiva. Inclui concepções distorcidas e negativas do eu (p.e.: "Sou inútil"), da experiência actual (p.e.: "Nada do que eu fizer sairá bem") e do futuro (p.e.: "Nunca melhorarei"). Estes pensamentos negativos são produto de erros de processamento, através dos quais as percepções e as interpretações das experiências são distorcidas.

O modelo cognitivo pode também explicar os sintomas físicos da depressão. Apatia e baixa energia podem resultar da crença do paciente de que está condenado ao fracasso em todos os esforços. Uma visão negativa do futuro (um sentimento de inferioridade) pode conduzir à "inibição psicomotora" (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1997). Stark, Schmidt e Joiner (1996) observaram que a visão negativa de si mesmo, do mundo e do futuro perfilhada por crianças deprimidas estava intimamente associada à percepção das mensagens que os seus pais lhes transmitem em relação a cada um dos elementos da tríade.

Nas fases iniciais da terapia, a componente comportamental é inicialmente mais

evidente, com o uso de estratégias destinadas a ultrapassar os baixos níveis de actividade típicos do doente depressivo. À medida que este se torna mais capaz de identificar os seus pensamentos negativos automáticos, o terapeuta pode passar a empregar estratégias cognitivas tais como as perguntas indutivas, a reatribuição da interpretação dos eventos e os testes de validação. As técnicas comportamentais e cognitivas são, actualmente, essenciais na avaliação e intervenção psicológica no domínio da psicopatologia infantil e juvenil. De entre as técnicas comportamentais, destacam-se as seguintes: 1) monitorização da actividade; 2) mapa de actividades; 3) atribuição de tarefas graduais; 4) avaliação do domínio e do prazer; 5) ensaio cognitivo; 6) auto-reforço; e 7) capacidades sociais ou treino assertivo. As técnicas cognitivas incluem: 1) identificação dos pensamentos negativos automáticos; 2) registo diário dos pensamentos negativos; 3) clarificação dos pensamentos negativos durante a sessão; 4) combate aos pensamentos negativos; 5) imagens; e 6) perguntas indutivas.

Dado que as abordagens cognitiva e comportamental se encontram combinadas, pode pedir-se aos doentes que realizem listas de actividades, no caso de os seus níveis de actividade serem baixos. As tarefas são inicialmente simples, mas de dificuldade crescente, de modo a permitir a aquisição de capacidades comportamentais e sociais. O êxito dessas tarefas aumentará a auto-estima e alimentará uma concepção alternativa dos próprios doentes, como sujeitos activos e competentes.

Referências

- Albuquerque, C. (2001). A dimensão cognitiva da depressão e da ansiedade infantil e juvenil. *Problemas Emocionais e Comportamento Anti-Social* (pp. 207-234). Coimbra: Ediliber Editora de Publicações, Lda.
- American Psychiatric Association (1996). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (4th ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Barrett, P. M. (1998c). Family Treatment for Childhood Anxiety. *Clinical Psychology Review*.
- Barrett, P. M. (1998d). Group Therapy for Anxiety Disorders in Children. *Journal of Clinical Child Psychology*.
- Beck, J. (1997). *Terapia Cognitiva*. Porto: Artes Médicas Editores.
- Beck, A., Rush, A., Shaw, B., & Emery, G. (1997). *Terapia Cognitiva da Depressão*. Porto Alegre: ARTMED Editora.
- Braconnier, A., & Marcelli, D. (2000). *As mil faces da adolescência*. Lisboa: CLIMEPSI Editores.
- Brennan, P., & Hammen, C. (2001). Depressed Adolescents of Depressed and Nondepressed Mothers: Tests of an Interpersonal Impairment Hypothesis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2, 284-294.

- Cruz, M., Sanfins, A., Lemos, B., Maltez, D., & Félix, E. (1999). Depressão na Adolescência- aspectos biográficos e corporais. In G.Lopes (Eds.), *Temas CL de Psiquiatria, Psicossomática e Psicologia* (pp. 93-99). Lisboa: Grupo Português de Psiquiatria; Consiliar-Ligação e Psicossomática.
- Eley, T.C., & Stevenson, J. (1999a). Exploring the covariation between anxiety and depression symptoms: A genetic analysis of the effects of age and sex. *Journal of Child Psychology and Psychiatry Review*, 40(8), 1273-1282.
- Eley, T.C., & Stevenson, J. (1999b). Using genetic analyses to clarify the distinction between depressive and anxious symptoms in children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 27(2), 105-114.
- Flisher, A., J. (1999). Mood Disorders in Suicidal Children and Adolescents: Recent Developments. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40, 315-324.
- Hankin, B., Abramson, L., Moffitt, T., Silva, P., McGee, R., & Angell, K. (1998). Development of Depression From Preadolescence to Young Adulthood: Emerging Gender Differences in a 10-Year Longitudinal Study. *Journal of Abnormal Psychology*, 1, 128-140.
- ICD-10 (1994), *International Classification of Diseases* (10.^a ed.). Geneva: Organização Mundial de Saúde.
- Loureiro, J. M. (1999). O tratamento da depressão em crianças e adolescentes. *Psychologica*, 21, 65-78.
- Marcelli, D. (2002). *Os estados depressivos na adolescência*. Lisboa: CLIMEPSI Editores.
- Moore, B., Moore P., Wilkinson, G. (2003). *Tratar a Depressão*. Lisboa: CLIMEPSI Editores.
- Rock, E. E., Fessler, M.A. & Church, R. P. (1997). The concomitance of learning disabilities and emotional/behavioral disorders: A conceptual model. *Journal of Learning Disabilities*, 30, 245-263.
- Rudolph, K.D., Hammen, C. & Burge, D. (1997). A cognitive-interpersonal approach to depressive symptoms in preadolescent children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 25, 33-45.
- Rudolph, K.D., & Hammen, C. (1999). Age and gender as determinants of stress exposure, generation, and reactions in youngsters: A transactional perspective. *Child Development*, 70(3), 660-677.
- Simões, M., (1999). A depressão em crianças e adolescentes: Elementos para a sua avaliação e diagnóstico. *Psychologica*, 21, 27-64.
- Stark, K. D., Schmidt, K. L. & Joiner, T. E. (1996). Cognitive triad: Relationship to depressive symptoms, parents' cognitive triad, and perceived parental messages. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 24, 615-631.

Ansiedade, depressão e rendimento escolar em adolescentes

Magda Crisóstomo & Margarida Gaspar de Matos

Introdução

Este estudo centra-se na análise dos padrões de relações entre vários comportamentos problemáticos de adolescentes, alguns dos quais são considerados como factores de risco. Existem duas razões para a escolha de idades entre os 13 e os 18 anos, que incluem as fases designadas como pré-adolescência e adolescência. Primeiro, a maioria dos investigadores concorda que este é um período crucial para a constituição da identidade social e pessoal, uma fase transitiva entre infância e maturidade que, dadas as suas necessidades de adaptação, produz tensões pessoais e sociais; segundo, este é um período em que a maioria da população está em educação a tempo integral, o que facilita a aplicação de programas de prevenção e intervenção.

Compreender o adolescente é também compreender que para ele existe uma tarefa fundamental do ponto de vista psicológico: o "adeus à infância". Às modificações fisiológicas junta-se um outro grande movimento: o de chegar à mudança, ao desligar-se e até ao libertar-se dos comportamentos, das maneiras de se relacionar, dos prazeres e dos projectos construídos, elaborados e vividos no decurso da infância. Este "adeus à infância" não é de somenos importância para que o sujeito constitua a sua personalidade própria em relação aos que lhe são próximos e em particular aos pais. A necessidade de mudanças por um lado e de escolhas por outro explicam a vulnerabilidade psíquica potencial do adolescente.

Os comportamentos ruidosos, as queixas e as manifestações sintomáticas numerosas que os adolescentes apresentam, são testemunho, destes constrangimentos e deste trabalho psíquico. A adolescência comporta dois tipos de "ameaças": a ameaça ansiosa e a ameaça depressiva. A primeira parece estar directamente ligada à emergência pubertária, à transformação do corpo com a flutuação de identidade que ela suscita. Também se deve à necessária transformação das relações com o que o rodeia, com os pais, com os amigos, com os interesses da infância. Qualquer período de mudança determina uma certa dose de ansiedade. O adolescente não lhe escapa e as várias formas de ansiedade (crise de angústia ou ataque de pânico, fobias diversas, interesse ou timidez excessivos, etc.) tão frequentes nesta idade são testemunho directo dessa flutuação. A ameaça depressiva resulta do trabalho necessário de perda e de luto (o adeus à infância) que toda a adolescência implica, conjugada com a necessidade de afastamento relativamente aos pais reais mas mais ainda relativamente às imagens parentais que todo o indivíduo tem em si.

Globalmente, da infância para a adolescência, parece haver uma mudança de sintomas predominantemente vegetativos para sintomas cada vez mais cognitivos. Os adolescentes manifestam cada vez mais semelhanças com os adultos, designadamente nos seus sentimentos de desespero e na propensão para o suicídio (Mufson & Moreau, 1997). A depressão em crianças e adolescentes envolve quer sintomas de expressão internalizante de natureza emocional, quer sintomas mais observáveis e manifestos.

Independentemente do estágio de vida, os esquemas e processos cognitivos dos adolescentes deprimidos reflectem um conteúdo pessimista e auto-depreciativo, centrado nos temas de perda, fracasso e inadequação. Em consequência, regista-se uma elevada sensibilidade em relação à informação auto-desvalorizadora e os pensamentos são dominados pela negatividade (Albuquerque, 2001).

A depressão em adolescentes é uma patologia relativamente frequente, que pode provocar grave incapacidade no desempenho individual, familiar, escolar, social e profissional.

Frequentemente a depressão está associada a vários outros problemas. Os diagnósticos mais consistentes e frequentes de co-morbidade em populações clínicas são: perturbações do comportamento, perturbações alimentares, hiperactividade, consumo de álcool e de substâncias, perturbações de ansiedade e dificuldades de aprendizagem (AACAP, 1998; Essau & Peterman, 1997; Harrington, 1994; Mufson & Moreau, 1997). As dificuldades escolares podem apresentar-se na adolescência como um problema novo, surgindo mais ou menos bruscamente na altura em que o adolescente deve tomar conta de si mesmo, ou surgindo na sequência das dificuldades escolares da infância.

As perturbações afectivas graves interagem com o rendimento escolar. Nos adolescentes cujas atitudes de fracasso, cujos sentimentos depressivos ou cujas dificuldades importantes em suportar as diferentes angústias próprias da idade e das relações com os que os rodeiam invadem o funcionamento psíquico, isso pode ir até à ruptura escolar.

Resumindo, dificuldades de aprendizagem e problemas emocionais e comportamentais podem, quando associados, criar um conjunto persistente e alargado de problemas que colocam sérios obstáculos à aprendizagem e ao funcionamento psicossocial (Rock, Fessler, & Church, 1997).

É geralmente aceite, em especial em adolescentes, que a depressão está associada a um enfraquecimento crónico e marcado do funcionamento psicossocial e a grandes dificuldades interpessoais, o que persiste pela vida adulta (Loureiro, 1999).

Independentemente das variações da sintomatologia com a idade/desenvolvimento, é hoje aceite que a depressão é uma perturbação afectiva, ou do humor, que ocorre ao longo de todo o ciclo de vida, e portanto é observável

da infância à terceira idade. A depressão em crianças e adolescentes é significativamente prejudicial e indica um reaparecimento e continuidade durante o estado adulto. Entre as muitas perguntas que poderiam ajudar na prevenção directa e esforços de tratamento está a questão de saber se há ou não diferentes formas de depressão juvenil com mecanismos e resultados diferentes. Um dos preditores de depressão na juventude empiricamente mais bem apoiados é o facto de ter uma mãe que sofre de depressão. Por outro lado, nem todas as depressões juvenis ocorrem num contexto de uma família com uma mãe deprimida (Brennan & Hammen, 2001). Os jovens deprimidos filhos de mães deprimidas, devido às dificuldades interpessoais, terão o aparecimento da depressão mais cedo ou de forma mais frequente, o que pode resultar de factores provocadores de stress associados ao desajustamento social. Para além disso, pode-se especular que as dificuldades interpessoais dos jovens podem dar origem a um estado de dificuldades sociais na fase adulta, incluindo relações matrimoniais disfuncionais e até a transmissão da depressão aos seus próprios filhos. Em contraste, se os adolescentes deprimidos filhos de mães não deprimidas têm menos dificuldades sociais, eles podem funcionar de forma normal quando não estão deprimidos e podem ter menor probabilidade de reaparecimento da depressão (Brennan & Hammen, 2001).

Até hoje, as diferenças de prevalência do síndrome depressivo entre as raparigas e os rapazes só foram claramente estabelecidas a partir da adolescência. Entre as diferentes hipóteses propostas para explicação da assimetria do risco de depressão entre raparigas e rapazes, a influência hormonal é a mais frequentemente invocada e por isso a puberdade seria uma fase decisiva. Insiste-se no desenvolvimento diferente dos sistemas endócrinos hipotálamo-hipofisários e gonádicos que acentuariam nas raparigas a vulnerabilidade às perturbações afectivas. A mesma hipótese hormonal é proposta para explicar as perturbações ansiosas. Mas é difícil não ter também em conta factores culturais e estereótipos sociais que cada indivíduo tem nas suas representações profundas e pessoais. Ambas as influências genéticas e ambientais têm sido ligadas ao começo e à manutenção da depressão (Eley & Stevenson, 1999a,b). Os autores propõem que uma falha no desenvolvimento das competências sociais e académicas, pode actuar em crianças e adolescentes como um mecanismo mediador no desenvolvimento de uma depressão. O período entre os 15 e os 18 anos de idade é a faixa etária em que os valores de depressão aumentam dramaticamente para ambos os géneros, mas também onde os valores de depressão do género feminino aumentam para o dobro do valor de prevalência para o género masculino (Hankin et al., 1998).

A compreensão de se o desenvolvimento da depressão ao longo do tempo é única ou se está relacionada com outras perturbações psiquiátricas, é especialmente importante dada a conhecida co-morbilidade da depressão com outra

psicopatologia, nomeadamente a ansiedade. Para a maioria das crianças e adolescentes a ansiedade é uma experiência comum, funcional e transitória (Barrett, 1998) cuja natureza e intensidade variam, pelo menos em parte, de acordo com o estágio do desenvolvimento do indivíduo.

As formas de ansiedade apresentadas pelos adolescentes estão, muito frequentemente, relacionadas com a identificação social e com aspectos interpessoais. Para uma grande percentagem de crianças e adolescentes a ansiedade pode aumentar de intensidade, tornando-se crónica e disfuncional do ponto de vista do desenvolvimento.

A adolescência é considerada um período particularmente vulnerável à ansiedade e a outras perturbações co-mórbidas. Durante esta fase, os jovens tornam-se capazes de raciocinar de maneira abstracta, o grupo de pares substitui a família como esfera principal de influência e as questões interpessoais tornam-se da máxima importância. O impacto do desenvolvimento pode ver-se no tipo de medos que os adolescentes apresentam: medo de avaliações negativas, medo do futuro e ansiedade relativa a questões existenciais ou a questões sociais mais genéricas. Embora as manifestações de ansiedade possam apresentar formas muito diferentes, geralmente resumem-se a três componentes principais (uma resposta motora, uma resposta subjectiva ou cognitiva e uma resposta fisiológica). A nível cognitivo ou subjectivo, as crianças e adolescentes com perturbações de ansiedade têm problemas de concentração e dificuldade em lembrar-se de coisas ou acontecimentos e podem apresentar várias distorções cognitivas, como medo exagerado de insucesso e/ou uma sensibilidade exagerada aos sinais de perigo. Estas crianças e adolescentes são frequentemente descritas como tristes, preocupadas, medrosas e demasiado receosas de que venha a acontecer algo de grave aos pais ou a outros familiares. A nível motor, as crianças e adolescentes ansiosas distinguem-se pelo seu desassossego ou inquietude, pela busca de proximidade física, pelo choro frequente e pela sua dependência excessiva do adulto. Além disso, são frequentes os pedidos de ajuda e os comportamentos de evitamento. A nível fisiológico, as crianças e adolescentes ansiosas podem apresentar tiques, dores de barriga, náuseas, palidez, tremores e várias queixas somáticas. São também típicos o aumento do ritmo cardíaco, da transpiração ou da conductância da pele (Fonseca, 1998). O quadro clínico das perturbações de ansiedade do adolescente não se caracteriza por um padrão homogéneo e consistente de sintomas. Os adolescentes ansiosos podem diferir entre si, não só quanto à natureza e frequência dos sintomas, mas também quanto à sua gravidade, à história do seu desenvolvimento, às reacções ao tratamento e à sua evolução (Fonseca, 1998).

Existem duas correntes, mas não mutuamente exclusivas, para explicação das diferenças de género nas perturbações de ansiedade. A primeira sugere que a

preponderância feminina nas perturbações de ansiedade se deve a diferenças determinadas geneticamente ou biologicamente entre os géneros. A segunda assume que as diferenças na ansiedade estão ligadas a diferenças nas experiências e papéis sociais dos homens e das mulheres nesta cultura (Allen, N.; Gotlib, I.; Lewinsohn, M.; Lewinsohn, P. & Seeley, J., 1998).

A preponderância do género feminino aparece muito cedo na vida e dados retrospectivos indicam que aos 6 anos o género feminino tem já duas vezes mais probabilidade de ter tido a experiência de uma perturbação de ansiedade do que no género masculino. De entre os indivíduos que recuperaram de um episódio de ansiedade ou depressão, as mulheres têm mais sintomas residuais do que os homens (Allen, N.; Gotlib, I.; Lewinsohn, M.; Lewinsohn, P. & Seeley, J., 1998). É possível que uma focagem introspectiva ou reflectiva em acontecimentos futuros, em vez de ser em acontecimentos passados, contribua para uma maior prevalência de ansiedade nas mulheres (Allen, N.; Gotlib, I.; Lewinsohn, M.; Lewinsohn, P. & Seeley, J., 1998).

Um dos aspectos importantes das perturbações de ansiedade é o dos factores desenvolvimentais, já que algumas actividades do processo de desenvolvimento normal podem predispor a ansiedades distintas em diferentes etapas da vida. No âmbito do processo de desenvolvimento possuem considerável valor explicativo os processos de aprendizagem social e operante no que respeita às origens e manutenção da ansiedade, bem como a variabilidade individual nas reacções ao stress em termos de inibição, ansiedade e medo. No que diz respeito às crianças, os contextos sociais podem revelar-se particularmente importantes (Barrett et al., 1996). A evidência empírica converge na indicação de que as famílias das crianças ansiosas partilham características comuns, tais como graus elevados de controlo, restrição, atenção à ameaça social e adopção de estratégias de evitamento.

Estudos de tratamento cognitivo-comportamental da ansiedade em crianças e adolescentes, usando com sucesso uma combinação de técnicas comportamentais (exposição ao vivo, relaxamento, manuseamento de contingências) e de aptidões de *coping* cognitivo (treino de auto-instrução), concentraram-se essencialmente nos medos à escola, nos medos nocturnos e nos medos aos procedimentos médicos (Kendall et al., 1992).

As intervenções familiares grupais de Barrett (1998c, 1998d) combinaram três componentes: relaxamento, exposição com reestruturação cognitiva e auto-recompensa acompanhada de estratégias de manutenção positivas. A investigação mostra que a utilização de uma intervenção grupal estruturada com as famílias melhora os resultados do tratamento cognitivo-comportamental de adolescentes ansiosos.

Na sequência desta problemática, estabelecemos como objectivo deste trabalho a

análise da relação entre a ansiedade, depressão e o rendimento escolar em adolescentes que se encontram a frequentar o 9º ano.

Método

Participantes

A amostra foi constituída por 102 adolescentes que frequentavam o 9º ano de escolaridade numa escola da cidade do Fundão. Foi uma amostra recolhida por conveniência.

A média de idades é de 14 anos, sendo o valor mínimo de 13 anos e o valor máximo de 18. A amostra foi constituída por 48 raparigas e 54 rapazes.

Instrumentos

Para a recolha de dados foi utilizado o Children's Depression Inventory (CDI; Kovacs, 1992). É o inventário de auto-avaliação mais comumente usado no exame da depressão junto de crianças e adolescentes com idades compreendidas entre os 6 e os 18 anos. O CDI foi elaborado a partir do Inventário de Depressão de Beck. Em comparação com este último, foram eliminados alguns itens, e acrescentados outros (relacionados, p.e., com o aproveitamento escolar e com as relações com os companheiros). O CDI é constituído por 27 itens classificados numa escala de 3 pontos que oscila entre 0 (ausência de problema) a 2 (problema grave), relativamente a comportamentos vividos ou manifestados nas duas semanas anteriores. Abrange um conjunto amplo de sintomas incluídos em itens que examinam a disforia, o pessimismo, a auto-estima, a anedonia, preocupações mórbidas, ideação suicida, sentimento de falta de valor, isolamento social, tendências ruminativas, desempenho escolar, conduta social, sintomas vegetativos (como perturbações do sono e do apetite, cansaço, queixas somáticas).

Os itens são compreensíveis e podem ser respondidos, de modo geral, por crianças com um nível de leitura correspondente ao 1º ano de escolaridade. No caso das crianças mais novas o técnico deve ler itens e a criança assinala a sua resposta na folha do inventário. No entanto, a presença de 3 alternativas de resposta para cada item requer competências cognitivas e capacidades de atenção que as crianças mais novas com problemas psico-patológicos podem não conseguir satisfazer.

Uma consistência interna satisfatória constitui uma característica importante deste inventário. Kovacs (1992) encontra coeficientes que oscilam entre .70 (crianças com diagnóstico de diabetes) e .86 (crianças com perturbações emocionais).

Dum modo geral, a fidelidade teste-reteste é maior quanto mais reduzido é o intervalo entre as aplicações e em grupos de crianças com problemas emocionais. De acordo com Kovacs (1992) a explicação para os coeficientes mais reduzidos em grupos não clínicos reside no facto de nestes grupos a sintomatologia depressiva ser mais transitória. Existe igualmente uma diferença reduzida mas

significativa em relação à idade: as crianças mais novas (2º e 3º anos de escolaridade) comunicam menos sintomas em comparação com as crianças de grupos etários mais velhos (7º e 8º anos de escolaridade). Para Kovacs (1992) isso parece acontecer com sujeitos com menos de 13 anos. Existem vários parâmetros para interpretação dos resultados. Os 27 itens do CDI produzem um resultado total que oscila entre 0 e 54 pontos.

Crianças com resultados extremos (maiores que 19) apresentam alguns comportamentos considerados "críticos" para o diagnóstico de depressão como auto-estima reduzida, ansiedade, falta de assertividade, isolamento social, resultados escolares fracos e dificuldades de concentração (Strauss, Forehand, Frame & Smith, 1984, citados por Kovacs, 1992) e recebem, em medidas de avaliação do estatuto sociométrico, não apenas um número mais elevado de nomeações negativas ou um número mais reduzido de nomeações positivas mas são, também, consideradas, numa percentagem muito elevada (80%), como isoladas ou rejeitadas (Kennedy, Spence & Hensley, 1989, citados por Kovacs, 1992).

A validade do CDI é sustentada por investigações centradas no estudo das relações com outros instrumentos de avaliação, principalmente inventários de auto-avaliação, completados pela criança e orientados para a medida de outros constructos.

Um outro critério utilizado na avaliação da validade do CDI passa por saber em que medida ele permite discriminar, a partir dos seus resultados, grupos de: crianças com depressão, com outras perturbações psicológicas ou normais. Em crianças normais o CDI apresenta uma estrutura unidimensional e em crianças com perturbações emocionais a estrutura é multidimensional (Kovacs, 1992). Num dos estudos a análise factorial permitiu identificar a existência de cinco sub-escalas: "Humor Negativo", "Problemas Interpessoais", "Ineficácia", "Anedonia" e "Auto-Estima Negativa" (Kovacs, 1992). Outros estudos sugerem soluções de 3/4 factores diferentemente designados. Na solução de 4 factores (os dois primeiros discriminam crianças com e sem depressão) encontram-se a "Disforia ou Auto-imagem negativa", a "Auto-acusação", a "Preocupação Somática/Perturbação do sono" e a "Anorexia/Perda de Peso" (Cantwell & Carlson, 1979, citados por Kovacs, 1992). Já Carey, Faulstich, Gresham, Ruggiero e Enyart (1987, citados por Kovacs, 1992) identificaram três factores ("Afecto Depressivo", "Comportamento de Oposição" e "Ajustamento Pessoal") – nenhum destes factores diferencia as respostas de sujeitos pertencentes a diferentes grupos clínicos (depressão e distúrbio da conduta). Kovacs (1992), defende que mais do que a pontuação global, os resultados nos factores I ("Humor Disfórico"), III ("Perda de Interesse Pessoal e Social") e IV ("Desvalorização de Si Próprio") constituem uma medida mais adequada da gravidade da depressão.

A validade concorrente é evidenciada com sujeitos com resultados mais elevados no CDI apresentando um *locus de controlo* mais externo, sendo menos assertivos, mais isolados e apresentando um rendimento escolar mais baixo (Curry & Craighead, 1983, citados por Kovacs, 1992).

A ansiedade foi medida através do State-Trait Anxiety Inventory. O Inventário de Ansiedade Estado – Traço (STAI; Spielberger, Gorsuch & Lucheme, 1970; Spielberger, 1983) é um instrumento de auto-avaliação das dimensões distintas da ansiedade, estado e traço da ansiedade. O estado de ansiedade refere-se a sentimentos de tensão, nervosismo, preocupação e apreensão que se espera estejam altamente relacionados com variáveis contextuais e situacionais. Por outro lado, o traço da ansiedade refere-se a uma disposição mais estável para vivificar sintomas de ansiedade como a preocupação, particularmente em situações sociais que podem ser entendidas como ameaçadoras do ego. O STAI consiste em duas escalas de 20 itens, A – Estado e A – Traço. Ambas as escalas incluem itens de ansiedade presente (e.g., sinto-me calmo) e de ansiedade ausente (e.g., sinto-me tenso). A resposta aos itens é dada numa escala de quatro pontos, que varia entre 1 (nada) e 4 (muito). A primeira dessas escalas -S Anxiety-, mede a Ansiedade Estado, ou seja, a forma como a pessoa se está a sentir no momento, podendo ser usada também na avaliação de um momento particular de um passado recente. Esta escala serve igualmente como indicador sensível de mudanças transitórias de ansiedade em pacientes em Psicoterapia. Também é eficaz na avaliação do estado de ansiedade induzida por factores "stressantes" como uma operação, testes escolares e entrevistas de emprego.

A segunda escala -T Anxiety- mede a Ansiedade Traço, ou seja, a forma como a pessoa normalmente se sente e como lida com situações geradoras de ansiedade. Esta escala reflecte, também, as diferenças individuais de frequência e intensidade com que os estados ansiosos se manifestaram no passado. É um inventário sem tempo limitado, podendo ser aplicado individualmente ou em grupo. As pontuações podem variar entre 20 e 80 pontos, sendo o resultado final, proporcional ao nível de ansiedade. Spielberger (1983) referiu uma estrutura de três factores para os 40 itens do STAI, com uma amostra de estudantes do 10º ano. Análises factoriais separadas por classe sexual sugeriram os seguintes factores: Estado Ansiedade, Traço Ansiedade – Presente e Traço Ansiedade – Ausente para indivíduos do género feminino e Estado Ansiedade – Presente, Traço Ansiedade – Presente, e um factor que combinava os itens de ansiedade – ausente das escalas Estado e Traço para indivíduos do género masculino.

Este estudo fornece um suporte para a diferenciação do traço e estado de ansiedade; no entanto, também sugere que estes ideais podem ser multi-dimensionais, com itens ansiedade – presente e ansiedade – ausente, abrangendo dimensões diferentes. Para além disso, a composição dos factores Estado e Traço

no STAI não é estável ao longo das amostras. Em alguns casos, os itens de ansiedade traço combinam num factor unitário, enquanto que noutras ocasiões eles combinam em factores ansiedade – presente e ansiedade – ausente, com resultados semelhantes observados para os itens de estado ansiedade.

Diaz–Guerrero e Spielberg (1975, citados por Spielberg, 1983) referiram coeficientes alfa que atingiram de .83 a .86 para os homens e .86 a .92 para as mulheres para a escala A – Estado e coeficientes atingindo de .86 a .90 para os homens e .86 a .92 para as mulheres na escala A – Traço.

Uma revisão dos itens individuais, mostra que as correlações item– total para a escala A – Estado para homens e mulheres eram relativamente altas, atingindo desde .38 a .69 para os homens, .45 a .70 para as mulheres, e .44 a .68 para o grupo total.

Para medir a depressão, a ansiedade, a qualidade de vida, a satisfação com a vida, a saúde, as expectativas em relação ao futuro e o rendimento escolar dos adolescentes foi utilizada a Escala Visual de Scott (Cottraux, Bouvard & Legeron, 1985). A escala é formada por uma linha visual que varia entre 1 a 10. É composta por frases como "Sinto-me muito triste" ou "Sinto-me muito contente".

O rendimento escolar dos adolescentes foi avaliado através da nota das diversas disciplinas, que varia entre 1 a 5, que tiveram no primeiro período do actual ano lectivo. O sucesso escolar foi dividido em fraco (com uma média até 2.5), médio (com uma média até 3.5) e bom (com uma média a partir de 3.5).

Procedimento

Criados a partir da revisão da literatura sobre a adolescência, os questionários aplicados aos adolescentes incluíram várias dimensões: ansiedade, depressão, qualidade de vida, satisfação com a vida, expectativas em relação ao futuro e rendimento escolar.

Os dados foram recolhidos no decurso do segundo período lectivo de 2002/2003, numa escola da cidade do Fundão. A aplicação das escalas foi feita voluntária e colectivamente a todos os alunos das turmas do 9º ano, durante as horas de aulas na presença dos professores. Foi garantida a confidencialidade das respostas.

Resultados

A introdução dos dados e os procedimentos estatísticos foram efectuados com o Statistical Package for Social Sciences (SPSS 11.0). Em seguida, procedeu-se à análise descritiva dos dados de modo a caracterizar a amostra. A amostra foi constituída por 102 adolescentes, 54 do género masculino e 48 do género feminino ($M = 1.47$; $dp = .50$), com uma média de idades de 14 anos ($dp = 1.12$), sendo o valor mínimo de 13 anos e o valor máximo de 18 anos.

A média de idades dos pais dos adolescentes que constituem a amostra, é

respectivamente de 43 anos ($dp = 5.12$), com o valor mínimo de 34 anos e o valor máximo de 63 anos, a média de idades das mães dos adolescentes é de 41 anos ($dp = 4.56$), sendo o valor mínimo de 32 anos e o valor máximo de 56 anos.

O número de irmãos destes adolescentes apresenta uma média de 2 ($dp = .85$), sendo o mínimo um irmão e o máximo cinco.

No que diz respeito à Escala Visual de Scott (Cottraux, Bouvard & Legeron, 1985), os adolescentes foram avaliados nas seguintes sub-escalas: Contentamento; Tranquilidade; Qualidade de vida; Gosto pela vida; Saúde; Esperança no futuro e Facilidade de aprendizagem. A média obtida na sub-escala Contentamento foi 6.39 ($dp = 2.19$); na sub-escala Tranquilidade foi 5.16 ($dp = 1.87$); na sub-escala Qualidade de vida foi 6.94 ($dp = 2.18$); na sub-escala Gosto pela vida foi 4.31 ($dp = 2.76$); na sub-escala Saúde foi 3.75 ($dp = 2.62$); na sub-escala Esperança no futuro foi 7.17 ($dp = 2.24$) e, por último, a média obtida na sub-escala Facilidade de aprendizagem foi 5.15 ($dp = 2.37$).

Relativamente à escala CDI, os adolescentes obtiveram na totalidade uma média de 11.55 ($dp = 6.85$). A média obtida nas sub-escalas foi a seguinte: Humor Negativo ($M = 2.69$; $dp = 2.05$); Problemas Interpessoais ($M = .74$; $dp = .85$); Ineficácia ($M = 2.79$; $dp = 1.58$); Anedonia ($M = 3.19$; $dp = 2.26$) e, Auto-estima Negativa ($M = 2.09$; $dp = 1.81$).

Os adolescentes na escala STAI tiveram uma média total de 97.17 ($dp = 9.82$). Em relação à média obtida pelos adolescentes do género masculino no STAI – estado foi ($M = 49.11$; $dp = 5.70$) e no STAI – traço foi ($M = 48.15$; $dp = 5.74$); e as adolescentes do género feminino no STAI – estado foi ($M = 49.08$; $dp = 5.51$) e no STAI – traço foi ($M = 47.98$; $dp = 6.22$).

A média das notas dos que frequentavam o 9º ano, foi de 3 ($dp = .43$), sendo a nota mínima de um e a nota máxima de cinco.

Quando as diferenças se apresentaram significativas realizou-se um Teste Post Hoc (Scheffe), para identificar os grupos com diferenças significativas.

Uma Análise de Variância - Anova -, por comparação dos resultados obtidos pelos rapazes e pelas raparigas, apresentou valores significativos ($p < .05$). A diferença entre rapazes e raparigas foi significativa na análise dos seguintes resultados: Média das notas ($F(1, 100) = 7.964$, $p < .01$), apresentando os rapazes a média de 2.87 e as raparigas a média de 3.10; Anedonia ($F(1, 100) = 12.289$, $p < .001$), com a média dos rapazes de 2.50 e das raparigas de 4.00; Auto-estima negativa ($F(1, 100) = 7.497$, $p < .01$), obtendo os rapazes a média de 1.64 e as raparigas a média de 2.60; CDI total ($F(1, 100) = 5.365$, $p < .05$), sendo a média dos rapazes de 10.11 e a das raparigas de 13.21; Tranquilidade ($F(1, 100) = 8.554$, $p < .01$), tendo os rapazes obtido uma média de 5.65 e as raparigas de 4.60 e na Facilidade em aprender ($F(1, 100) = 4.144$, $p < .05$), a média apresentada pelos rapazes foi de 4.70 e a das raparigas foi de 5.65. Conclui-se, assim, que as adolescentes

apresentam valores mais elevados nas áreas acima mencionadas, excepto ao nível da tranquilidade.

Com base ainda no teste Anova, pode-se concluir que existem diferenças significativas entre os adolescentes mais novos (13 e 14 anos), e os de idade média (15 anos) em relação à média das notas, ($F(1, 100) = 16.035, p < .001$), apresentando os mais novos uma média de 3.17 e os de idade média uma média de 2.82, assim como, entre os adolescentes mais novos e os mais velhos (16, 17 e 18 anos) em relação à média das notas ($F(1, 100) = 16.035, p < .001$), a média apresentada pelos mais novos foi de 3.17 e a média apresentada pelos mais velhos foi de 2.65.

Ao nível dos problemas interpessoais foram identificadas diferenças significativas ($F(1, 100) = 4.389, p < .05$), entre os adolescentes de idade média, que apresentaram uma média de .42 e os mais velhos, que apresentaram uma média de 1.15. Em relação à ineficácia, os mais novos que obtiveram uma média de 2.41 e os mais velhos com uma média de 3.75 apresentaram diferenças significativas ($F(1, 100) = 5.802, p < .01$). Relativamente ao gosto pela vida, existem diferenças significativas entre ($F(1, 100) = 4.129, p < .05$), os mais novos e os mais velhos, apresentando os adolescentes mais novos uma média de 3.86 e os adolescentes mais velhos uma média de 5.85. Por último, ao nível da facilidade de aprendizagem existem diferenças significativas ($F(1, 100) = 4.766, p < .05$) entre os adolescentes mais novos, que obtiveram uma média de 4.54 e os mais velhos, que obtiveram uma média de 6.20.

Ainda através da análise do teste Anova e do Teste Post Hoc (Scheffe), pode-se concluir que existem diferenças significativas entre o sucesso escolar dos adolescentes, a ineficácia dos adolescentes, a auto-estima negativa dos adolescentes, a depressão dos adolescentes, a esperança para o futuro e a facilidade de aprendizagem. Em relação à ineficácia, os adolescentes com fraco sucesso escolar (com uma média até 2.5) diferem significativamente dos que têm sucesso escolar médio (com uma média até 3.5) e bom (com uma média a partir de 3.5) ($F(1, 100) = 19.769, p < .001$), apresentando os adolescentes de fraco sucesso escolar uma média de 4.50; os adolescentes de médio sucesso escolar uma média de 2.74 e os de bom sucesso escolar uma média de 1.23. Por outro lado, os que têm médio sucesso escolar (com uma média de 2.74) apresentam diferenças significativas dos adolescentes com bom sucesso escolar (com uma média de 1.23), ($F(1, 100) = 19.769, p < .01$). Quanto à auto-estima negativa existem diferenças significativas, ($F(1, 100) = 3.705, p < .05$), entre os adolescentes com fraco e médio sucesso escolar, apresentando os adolescentes com fraco sucesso escolar uma média de 3.28 e aqueles com médio sucesso escolar uma média de 1.93. Relativamente à depressão, os adolescentes com fraco sucesso escolar (com uma média de 16.35) diferem significativamente dos de médio sucesso escolar

(com uma média de 11.12), ($F(1, 100) = 4.958, p < .05$), e daqueles que têm bom sucesso escolar (com uma média de 8.84), ($F(1, 100) = 4.958, p < .05$). Os adolescentes com fraco sucesso escolar (com uma média de 7.43) diferem significativamente dos adolescentes com médio sucesso escolar (com uma média de 4.99), ($F(1, 100) = 11.295, p < .001$), e bom sucesso escolar (com uma média de 3.62), ($F(1, 100) = 11.295, p < .001$), em relação à facilidade de aprendizagem. Através do coeficiente de correlação de Pearson, pode-se verificar que existem várias associações significativas entre algumas escalas que utilizadas.

Foi obtida uma forte associação entre a auto-estima negativa e o humor negativo: quanto maior a auto-estima negativa, maior o nível de humor negativo dos adolescentes ($r = .708; N = 102; p < .001$). Existe uma forte associação entre o CDI total e o humor negativo ($r = .845; N = 101; p < .001$). Existe uma forte associação entre o humor negativo e a auto-estima negativa ($r = .708; N = 102; p < .001$). Existe forte associação entre o CDI total e a anedonia ($r = .820; N = 101; p < .001$). Existe forte associação entre o CDI total e a auto-estima negativa ($r = .871; N = 101; p < .001$). Existe uma forte associação entre o humor negativo e o CDI total ($r = .845; N = 101; p < .001$). Existe uma forte associação entre a anedonia e o CDI total ($r = .820; N = 101; p < .001$). Existe uma forte associação entre a auto-estima negativa e o CDI total ($r = .871; N = 101; p < .001$). Existe uma forte associação entre o STAI total e o STAI - estado ($r = .841; N = 102; p < .001$). Foi ainda obtida uma forte associação entre o STAI total e o STAI - traço ($r = .861; N = 102; p < .001$).

A análise de regressão múltipla, pelo método Enter, efectuada com o objectivo de analisar as variáveis predictoras do CDI total, evidenciou duas variáveis independentes predictoras do CDI total. A primeira correspondeu ao género ($\beta = .324, N = 101, p < .001$), e a segunda à média das notas ($\beta = -.325, N = 101, p < .01$), explicando ambas 15% da variância ($R^2 = .15$). Desta análise, pode-se concluir que as adolescentes são mais deprimidas e que os adolescentes com melhores notas têm tendência a ser mais deprimidos. A análise de regressão múltipla, pelo método Enter, feita com o objectivo de analisar as variáveis predictoras do humor negativo, evidenciou apenas uma variável independente preditora do humor negativo. Essa variável diz respeito ao género dos adolescentes ($\beta = .239, N = 102, p < .05$), explicando 5% da variância ($R^2 = .05$). Desta análise, pode-se concluir que as adolescentes têm um maior humor negativo. Com o mesmo tipo de análise, constatou-se que apenas uma variável independente, a média das notas, é preditora da ineficácia ($\beta = -.483, N = 102, p < .001$), explicando 24% da variância ($R^2 = .24$). Verificou-se ainda, através da análise de regressão múltipla pelo método Enter, que as variáveis independentes, género ($\beta = .401, N = 101, p < .001$) e média das notas ($\beta = -.231, N = 101, p < .05$), são

preditoras da anedonia, explicando 14% da variância ($R^2=.14$). Deste modo, pode-se concluir que as adolescentes e os adolescentes com piores notas têm menor prazer pela vida. Por último, a análise de regressão múltipla, pelo método Enter, feita com o objectivo de analisar as variáveis preditoras da auto-estima negativa evidenciou duas variáveis independentes preditoras da auto-estima negativa. A primeira correspondeu ao género dos adolescentes ($\beta=.336$, $N= 102$, $p<.001$), e a segunda correspondeu à média das notas ($\beta=-.253$, $N= 102$, $p<.05$), explicando ambas 10% da variância ($R^2=.10$). Desta análise, pode-se concluir que as adolescentes e os adolescentes com piores notas têm uma auto-estima negativa mais elevada.

Discussão

Este estudo verificou uma associação moderada entre ansiedade e depressão. Contudo, foram encontradas diferenças de género e de desenvolvimento para os sintomas depressivos.

Para além disso, os resultados indicaram que os adolescentes entre os 15 e os 18 anos revelaram níveis mais elevados de ansiedade e depressão do que os adolescentes mais novos (13 e 14 anos de idade). Estudos anteriores têm revelado uma tendência do aumento da depressão com a idade (Lewinsohn, Rohde & Seeley, 1998; Schraedly, Gotlib & Hayward, 1999).

As raparigas revelaram maiores níveis de ansiedade e depressão que os rapazes. Entre os 15 e os 18 anos, os valores da depressão do género feminino aumentam para o dobro do valor de prevalência para o género masculino (Hankin et al., 1998). Dados retrospectivos indicam que aos 6 anos de idade, o género feminino tem já duas vezes mais probabilidade de ter tido a experiência de uma perturbação de ansiedade, do que o género masculino (Allen, N.; Gotlib, I.; Lewinsohn, M.; Lewinsohn, P.; Seeley, J., 1998).

Pode-se constatar que, os sintomas depressivos surgem de forma mais acentuada na adolescência e que as raparigas têm maior probabilidade de apresentar sintomas de ansiedade e de depressão. A pesquisa também sugere que a comorbilidade entre a ansiedade e a depressão será maior nas mulheres ao longo de todos os estádios de desenvolvimento (Matos, M., Barrett, P., Dadds, M., & Shortt, A., 2003).

Os resultados deste estudo sugerem que as raparigas, uma vez que são mais ansiosas e deprimidas que os rapazes, apresentam um maior humor negativo, uma auto-estima negativa mais elevada e níveis mais elevados de anedonia.

Este estudo confirmou uma interacção significativa entre as perturbações afectivas (ansiedade e depressão) e o rendimento escolar.

Neste estudo, as raparigas apresentam ter melhores notas e maior facilidade de aprendizagem. Desta análise, podemos concluir que os adolescentes com melhores

notas têm tendência a mais ansiedade e depressão.

À semelhança do que acontece com as raparigas, os adolescentes com fraco sucesso escolar (que apresentam piores notas) apresentam uma maior anedonia e uma auto-estima negativa mais elevada.

Os resultados sugerem que a ansiedade e a depressão aumentam na adolescência. Uma implicação desta conclusão é que os programas de intervenção precoce e de prevenção necessitam de se dirigir para a infância e início da adolescência para prevenir ou melhorar o início da ansiedade e da depressão na adolescência. Os programas de prevenção podem ser especialmente importantes para as raparigas, uma vez que parece que elas têm maior risco de desenvolvimento de problemas de introversão. É importante que estudos futuros identifiquem os factores psicossociais e biológicos associados ao início da ansiedade e/ou depressão durante a adolescência (Matos, M., Barrett, P., Dadds, M., & Shortt, A., 2003).

Um outro estudo indicou que podem ser feitas intervenções no contexto escolar a título preventivo (Dadds, 1995). São necessárias investigações que explorem a sua eficácia numa grande variedade de contextos clínicos e comunitários (Barrett, 2001). Uma conclusão a tirar da literatura, aqui sumariamente analisada, é que a avaliação da ansiedade e depressão na infância e na adolescência exigirá instrumentos que representem de maneira suficiente o universo dos medos ou ansiedades mais comuns em cada nível etário e que estejam devidamente normalizados. Além disso, dadas as variações situacionais dos sintomas da ansiedade e depressão e dado que as crianças mais novas podem ter dificuldade em os identificar correctamente, a avaliação deve envolver diversos instrumentos e vários informadores (pais, professores, colegas, e as próprias crianças). Do mesmo modo, dadas as suspeitas de uma componente familiar em certas formas de ansiedade e depressão, o processo de avaliação e diagnóstico não deve limitar-se à criança ou adolescente, devendo envolver também a avaliação da ansiedade e depressão dos pais e de outros familiares.

Referências

- Allen, N., Gotlib, I., Lewinsohn, M., Lewinsohn, P., & Seeley, J. (1998). Gender Differences in Anxiety Disorders and Anxiety Symptoms in Adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, 1, 109-117.
- Albuquerque, C. (2001). A dimensão cognitiva da depressão e da ansiedade infantil e juvenil. *Problemas Emocionais e Comportamento Anti-Social* (pp. 207-234. Coimbra: Ediliber Editora de Publicações, Lda.
- American Academy Child Adolescent Psychiatry (1998). Practice Parameters for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Depressive Disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 63-83.
- Barrett, P. M., Dadds, M. R., & Rapee, R. M. (1996). Family treatment of

- childhood anxiety: A controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 333-342.
- Barrett, P. M. (1998). O tratamento da ansiedade das crianças: Análise de alguns aspectos relativos ao desenvolvimento. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 2, 97-127.
- Barrett, P. M. (1998c). Family Treatment for Childhood Anxiety. *Clinical Psychology Review*.
- Barrett, P. M. (1998d). Group Therapy for Anxiety Disorders in Children. *Journal of Clinical Child Psychology*.
- Barrett, P. M. (2001). Intervenções nos distúrbios de ansiedade em crianças e jovens. Envolvimento dos pais, professores e pares. *Problemas Emocionais e Comportamento Anti-Social* (pp. 155-175). Coimbra: Ediliber Editora de Publicações, Lda.
- Braconnier, A. (2003). O guia da adolescência - À procura da identidade. Lisboa: Prefácio.
- Brennan, P., & Hammen, C. (2001). Depressed Adolescents of Depressed and Nondepressed Mothers: Tests of an Interpersonal Impairment Hypothesis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 284-294.
- Cottraux, J., Bouvard, M., Legeron, P., (1985). *Echelles d'évaluation des comportements*. Issy-les-Moulineaux: EAP.
- Dadds, M. R. (1995). *Families, children and the development of dysfunction*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Eley, T.C., & Stevenson, J. (1999a). Exploring the covariation between anxiety and depression symptoms: A genetic analysis of the effects of age and sex. *Journal of Child Psychology and Psychiatry Review*, 40(8), 1273-1282.
- Eley, T.C., & Stevenson, J. (1999b). Using genetic analyses to clarify the distinction between depressive and anxious symptoms in children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 27(2), 105-114.
- Essau, C. A. & Peterman, U. (1997). *Mood Disorders. Developmental Psychopathology: Epidemiology, Diagnostics and Treatment*. Amsterdam, Harwood Academic Publishers.
- Fonseca, A.C. (1998). Problemas de ansiedade em crianças e adolescentes: Elementos para a sua caracterização e para o seu diagnóstico. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 2, 7-34.
- Hankin, B., Abramson, L., Moffitt, T., Silva, P., McGee, R., & Angell, K. (1998). Development of Depression From Preadolescence to Young Adulthood: Emerging Gender Differences in a 10-Year Longitudinal Study. *Journal of Abnormal Psychology*, 1, 128-140.
- Harrington, R. (1994). *Affective Disorders. Child and Adolescent Psychiatry*. Oxford, Blackwell Scientific Publications.

- Kendall, P. C., Chansky, T. E., Kane, M. T., Kim, R. S., Kortlander, E., Ronan, K. R., Sessa, F.M., & Siqueland, L. (1992). *Anxiety disorders in youth*. Boston: Allyn & Bacon.
- Loureiro, J. M. (1999). O tratamento da depressão em crianças e adolescentes. *Psychologica*, 21, 65-78.
- Kovacs, M. (1985, 1992). *Children's Depression Inventory*. Toronto: Multi-Health Systems, Inc.
- Matos, M., Barrett, P., Dadds, M., & Shortt, A.(2003). Anxiety, depression, and peer relationships during adolescence: Results from the Portuguese national health behaviour in school-aged children survey. *European Journal of Psychology of Education*, 18 (1), 3-14.
- Mufson, L. & Moreau, D. (1997). *Depressive Disorders*. Handbook of Prevention and Treatment With Children and Adolescence. New York.
- Rock, E. E., Fessler, M.A. & Church, R. P. (1997). The concomitance of learning disabilities and emotional/behavioral disorders: Aconceptual model. *Journal of Learning Disabilities*, 30, 245-263.
- Spielberger, C. D. (1983). *Manual for the State - Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press.

Ansiedade social em adolescentes

Inês Camacho & Margarida Gaspar de Matos

Introdução

O medo e a ansiedade em situações sociais são frequentes e comuns fazendo parte do sistema adaptativo de sobrevivência, e estão intimamente relacionados com a estrutura social de grupo. No entanto podem ser vividos de forma intensa interferindo com o funcionamento social e levando mesmo a um evitamento de situações sociais deixando de ser uma emoção adaptativa. Quando isto acontece, a ansiedade já é considerada patológica e estamos perante uma Perturbação de Ansiedade Social.

A Ansiedade Social tem merecido nos últimos dez anos uma maior atenção e interesse por parte de muitos investigadores, tendo-se confirmado a sua importância clínica como perturbação ansiosa frequente e severamente incapacitante, o que permitiu também avanços importantes no seu diagnóstico, conceptualização teórica e tratamento (Gouveia, s/d). Verhulst e colaboradores (1997) referem que a Ansiedade Social é a perturbação da ansiedade mais frequente na infância e adolescência. Tendo o seu início na infância e adolescência, são de prever consequências nefastas no desenvolvimento pessoal, integração social e vida académica, provocando sofrimento emocional e consequências desastrosas na vida dos jovens, limitando o seu dia-a-dia e interferindo com um adequado funcionamento social e académico

Segundo o DSM IV (American Psychiatric Association, 1996), a Perturbação de Ansiedade Social está inserida nas Perturbações de Ansiedade e é definida como um medo marcante e persistente de uma ou mais situações sociais ou de desempenho, em que a pessoa está exposta a desconhecidos ou à avaliação dos outros e teme demonstrar ansiedade ou agir de modo humilhante ou embaraçante. O DSM IV considera o subtipo generalizado de Fobia Social no caso em que o medo da pessoa inclua a maior parte das situações sociais. Os sujeitos com Ansiedade Social generalizada, habitualmente, têm medo das situações de desempenho público (falar em público, escrever, comer ou beber na presença de outros, usar casas de banho públicas, etc) como de situações de interação social (iniciar ou manter uma conversa, participar em pequenos grupos, comparecer a um encontro, falar com autoridades, ir a festas, etc). A exposição às situações sociais ou de desempenho provoca uma resposta ansiosa imediata, que pode ser sob a forma de ataques de pânico situacionais ou situacionalmente prováveis.

Embora não seja referido no DSM-IV, há pacientes que apenas sentem ansiedade numa situação específica. Stein (1997) verificou que a maioria dos pacientes que sofre deste tipo de Perturbação de Ansiedade pode ser inserida em três categorias:

indivíduos que sentem ansiedade apenas quando falam em público; outros que sofrem de ansiedade quando falam em público acompanhado por uma ou duas outras formas de medo de desempenho; em terceiro lugar aqueles que, não lhes tendo sido diagnosticada fobia social generalizada, experimentam uma ansiedade social de interação significativa num vasto número de situações. A estas três categorias poderá aplicar-se a designação de Fobia Social Especifica ou Fobia Social Circunscrita.

Ao contrário das crianças, os adolescentes e adultos com este tipo de fobia reconhecem que o seu medo é excessivo e irracional (DSM-IV).

Geralmente a situação social ou de desempenho é evitada, podendo no entanto ser enfrentada com sofrimento. O diagnóstico é apropriado apenas no caso em que o evitamento, medo ou antecipação ansiosa do confronto com a situação social ou de desempenho interfere significativamente com a vida profissional, académica, social ou sexual da pessoa. O evitamento e ansiedade social transitórios são comuns na infância e principalmente na adolescência, período em que começa a existir um maior relacionamento com o grupo de pares (p.e., uma rapariga pode evitar de falar ou comer em frente de rapazes, um rapaz por seu lado pode evitar de falar junto do seu grupo de pares com medo de ser gozado). É importante verificar se a ansiedade social se manifesta nos diferentes contextos em que a criança ou adolescente está inserida e não apenas em interações com adultos, o que acontece por vezes quando a criança ou adolescente é inibido e tímido. Nos sujeitos com menos de 18 anos, só os sintomas que persistem pelos menos durante seis meses se qualificam para o diagnóstico de Fobia Social.

Outros estudos demonstraram que a média de idades de desenvolvimento da Ansiedade Social, encontra-se entre os 15,5 e os 16 anos com picos de incidência entre os 11 e os 15 anos de idade (Magee et al., 1996). Num estudo feito em França com pacientes de cuidados primários, verificou-se que a idade média de início da Ansiedade Social era de 15,1 anos de idade e 90% dos indivíduos do estudo relataram que a patologia se tinha desenvolvido antes dos seus 25 anos (Weiller et al., 1996; Stein et al., 1990 in Kasper, 1998). Straus e Last (1993) referem a média de 12,3 anos de idade para o aparecimento da ansiedade social.

Outros estudos epidemiológicos sugerem, tal como referido anteriormente, que a Ansiedade Social se desenvolve frequentemente antes ou durante a adolescência (Ost, 1987; Magee, et al., 1996; Schneier, et al., 1992; Weissman et al., 1996; Wittchen & Beloch, 1996). A idade média de início situa-se entre os 15 e 16 anos. Podem, no entanto, existir variações culturais na idade de início.

Também tem sido referido que a crianças de 8 anos já se pode diagnosticar com este tipo de patologia (Beidel & Turner, 1988; Last, Perrin, Hersen & Kazdin, 1992; Strauss & Last, 1993).

Um estudo realizado por Essau e seus colaboradores em 1999 constatou que os

sintomas de Ansiedade Social aparecem entre os 12 e 17 anos.

Beidel e Turner (1999, in Crozier & Alden, 2001) verificaram que uma em cada cinco crianças, apresentava um medo significativo em situações sociais.

Surgem características associadas à Ansiedade Social que incluem a hiper sensibilidade à crítica, avaliação negativa ou rejeição; dificuldades de afirmação; e baixa auto-estima ou sentimento de inferioridade.

Os sujeitos com Ansiedade Social temem igualmente a avaliação indirecta dos outros (como p.e. fazer um teste) podem manifestar défices nas competências sociais (p.e. incapacidade de olhar nos olhos) ou sinais observáveis de ansiedade (p.e. as mãos frias e húmidas, voz trémula). Os sujeitos que apresentam este tipo de patologia têm frequentemente baixo aproveitamento escolar como consequência da ansiedade aos exames ou evitamento de participação na turma, nomeadamente na exposição de trabalhos perante a turma ou resposta a perguntas postas pelo professor. Podem nos casos mais graves desistir da escola. Num estudo desenvolvido por Strauss and Last em 1993 verificou-se que 64% de crianças com Ansiedade Social referiam medo de ir à escola. Quando a Ansiedade Social existe na adolescência pode ter como consequência a diminuição no desempenho académico.

Relativamente à prevalência na população, estudos epidemiológicos baseados na comunidade, revelam que a Ansiedade Social ao longo da vida varia de 3% a 13% (DSM-IV, 1996). No que diz respeito à diferença entre os géneros verifica-se que a percentagem de mulheres com este tipo de fobia é maior que a dos homens.

A ansiedade vivida pelas pessoas com Ansiedade Social nas situações que receiam, manifesta-se a nível somático, comportamental e cognitivo. Os sintomas físicos que se verificam neste tipo de patologia, são semelhantes aos das outras perturbações ansiosas. Os sintomas somáticos que os fóbicos sociais referem como os mais usuais são: tremor, rubor, a sudação, tensão muscular, palpitações cardíacas e perturbações gastrointestinais (Caballo, 1997)

A nível comportamental pode-se verificar que os Fóbicos Sociais tendem a evitar situações sociais, que de alguma forma lhes tragam ansiedade (Caballo, 1997). Quando as não conseguem evitar, os adolescentes com este tipo de patologia podem por exemplo baixar a cabeça, roer as unhas, mexer nas mãos, falar baixo, ter uma postura rígida e evitam o centro das atenções.

A literatura de uma forma geral, refere que os indivíduos com Ansiedade Social apresentam um desempenho social menos competente. Twentyman e McFall em 1975 (in Gouveia, s/d) e Pilkonis em 1977 (in Gouveia, s/d) realizaram estudos com indivíduos com ansiedade social e verificaram, que quando comparados com indivíduos sem este tipo de ansiedade, numa tarefa de interacção social, tinham um desempenho social avaliado como menos competente quando avaliado por observadores independentes. No entanto os resultados obtidos nos estudos de

avaliação das competências sociais dos fóbicos sociais são contraditórios. Clark e Arkowitz (1975, in Gouveia s/d) e Glasgow e Arkowitz (1975, in Gouveia, s/d) obtiveram resultados contrários aos estudos anteriormente referidos. Estes autores não verificaram diferenças entre estudantes com ansiedade social e os grupos de controlo, numa tarefa de interacção social com um colega do género oposto, quando avaliados por observadores independentes. No entanto os fóbicos sociais avaliaram o seu desempenho de forma mais negativa, comparativamente aos estudantes sem Ansiedade Social.

Resultados semelhantes foram obtidos por Repee e Lim em 1992 (in Salkouskis, 1996). A amostra neste estudo era constituída por fóbicos sociais e indivíduos sem este tipo de patologia, tendo sido pedido aos participantes que fizessem um curto discurso para a audiência. Posteriormente foi pedido que auto-avaliassem a sua execução, sendo essa avaliação comparada pela que era feita por observadores independentes. Verificou-se que as avaliações dos observadores para o desempenho global na tarefa eram semelhantes para os dois grupos, no entanto os fóbicos sociais avaliaram o seu desempenho global de forma mais negativa que os observadores, o que não acontecia com os indivíduos dos grupos de controlo.

Podemos então constatar que, a nível cognitivo, o conteúdo do pensamento dos indivíduos que têm Ansiedade Social, quando confrontados com uma situação social receada, se centra em temas de fracasso, falta de competências necessárias para dar origem a uma impressão positiva, preocupações com a aparência e com a possibilidade de avaliação negativa (Caballo, 1997). Hackman, Surawy e Clark (1998) verificaram que nos fóbicos sociais existe ocorrência espontânea de imagens negativas e distorcidas de si mesmo, em que se vêem a partir de uma perspectiva de observador.

Nos fóbicos sociais a atenção é auto-focada (Hope, Heimberg e Klein, 1990). Verifica-se igualmente, um aumento da consciência de si mesmo, o que aumenta a percepção da sua ansiedade e desconforto e diminui a atenção disponível para os estímulos exteriores relacionados com a situação. Beck e Emery (1985, in Salkouskis, 1996) referem que o ponto central destes indivíduos, é o medo de um inadequado desempenho na presença de outros, de sintomas de embaraço. Estes autores referem ainda que, pelo facto já estar alertados para o perigo, os fóbicos sociais são hipersensíveis à possibilidade de ser avaliados, e por isso, consequentemente, criam um esquema cognitivo vigilante à possibilidade de rejeição. Beck e Emery sugerem que os fóbicos sociais porque se sentem vulneráveis à ameaça de falha na presença de outros, podem acabar por "gelar" ou bloquear. O facto de ter medo de falhar faz com que, a nível comportamental, evitem as situações, não tendo assim oportunidade para testar a validade das suas crenças e criando um círculo vicioso.

De seguida irão ser abordados os modelos teóricos cognitivos e cognitivo-

comportamentais que contribuíram para a investigação e conceptualização do tratamento cognitivo e comportamental da Ansiedade Social.

Os modelos cognitivos, usados para as diversas desordens de ansiedade têm em comum algumas características: assume-se, que os indivíduos se tornam ansiosos como resposta a certos estímulos que são interpretados como muito mais ameaçadores do que são na realidade; assume-se que as interpretações irrealistas persistem porque os pacientes se empenham em estratégias comportamentais e cognitivas que têm a intenção de prevenir que as situações temidas ocorram e, por fim, os sintomas de ansiedade são fontes adicionais de perigo percebido, produzindo um círculo vicioso que contribui para a sua manutenção das.

Clark e Wells em 1995 desenvolveram um modelo cognitivo para a Ansiedade Social. O modelo desenvolvido tenta explicar os processos que ocorrem quando um fóbico social se encontra numa situação social que avalia como ameaçadora e dos factores de manutenção da Ansiedade Social. Referem que na base das experiências prévias, os fóbicos sociais desenvolveram uma série de suposições acerca de si próprios e da situação, p.e. "a não ser que alguém demonstre gostar de mim, ninguém gosta", "se mostro que estou ansioso as pessoas vão pensar que sou diferente e vão-me rejeitar". Estas associações fazem com que os indivíduos com Ansiedade Social interpretem as interacções sociais normais de uma maneira negativa, transmitindo-lhes sinais de perigo. Assim, se um Fóbico Social está a falar com alguém numa festa e se, por acaso, a pessoa por momentos olha para outro sítio, o fóbico social pensa que está a ser aborrecido. Esta interpretação activa um programa de ansiedade que pode ser dividido em três componentes.

O primeiro componente é constituído pelos sintomas cognitivos e somáticos da ansiedade que são activados por reflexo à percepção de perigo (dificuldade de concentração, pensamentos avaliativos negativos e bloqueios, tremer, taquicardia, sudação, palpitações). Cada um destes sintomas pode ser interpretado como uma fonte de perigo percebido, dando origem a um círculo vicioso que mantém a ansiedade.

O segundo componente é constituído pelos comportamentos de segurança que os indivíduos adoptam para tentar reduzir a ameaça social e impedir as reacções temidas que poderão ocorrer. Exemplos comuns podem incluir a tentativa não atrair a atenção, evitamento do contacto visual, inibição de censura do que alguém diz.

O terceiro, e importante componente é a mudança do foco de atenção. Segundo este modelo, quando os fóbicos sociais acham que estão em perigo de receber uma avaliação negativa por parte dos outros, mudam a sua atenção para si próprios. Assim os fóbicos sociais utilizam a informação proveniente da auto-focagem, para construir impressões acerca si próprios, que assumem como o reflexo do que os outros pensam deles.

O modelo apresentado por Clark e Wells (1995) demonstra o que ocorre durante a interacção social. Segundo os autores, muitos indivíduos que têm Ansiedade Social têm um alto nível de ansiedade quando antecipam uma situação em que haja interacção social e são também percebidas altos níveis de emoções negativas, mesmo depois da exposição à situação social. Os autores sublinharam uma série de processos cognitivos, que assumem que existem antes e depois das interacções sociais e que contribuem para a manutenção da Ansiedade Social. Antes de se confrontar com uma situação social que temem, os fóbicos sociais revêem em detalhe o que pensam que pode vir a acontecer. Quando começam a pensar na situação, começam a ficar ansiosos, e os seus pensamentos tendem a ser dominados por recordações de situações em que falharam, por imagens negativas de si próprios e por previsões de fraco desempenho e rejeição. Por vezes estes pensamentos fazem com que o fóbico social evite por completo a situação que teme. Se, pelo contrário, o fóbico social enfrenta a situação, vai-se encontrar num processo de auto-focagem, pensando que vai falhar, não prestando atenção a qualquer sinal que demonstre que é aceite pelos que o rodeiam. Assim, o facto de manter comportamentos de segurança, pode originar um comportamento social pouco eficaz, que poderá ser interpretado pelos outros como distante e pouco interessante podendo, por isso, originar respostas menos calorosas e amigáveis. Esta situação pode traduzir-se em padrões de interacção menos positivos que confirmam os receios de avaliação negativa e rejeição do sujeito, fazendo com que se origine um círculo vicioso que mantém a Ansiedade Social (Gouveia, 1997, in Gouveia, s/d).

Heimberg e Barlow (1991) desenvolveram um modelo cognitivo comportamental, que se centra na influência da atenção auto-focada no aumento da ansiedade e desempenho social ineficaz dos fóbicos sociais. O modelo tenta explicar o que acontece quando um fóbico social é confrontado com uma situação de interacção. Os autores referem que quando o indivíduo com este tipo de patologia se encontra na situação que teme, desenvolve um conjunto de expectativas negativas acerca da possibilidade de ficar ansioso e da sua percepção pelos outros, que faz com que avaliem a situação como ameaçadora e os leva a auto-focar a atenção. Esta atenção auto-focada faz com que aumentem os sintomas da ansiedade desviando a atenção da tarefa social, o que conseqüentemente, faz com que o desempenho social seja menos eficaz, levando ao evitamento de situações sociais.

Para uma escolha de estratégias terapêuticas adequadas e eficazes, tem que haver à priori uma avaliação, para a compreensão clara da condição de Ansiedade Social. O diagnóstico vai depender de uma avaliação cuidadosa dos sintomas e sinais característicos da Ansiedade Social. A informação deve ser recolhida nos diferentes contextos em que o adolescente está inserido (casa, escola, tempos livres) bem como através dos diversos informadores (adolescente, pais,

professores e amigos).

A entrevista clínica surge como um instrumento de avaliação crucial para a recolha de informação detalhada relativamente às dificuldades sentidas pelo sujeito no dia a dia. A utilização de uma entrevista clínica estruturada facilita a recolha de informação e vai permitir um melhor diagnóstico. A análise funcional vai permitir a adequação dos procedimentos terapêuticos às particularidades de cada indivíduo. A avaliação faz-se geralmente nas duas primeiras sessões, sendo útil a utilização de uma entrevista clínica estruturada, como é o caso da Anxiety Disorders Interview Schedule (ADIS-C; Silverman & Albano, 1995, in Crozier & Alden, 2001); Diagnostic Interview Schedule for Children-Revised (DISC-R; Shaffer et al, 1993), Diagnostic Interview for Children and Adolescents (DICA; Herjanic & Reich, 1997), Interview Schedule for Children (ISC; Kovacs, 1985), que se aplicam a sujeitos com idades entre os 8 e 17 anos. Outro exemplo é a Children's Assessment Schedule (CAS; Hodges, Cools, & McKnew, 1989) que é útil na avaliação de pré-adolescentes e de sujeitos no início da adolescência. Pode ser aplicada em sujeitos com idades entre os 7 e os 16 anos.

Para além da entrevista clínica, a recolha de informação passa também pela aplicação de questionários de auto-relatos, tais como: a SAS-A – Social Anxiety Scale for Adolescents, desenvolvido por La Greca em 1998 (in Crozier & Alden, 2001). Este instrumento é constituído por 22 itens, dos quais 18 traduzem medo de avaliação negativa, evitamento social e desconforto os restantes 4 itens estão em aberto para ser completados pelos adolescentes que se submetem a avaliação. Outro instrumento para avaliar a Ansiedade Social nos adolescentes é o SPAI-C (Social Phobia and Anxiety Inventory for Children; Beidel, Truner, & Morris, 1998) que é constituído por 26 itens. Este instrumento pode ser aplicado em crianças e adolescentes com idades entre os 8 e 14 anos. Os questionários devem ser aplicados antes do início do tratamento, durante e no final do tratamento.

Existem medidas psico-fisiológicas que facilitam o registo da actividade cardiovascular e electro-dermal. Procedimentos de auto-monotorização surgem como uma forma muito útil e prática de avaliar aspectos do comportamento social no seu meio natural. A auto-monotorização consiste num registo de comportamentos específicos que surgem em situações que provoquem ansiedade. Auto-registos, folhas de registo diário e diários são as formas mais utilizadas de auto-monotorização. A auto-monotorização permite obter informação útil para avaliação dos estímulos ou situações que provocam ansiedade, a eficácia obtida com determinados procedimentos de intervenção bem como a manutenção e generalização das competências aprendidas. A auto-monotorização deve decorrer desde da primeira à última sessão.

As intervenções comportamentais e cognitivas para a Ansiedade Social resultaram das conceptualizações teóricas da etiologia e factores de manutenção da patologia.

Das conceptualizações teóricas, resultam quatro tipos de intervenção principais: exposição prolongada aos estímulos sociais que são receados, programa de promoção de competências sociais, terapia cognitiva e terapia cognitiva mais exposição aos estímulos sociais.

Como já referido anteriormente, um dos factores de manutenção da Ansiedade Social é a evitamento dos estímulos receados. Este factor, levou ao desenvolvimento da técnica de exposição prolongada aos estímulos sociais receados. Este tipo de técnica pode ser utilizado isoladamente, quer associado ao programa de promoção de competências sociais quer à terapia cognitiva. Os estudos que procuraram avaliar os resultados terapêuticos quando os fóbicos sociais eram submetidos à exposição mostraram que ela era eficaz (Mattick, Peters & Clarke, 1989; Turner et al, 1994). Apesar dos resultados positivos, tem-se constatado que a utilização da técnica de exposição isoladamente se mostra inferior ao efeito obtido com a utilização em doentes com outras perturbações ansiosas, nomeadamente em indivíduos com agorafobia e fobias específicas.

Butler (1985) refere que a utilização da exposição usada isoladamente nos fóbicos sociais não tem bons resultados terapêuticos devido às dificuldades de estabelecimento das condições de exposição que faz com que a técnica seja eficaz: exposições claramente especificadas, graduais, repetidas, prolongadas e que provocam ansiedade no doente. Para este autor, torna-se difícil estabelecer um programa de exposição comportamental para os indivíduos com Ansiedade Social pelas seguintes razões: a) a imprevisibilidade e variabilidade das situações sociais dificulta que a tarefa de exposição possa ser claramente especificada, repetida e de dificuldade gradual; b) o facto de muitas situações sociais serem de curta duração, impede que a exposição seja suficientemente prolongada para permitir ao doente verificar que a sua ansiedade estabiliza e diminui ao longo do tempo; c) muitos indivíduos com Ansiedade Social não chegam a evitar situações sociais que temem mas têm muita dificuldade em as suportar. Nessas situações ou durante a tarefa de exposição, alguns doentes usam mecanismos de protecção para não focar a atenção na situação social, não se envolvendo na situação; d) a exposição só por si, não tem um impacto significativo no medo de avaliação negativa dos fóbicos sociais, pelo facto de as respostas dos outros, à sua execução social, não serem facilmente perceptíveis em muitas situações sociais. Assim, a exposição pode não fornecer informação suficiente que diminua a preocupação dos fóbicos sociais com a avaliação por parte dos outros.

Numa perspectiva cognitiva, a exposição só é eficaz quando permite modificação das crenças disfuncionais inerentes ao problema. Assim, a exposição cognitiva na Ansiedade Social deve ter como objectivo o desafio às crenças relacionadas com o medo de avaliação negativa do paciente. Para atingir esse objectivo, existem três tipos de estratégias que deverão ser associadas aos métodos de exposição

comportamental clássica: a) prevenção da utilização de comportamentos de segurança durante a exposição; b) estratégias de intenção paradoxal que exponham o paciente ao seu receio de avaliação negativa; c) estratégias que ajudem o paciente a focar a atenção externamente e dificultem a auto-focar a atenção.

O programa de promoção de competências sociais é utilizado habitualmente em formato de grupo. As competências incluem comportamentos não verbais (contacto visual, postura corporal, sorriso, mímica facial) e comportamentos verbais (iniciar conversas, ouvir e manter conversas, dar e receber elogios, demonstrar quando não concorda com alguma coisa, saber lidar quando recebe críticas). Este tipo de técnica não é usualmente utilizada de forma isolada mas é um componente terapêutico útil para os pacientes com Ansiedade Social, que têm défices nas competências sociais para lidar com algumas situações em que é necessário lidar com a crítica e hostilidade dos outros, pedir ajuda, dar e receber elogios, exprimir emoções positivas e negativas. Esta técnica deve ser utilizada como um componente complementar no tratamento.

Como já referido, os pensamentos têm um papel crucial na manutenção da Ansiedade Social, assim torna-se importante a implementação de métodos cognitivos que promovam mudanças cognitivas.

As técnicas cognitivas são úteis na ajuda ao doente para identificação e compreensão das suas crenças e cognições de modo a que posteriormente as modifique e torne funcionais. Estas técnicas devem ser aplicadas em combinações com a exposição e programa de promoção de competências sociais.

Heimberg (Heimberg & Hope, 1993) desenvolveu uma terapia cognitivo-comportamental em grupo em que são inseridos métodos cognitivos e comportamentais. Para este autor a terapia em grupo traz muitas vantagens quando comparada com a terapia individual. As vantagens incluem aprendizagem vicariante. Observar e ter contacto com pessoas com a mesma patologia e a possibilidade de ter vários colegas para fazer *role playing*, facilita a aprendizagem. O autor refere que, pela natureza desta patologia, muitos fóbicos sociais nunca falaram dos seus medos com ninguém e, conseqüentemente, pensam que os seus problemas são únicos. A terapia em grupo traz uma oportunidade única para descobrir que outras pessoas têm os mesmos pensamentos e sentimentos e para aprender com os outros formas de diminuir os seus medos. Nesta abordagem os fóbicos sociais são tratados em pequenos grupos, geralmente constituídos por 5 a 7 pacientes, com sessões semanais de cerca de duas horas pelo período de 12 semanas. Se possível dois terapeutas, de preferência um feminino e outro masculino, lideram as sessões. O protocolo deve ser composto pelos seguintes componentes: uma explicação cognitivo-comportamental para a Ansiedade Social; treino dos doentes nas competências de identificação, análise e

disputa de cognições problemáticas através da utilização de exercícios estruturados; exposição a simulações que evoquem ansiedade durante as sessões através de *role playing*; utilização de processos de reestruturação cognitiva para ensinar os doentes a controlar os seus pensamentos mal adaptativos antes, durante e depois das exposições simuladas; tarefas de casa focadas na exposição a situações já confrontadas durante as exposições simuladas; ensino de uma rotina de reestruturação cognitiva auto-administrada para utilização antes e depois do fim das tarefas.

Mais recentemente, Rapee (2000) desenvolveu um tratamento em grupo para sujeitos entre os 7 e 16 anos de idade. Este tratamento é realizado em 9 sessões e é composto por cerca de 6 elementos e as famílias dos elementos estão igualmente envolvidas. O programa tem revelado bons resultados, os sintomas diminuem significativamente, mantendo-se pelo menos durante 12 meses após o tratamento.

Silverman e colaboradores em 1999, desenvolveram um estudo com 25 crianças e com os seus pais, utilizando um programa de terapia cognitivo-comportamental em grupo. Após o tratamento, 64% das crianças não tiveram mais sintomas, comparativamente aos 12, 5% das crianças que pertenciam ao grupo de controlo.

Num estudo desenvolvido por Spence, Donovan e Brechman-Toussaint em 2000, foram comparados os efeitos em dois tipos de tratamento, um que se baseava na terapia cognitivo-comportamental em grupo, e outro que, para além da terapia cognitivo-comportamental em grupo trabalhava também com os pais. Estes dois tipos de tratamento foram comparados com um grupo de controlo. Os sujeitos tinham entre os 7 e 14 anos de idade e eram distribuídos aleatoriamente pelos três grupos. As crianças e adolescentes submetidos ao tratamento, tinham uma sessão semanal de 90 minutos, durante 12 semanas, e após 3 e 6 meses de tratamento eram submetidos a mais duas sessões. No Grupo em que os pais estavam envolvidos, estes eram submetidos a um sessão semanal de 30 minutos, durante 12 semanas, bem como a observação das sessões dos seus filhos.

O tratamento consistia no programa de promoção de competências sociais, resolução de problemas, exposição ao vivo e reestruturação cognitiva. Aos pais eram dadas instruções acerca de técnicas de procedimento úteis para lidar com os seus filhos, bem como a modelação e programas de reforço. Ao comparar os resultados dos dois grupos que foram submetidos ao tratamento, comparativamente ao grupo de controlo, verificou-se que cerca de 87% das crianças do grupo em que os pais estavam igualmente envolvidos ficaram sem sintomas; no outro grupo em que apenas estavam envolvidas as crianças, 57% deixaram de ter sintomas, enquanto que no grupo de controlo em apenas 7% das crianças isso aconteceu.

Clark (1997), desenvolveu um método de terapia cognitiva baseado no seu modelo cognitivo. Por ser um modelo focado na descrição e compreensão dos

factores de manutenção da Ansiedade Social, sugere conseqüentemente pontos de intervenção para a modificação dos factores e, nesse sentido, oferece contributos muito importantes para aumento da eficácia da intervenção cognitivo-comportamental. O autor refere que, no início do tratamento, deve-se fazer uma revisão pormenorizada de episódios recentes. Com a informação obtida junto do paciente, deve ser delineado um modelo que explique todo o processo que faz com que haja a manutenção da Ansiedade Social. O modelo deve incluir uma lista dos comportamentos de segurança que o paciente utiliza, bem como a descrição dos pensamentos que tem durante a situação social, ou seja o que pensa quando está a focar a atenção em si próprio. Após ter sido explicado numa fase educativa, todo o processo de Ansiedade Social, e como irá decorrer o tratamento, Clark (1997) defende que a melhor maneira de iniciar o tratamento é modificar os comportamentos de segurança. Durante a sessão de tratamento é pedido ao doente que faça o *role playing* de uma situação social temida em duas condições diferentes: numa é pedido que use os seus comportamentos de segurança normais e na outra que deixe de usar os comportamentos de segurança e que foque a sua atenção na(s) outra(s) pessoa(s) da interacção em vez de a focar em si próprio. Depois de cada *role playing* o paciente avalia como se sentiu ansioso, como demonstrou a sua ansiedade e como acha que realizou a tarefa. Comparados os relatos, vários pontos podem ser confirmados: primeiro para surpresa do paciente os comportamentos de segurança fazem-no sentir mais ansioso; segundo, as avaliações feitas para saber o grau da ansiedade que pensa parecer aos outros, bem como o próprio pensa que é o seu desempenho, vão no mesmo sentido da avaliação que faz da maneira como se sente, demonstrando assim que o doente usa os seus sentimentos para deduzir como parece ser quando observado pelos outros. Uma vez estabelecido e confirmado que o paciente usa os seus sinais interoceptivos para inferência sobre como é percebido pelos outros, o passo seguinte é a obtenção de informação realista acerca de como percebido realmente. Para Clark (1997) uma forma de o fazer, é pedir às pessoas que fizeram o *role playing* que dêem ao feedback doente, que normalmente indica que o paciente aparenta estar menos ansioso do que ele estimou, confirmando que os seus sentimentos não são um bom indicador. A utilização do vídeo é outro caminho particularmente eficaz. São feitas gravações e, antes do visionamento, o paciente avalia a sua realização. Invariavelmente a expectativa do doente é pior do que efectivamente depois aparenta. Para maximizar a mudança cognitiva efectuada nas sessões, como trabalho de casa o doente vê o vídeo. Deste modo, consolida e desenvolve mais respostas para os seus pensamentos negativos que foram identificados na sessão.

As interacções sociais normais fornecem poucas oportunidades para testar as crenças distorcidas dos pacientes. Para Clark (1997) este problema pode ser

parcialmente ultrapassado, proporcionando oportunidades para o teste de predições acerca da avaliação negativa dos outros. Deste modo, pede-se ao paciente que realize comportamentos que falsamente crê que levem a avaliações negativas e posteriormente avaliam-se as reações dos outros.

Várias pesquisas têm sido feitas para investigar a eficácia de um largo número de tratamentos para a Ansiedade Social, incluindo técnicas de exposição ao vivo e/ou imaginação programa de promoção de competências sociais, terapia cognitiva, várias formas de relaxação, *role playing*.

De seguida vão ser descritas algumas dessas investigações que demonstraram a eficácia das terapias.

Mattick e colaboradores (Mattick e Peter, 1988; Maltick et al., 1989) conduziram dois estudos em que era examinada a eficácia da combinação da exposição ao vivo, terapia assistida e reestruturação cognitiva. No primeiro estudo o tratamento combinado foi comparado com a exposição utilizada isoladamente. Os sujeitos de ambos os grupos melhoraram tendo-se, no entanto verificado uma melhoria mais substancial no caso de tratamento combinado, particularmente após três meses de *follow up*. Num segundo estudo, cada componente do tratamento foi comparado com o tratamento combinado e com o grupo em lista de espera. Todos os tratamentos demonstraram melhorias, mas o tipo e padrão de mudança difere entre os tratamentos. Quando sujeitos aos três tipos de tratamento, verificou-se que diminuía o evitamento fóbico. Pôde-se no entanto constatar, que os sujeitos que submetidos apenas a uma reestruturação cognitiva ou em combinação com a exposição também melhoraram as suas cognições tais como pensamentos irracionais e a auto-avaliação negativa. Comparando com os outros tratamentos, o tratamento combinado é substancialmente mais eficaz. No entanto, sujeitos que foram submetidos apenas à reestruturação cognitiva são mais lentos nas melhorias, mas fazem ganhos contínuos durante o período de *follow up*, enquanto que, na exposição por si só, não se verifica uma evolução tão favorável. Embora pareça que cada uma das componentes do pacote combinado seja eficaz a reduzir o medo da avaliação social, a combinação da exposição e da terapia cognitiva tem melhores resultados.

Butler e seus colaboradores (1984) trataram 45 pacientes fóbicos sociais que foram divididos em três grupos, cada um constituído por 15 elementos. Os pacientes com personalidade evitante foram excluídos. Um grupo recebeu exercícios baseados na exposição, um segundo grupo recebeu exercícios de exposição "enriquecidos" (o "enriquecimento" consiste em estratégias cognitivas e de distração, assim como algum treino em relaxação). As duas condições foram comparadas com o grupo em lista de espera de controlo. Ambos os grupos apresentavam melhorias após o tratamento relativamente ao grupo de controlo mas, após seis meses, o grupo sujeito a técnica de exposição enriquecida estava

melhor que o grupo que só foi submetido à exposição. Pode-se assim constatar que a combinação de exposição com a reestruturação cognitiva apresenta uma intervenção positiva para a Ansiedade Social e é mais eficaz que a exposição ou a terapia cognitiva usadas isoladamente.

Pode-se concluir que a Ansiedade Social é uma perturbação da ansiedade que provoca sofrimento emocional. As suas dificuldades típicas (ansiedade e desconforto excessivos em contextos sociais, medo de avaliação negativa por parte dos outros e consequente evitamento das situações sociais que geram ansiedade) limitam o dia-a-dia do indivíduo, diminuindo significativamente o seu funcionamento social e académico, o que reforça, muitas vezes, a sua baixa auto-estima, isolamento social e sentimento de desajustamento ou incompetência social. Pelo facto de existir uma grande incidência deste tipo de patologia na infância e adolescência julgamos importante o desenvolvimento de estudos e intervenções que visem a prevenção e intervenção precoce de forma a evitar o surgimento da patologia que tende a agravar-se na idade adulta. O processo de desenvolvimento implica a aprendizagem e o controlo de um conjunto de competências para fazer face às exigências ambientais, cada vez mais complexas. A falta de domínio dessas competências pode causar perturbações emocionais (Baptista, et al, 2001).

Ainda que, nos últimos anos, se tenha constatado um maior interesse, reconhecimento e estudo da Ansiedade Social, nomeadamente dos aspectos epidemiológicos e clínicos, verifica-se ainda uma tendência para a negligenciar e desvalorizar, não sendo ainda considerada por muitos médicos e psicólogos como quadro clínico autónomo, existindo pois a necessidade de uma maior sistematização da informação.

As dificuldades de diagnóstico devem-se à existência de comorbilidade com outros quadros clínicos (perturbação de ansiedade generalizada, perturbação de personalidade evitante). É pois importante uma abordagem abrangente das perturbações emocionais da infância e adolescência baseada fundamentalmente nos aspectos desenvolvimentais. É ainda importante, o estudo da psicopatologia na infância e adolescência, incluindo uma adequada classificação, avaliação e intervenção terapêutica, com base em modelos teóricos que contemplem a etiologia e factores de manutenção, bem como maior divulgação da perturbação em meio escolar.

Referências

- American Psychiatric Association. (1996). DSM-IV. Lisboa: Climepsi Editores.
- Barlow, D. H. (1988). Anxiety and its disorders. New York: The Guilford Press.
- Barlow, D (Eds) (1993). Social phobia and social anxiety. Clinical Handbook of Psychological Disorders- a Step- by-step Treatment Manual (pp.99-135).

New York: The Guilford Press.

- Baptista, A., Pereira, A., Carvalho, M., Lory, F., & Santos, R. (2001). Aprender a lidar com as dificuldades emocionais, o centro de aconselhamento para estudantes. *Revista de Humanidades e Tecnologias. Dossier de Psicologia*. Lisboa: Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias.
- Beidel, D., & Turner, S. (1988). Comorbidity of test anxiety and other anxiety disorders in children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 16, 275-287.
- Beidel, D. C., Turner, S. M., & Morris, T.L. (1998). SPAI-C. Social Phobia & anxiety Inventory for Children. Canada: MHS.
- Butler, G., Cullington, A., Munby, M., Amies, P., & Gelder, M.(1984). Exposure and anxiety management in the treatment of social phobia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 642-650.
- Butler, G. (1985). Exposure as a treatment for social phobia: Some instructive difficulties. *Behaviour Research and Therapy*, 23, 651-657.
- Caballo, V. E. (1997). *Manual para el tratamiento cognitivo-comportamental de los trastornos psicológicos*. Madrid: Siglo Veintiuno editores S.A.
- Clark, M., & Wells, A. (1995). A Cognitive Model of Social Phobia. In R. Heimberg, M. Liebowitz, D. A. Hope and F. R. Schneier (Es), *Social Phobia: Diagnosis, Assessment and Treatment*. New York: Guilford.
- Clark, D.M & Fairbun, C. G. (1997). *Science and Practice of cognitive Behavior Therapy*. New York: Oxford University Press.
- Crozier, W & Alden, L. (2001). *International Handbook of social Anxiety. Concepts, Research and Interventions Relating to the Self and Shyness*.England: Willey.
- Essau, C., Conradt, J., Peterman, F. (1999). Frequency and comorbidity of social phobia and social fears in adolescents. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 831-843.
- Gouveia, J.G (s/d). *Ansiedade Social: da timidez à fobia social*. Coimbra: Quarteto.
- Hackman, A., Surawy, C., & Clark, D. (1998) Seeing yourself through others' eyes: a study of spontaneous occurring images in social phobia. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 26, 3-12.
- Heimberg, R., & Barlow, D. (1991). New developments in cognitive-behavioral therapy for social phobia. *Journal Clinical Psychiatry*, 52, 21-30.
- Heimberg, M., & Hope, D. A. (1993). The revised stroop color-naming task in social phobics. *Behavior Research Therapy*, 31, 3, 305-313.
- Herjanic, B., & Reich, W. (1997). Development of a structured psychiatric interview for children: Agreement between child and parent on individual symptoms. *Journal of Abnormal Child Psychiatry*, 25, 21-31.
- Hodges, K., Cools, J., & McKnew, D. (1989). Test-retest reliability of a clinical

- research interview for children: The Child Assessment Schedule (CAS). *Psychological Assessment: Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1, 317-322.
- Hope D., Heimberg, R., & Klein, F. (1990) Social anxiety and the recall of interpersonal information. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 4, 185-195.
- Kasper, S (1998). Social phobia: the nature of the disorder. *Journal of Affective Disorders*, 50, S3-S9.
- Kovacs, M. (1985). The interview schedule for children (ISC). *Psychopharmacology Bulletin*, 21, 991-994.
- Last, C., Perrin, S., Hersen, M., & Kazdin, A. (1992). DSM-III-R anxiety disorders in children: Sociodemographic and clinical characteristics. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 928-934.
- Magee, W., Eaton, W., Wittchen, H., McGonagle, K., Kessler, R. (1996). Agoraphobia, simple phobia, and social phobia in the National Comorbidity Survey. *Journal of Psychiatry*, 53, 159-168.
- Mattick, R., & Peters, L. (1988) Treatment of severe social phobia: Effects of guided exposure with and without cognitive restructuring. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 251-260
- Mattick, R., Peters, L., & Clarke, J. (1989). Exposure and cognitive restructuring for social phobia: a controlled study. *Behavior Therapy*, 20, 3-23.
- Ost, L. (1987). Age of onset in different phobias. *Journal of Abnormal Psychology*, 96, 223-229.
- Rapee, R. (2000). Group treatment of children with anxiety disorders: Outcome and predictors of treatment response. *Australian Journal of Psychology*, 52, 125-129.
- Salkouskis, P.M. (1996). *Frontiers of Cognitive Therapy*. New York: The Guilford Press.
- Schaffer, D., Schwab-Stone, M., Fisher, P., Cohen, P., Piacentini, J., Davies, M., Conners, C., & Refier, D. (1993). The Diagnostic Interview Schedule for Children –Revised version (DISC-R): I Preparation. Field testing, interrater reliability and acceptability. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 643-650.
- Schneier, F., Johnson, J., Horning, C., Liebowitz, M., & Weissman, M (1992). Social Phobia: Comorbidity and morbidity in an epidemiologic sample. *Archives of General Psychiatry*, 49, 282-289.
- Silverman, W., Kurtiness, W., Ginsburg, G., Weems, C., Lumpkin, P., & Carmichael, D. (1999). Treating anxiety disorders in children with cognitive- behaviour therapy: A randomised clinical trial. *Journal of*

- Consulting and Clinical Psychology, 67, 995-1003.
- Stein, M. (1997). Phenomenology and epidemiology of social phobia. *International Clinical Psychopharmacology*, 12, 523-526.
- Strauss, C., & Last, C. (1993). Social and simple phobias in children. *Journal of Anxiety Disorders*, 1, 141-152.
- Spence, S., Donovan, C., & Brechman- Toussaint, M. (2000). The treatment of childhood social phobia: The effectiveness of a social competências training based cognitive- behavioural intervention, with and without parental involvement. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 713-726.
- Turner, S., Beidel, D., Cooley, M., Woody, S., & Messer, S. (1994). A multicomponent behavioral treatment for social phobia: social effectiveness therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 381-390.
- Verhulst, F., Van der Ende, J., Ferdinand, R., & Jasius, M. (1997). The Prevalence of DSM-III-R diagnosis in a national sample of Dutch adolescents. *Archives of General Psychiatry*, 54, 329-336.
- Weissman, M., Bland, R., Canino, G., Greenwald, S., Lee, C., Newman, S., Rubio- Stipek, M., & Wickramanate, P. (1996). The cross-national epidemiology of social phobia: a preliminary report. *International Clinical Psychopharmacology*, 11, 9-14.
- Wittchen, H., & Belloch, E. (1996). The impact of social phobia on quality of life. *International Clinical Psychopharmacology*, 11, 15-23.

Adolescência e estilos de vida activos e saudáveis

Susana Veloso & Margarida Gaspar de Matos

Introdução

No decurso dos primeiros anos de vida, a actividade física tem um papel fundamental no desenvolvimento físico, social e mental. Todas as formas de actividade física assumem um papel importante em cada etapa, seja através da brincadeira informal, de jogos e actividades livres, da educação física, do desporto, do transporte a pé ou de bicicleta, ou do exercício mais formal. Os bebés aprendem e desenvolvem capacidades através da brincadeira; as crianças mais novas desenvolvem as competências sociais essenciais através do jogo com as outras; e as crianças mais velhas e os adolescentes desenvolvem competências básicas, como a compreensão das regras e aceitação dos membros da equipa através do desporto e da educação física (Logstrup et al., 2001). Contudo, se a actividade física era, há uma geração, uma parte natural da vida das crianças, os profissionais de saúde questionam se crianças e adolescentes praticam actualmente actividade física suficiente para um desenvolvimento saudável (Kemper, 1994).

Uma análise dos dados do HBSC 2001/2002 considera que, mesmo nos países com maiores índices de actividade física, pouco menos de 50% dos jovens não segue as recomendações de actividade física (Currie, Roberts, Morgan, Smith, Settertobulte et al., 2002). A quantidade de actividade física proporcionada pela educação física na escola também decresceu em muitos países. E, fora da escola, as oportunidades de uma actividade no dia-a-dia são escassas. Isto deve-se a uma combinação de factores como a baixa disponibilidade, a segurança e acessibilidade dos espaços para a actividade, a falta de apoio dos adultos, de supervisão e orientação, o aumento da popularidade do carro como meio de transporte e do computador ou televisão como forma de recreação.

Um estilo de vida activo tem, directa e indirectamente, benefícios na saúde dos jovens. Directamente através da prevenção da obesidade ou excesso de peso, ajudando a desenvolver ossos e articulações saudáveis, um coração eficiente, promovendo uma boa saúde mental e indirectamente estabelecendo estilos de vida saudáveis que poderão ser mantidos na fase adulta (Logstrup et al., 2001). Por outro lado, a participação no exercício e desporto pode também aumentar a integração social, a tolerância cultural, e compreensão das diferenças étnicas e respeito pelo ambiente (Logstrup et al., 2001).

Abordamos, em primeiro lugar, os aspectos inerentes ao desenvolvimento dos adolescentes nas suas dimensões, física, intelectual e, sobretudo, sócio-afectiva, e

em segundo lugar, os factores de influência dos estilos de vida activa dos adolescentes numa perspectiva de exploração das variáveis susceptíveis de influenciar a promoção da saúde através de estilos de vida activos.

Desenvolvimento do adolescente

A adolescência engloba uma acção combinada entre as modificações biológicas, sociais, cognitivas e os contextos, como a família, a escola, o grupo de pares e a comunidade, em que os jovens vivem as exigências e as oportunidades para o seu desenvolvimento. A prática de actividade física constitui, também, um contexto de promoção e desenvolvimento de aptidões sociais e comportamentos interpessoais adequados e de um sentimento de pertença a um grupo de referência, tão fundamental para a saúde psicológica e emocional dos adolescentes.

Desenvolvimento físico

As transformações físicas/biológicas englobam as alterações do tamanho e forma do corpo, que provocam algumas dificuldades na auto-imagem individual. As mudanças biológicas decorrentes da puberdade são grandes e relativamente rápidas. O crescimento em altura é particularmente evidente, a forma do corpo altera-se, a capacidade física aumenta e inicia-se a sexualidade, a intimidade, no fundo, a maturidade sexual (Claes, 1985).

O crescimento em altura deve-se, essencialmente, ao crescimento dos ossos longos. Comparando ambos os géneros, constata-se que o surto de crescimento físico ocorre, em média, mais tarde nos rapazes. Devido a este crescimento rápido e alternado das diferentes partes do corpo – que ocorre de forma diferente no rapaz e na rapariga – existe uma fase em que o adolescente parece descoordenado e pouco proporcionado, sendo importante estar atento à forma como encara as alterações na sua imagem e aparência física, que muitas vezes são vividas com um certo dramatismo. Nos rapazes, os ombros tornam-se mais largos, em comparação com as ancas, e as pernas são relativamente longas quando comparadas com o comprimento do tronco. Por sua vez, as raparigas evidenciam ombros relativamente estreitos, ancas largas e pernas mais curtas, comparativamente ao tronco (Sprinthall & Collins, 1994).

Verifica-se também uma mudança significativa na capacidade de esforço físico. Há um aumento da força, que advém do desenvolvimento da capacidade muscular. Também aumenta o tamanho e a capacidade do coração e dos pulmões. Os adolescentes ficam, então, mais aptos para actividades físicas mais exigentes, embora de forma mais acentuada nos rapazes. Todavia, a capacidade de desempenho de trabalhos vigorosos depende mais do treino e do desempenho de da profissão/actividade, do que do género (Sprinthall & Collins, 1994).

A adolescência é um processo que tem sofrido alterações ao longo da história das

gerações. Nos últimos cem anos, tem-se assistido a um início cada vez mais precoce da puberdade e a um crescimento mais rápido das crianças e dos adolescentes. Os rapazes e raparigas do mundo ocidental são mais altos, mais pesados e mais maduros do que os seus antepassados (Ribeiro, 1990b cit. in Lima, 2000). A altura média tem vindo a aumentar dois a três centímetros em cada década, assim os adolescentes dos anos 80 são 16 a 24 centímetros mais altos do que os do início do século (Sprinthall & Collins, 1994).

Segundo Hamburg (1999), a adolescência, não só se inicia mais cedo, como se prolonga durante mais anos, devido à melhoria das condições de vida e às mudanças sociais. Verifica-se que, apesar de os organismos amadurecerem rapidamente, o mesmo não acontece com o cérebro que só alcança a maturação social perto dos 20 anos. A percepção das regras do mundo adulto não é fácil, dado que os modelos não são tão claros como anteriormente, alguns modelos de comportamento seguidos pelos adolescentes não reflectem uma conduta social tão linear e fiável como anteriormente e esta maior complexidade dificulta a previsão do futuro. A erosão da família, cada vez menos tempo junta, os pais cada vez mais tempo fora de casa, o aumento das famílias mono-parentais e a falta de apoio social da rede de trabalho, são uma evidência cada vez maior. Para além disso, os adolescentes têm cada vez mais acessos a mecanismos potencialmente ameaçadores da vida, como certas actividades e substâncias.

Todavia, apesar das mudanças da sociedade, algumas das necessidades características da adolescência têm resistido e revelam-se cruciais no desenvolvimento saudável (Hamburg, 1999). São exemplo a necessidade de um lugar seguro no grupo que lhes forneça um sentimento de pertença; a necessidade de identificação/adopção de tarefas importantes e reconhecidas no grupo e que garantam o respeito; a necessidade de se sentir uma pessoa válida; a necessidade de segurança nos relacionamentos e em especial nos mais próximos.

Os efeitos psicológicos da puberdade

As transformações da puberdade têm efeitos psicológicos que são mediados, não só pela reacção emocional do próprio adolescente, como pela resposta dos outros significativos e do contexto social. Embora a puberdade seja uma experiência basicamente biológica tem efeitos a outros níveis: psicológico, intelectual e social. A forma como o adolescente encara e constrói toda a sua experiência de maturação é determinada pelas normas e padrões sócio-culturais e pelas expectativas sociais. Esta fase é, inevitavelmente, acompanhada por sentimentos que influenciam o modo como o adolescente se vê a si próprio e como responde aos outros e ao meio (Sprinthall & Collins, 1994). O adolescente, confrontado com uma imagem de si que está em constante mutação, reage às alterações do corpo, estando também atento às reacções e atitudes dos outros, que são

fundamentais para a construção positiva de uma visão de si e para a sua identidade sexual. A maturação biológica tem efeitos consideráveis no adolescente, reflectindo as reacções sócio-culturais à puberdade. Poderá parecer que os adolescentes que atingem mais precocemente o tamanho e aparência de adultos tenham facilitada a entrada e adaptação à vida adulta. No entanto, é possível que a maturação precoce possa levar a que assumam papéis e responsabilidades para que não estejam preparados. Os rapazes que se desenvolvem mais cedo são vistos pelos outros (adultos e pares) como mais atraentes e competentes. Pelo contrário, os que se desenvolvem mais tardiamente são percebidos como mais tensos, ansiosos, faladores e desinibidos (Sprinthall & Collins, 1994). No que concerne às raparigas, as que se desenvolvem mais precocemente parecem ser mais introspectivas, mais inseguras, menos equilibradas, mais submissas e ponderadas do que as colegas da mesma idade. As que experimentam uma puberdade mais tardia mostram-se superiores na capacidade de expressão, na actividade, sociabilidade, liderança, prestígio e popularidade.

A imagem corporal

A imagem corporal expressa na satisfação do adolescente com o seu corpo e com as respectivas alterações e é primordial para o sentimento de valorização pessoal e auto-estima. Os adolescentes têm geralmente uma percepção correcta do seu corpo embora, nalguns casos, a aparência possa acarretar insatisfação e sofrimento. Esta população é particularmente sensível aos estereótipos, aos ideais e padrões de beleza e elegância vigentes, sendo que o grau de proximidade/afastamento catalisa reacções mais ou menos negativas. A preocupação com a aparência física e o peso é muito maior nas raparigas do que nos rapazes o que torna a vivência da adolescência especialmente difícil para elas. Nos rapazes, a atenção centra-se no desempenho físico e intelectual (Pinto Gouveia, 2000 cit in Soares, 2000).

Desenvolvimento intelectual

A aceleração somática na puberdade é isolada, ou seja, a evolução do psiquismo não segue o ritmo de evolução do corpo. As mudanças na esfera intelectual permitem compreender e atribuir um significado particular às outras transformações. É a nova capacidade de pensar que proporciona ao adolescente a avaliação e gestão de muitas das transformações ocorridas.

O início do pensamento formal, a capacidade de distinguir o subjectivo do objectivo e o eu do outro são aspectos determinantes na forma como os adolescentes se vêem e se compreendem. O sistema de valores sofre modificações, uma vez que o adolescente já é capaz de elaborar um tipo de reflexão diferente da utilizada até então (ligação entre o desenvolvimento moral e

o desenvolvimento intelectual/cognitivo). A capacidade de pensar sobre diferentes possibilidades torna-o capaz de testar hipóteses e de resolver problemas (Lima, 2000). O raciocínio abstracto desenvolve-se e o adolescente, além de pensar sobre as coisas, pensa sobre os outros, sobre o que acontece à sua volta e sobre si próprio.

No início da adolescência, a capacidade de pensamento e raciocínio pode parecer altamente variável. Há tendências tanto para sobrestimar como para subestimar o nível de funcionamento cognitivo de que o jovem é, realmente, capaz. O adolescente questiona-se sobre si mesmo, sobre as suas sensações e emoções, sobre as suas ideias, sobre as relações que constrói com pares, colegas, pais. Esta capacidade de pensamento sobre si próprio e de se colocar na “pele dos outros” tem um efeito paradoxal (Lima, 2000). Se, por um lado, consegue pensar sobre os pensamentos dos outros, por outro não o consegue fazer de forma diferenciada e separada do seu próprio objecto de pensamento. Todas as mudanças que atravessa são compreendidas pelos outros, constituindo também parte integrante das suas preocupações – egocentrismo adolescente (Elkind, 1967 cit in Lima, 2000).

A construção da identidade

A maioria dos autores considera que o maior desafio é o desenvolvimento e construção da Identidade. Erickson (1972) reconheceu a adolescência como um estágio por direito próprio, o que significa que os adolescentes são reconhecidos como pessoas com características específicas. O processo de formação da identidade é encarado como integrador das transformações individuais, das exigências sociais e das expectativas em relação ao presente e futuro. Ou seja, é um processo que assenta na interacção entre o sentido de unidade que o adolescente possui, enquanto ser em desenvolvimento, e o reconhecimento e confirmação desse carácter único pela sociedade adulta. A identidade é algo uno, com características dinâmicas e adaptáveis e que permanece para além da passagem do tempo (Erickson, 1972). A construção da identidade é um processo complexo que acompanha o ciclo de vida. Neste processo, a construção biológica, a organização pessoal da experiência e o meio cultural dão significado, forma e continuidade à existência (Kroger, 1989 cit in Lima, 2000).

O desenvolvimento do indivíduo é determinado e ocorre num contexto social marcado pelas relações interpessoais, pela interacção com a família, com as instituições sociais e com a cultura num momento histórico particular. A base da personalidade adulta é constituída pelo conceito do eu. Assim sendo, uma boa base determinará uma sólida identidade pessoal, ao passo que uma base instável originará uma identidade difusa.

A adolescência exige e confronta o indivíduo com um conjunto de tarefas psicossociais, cuja concretização deve contribuir para a formação de uma

identidade coerente, em oposição a um sentimento de difusão da identidade (Coleman, 1980a). A formação da personalidade tem uma dupla função: desenvolvimento da individualidade de uma forma consistente, por um lado, e enquadramento da individualidade na sociedade, por outro, dado que esta a reconhece, conferindo-lhe estatuto e posição social. O adolescente descobre que pode estabelecer relações diferenciadas com os outros e com os pares, conhece novas realidades e experimenta novos papéis. Assim, o processo de formação e construção da identidade tem fases e ritmos particulares que acompanham, gradualmente, a resolução dos problemas psicossociais inerentes à adolescência. É de particular importância para a formação da identidade o desenvolvimento da cognição social o que, no fundo, não é mais do que a capacidade para perceber e agir de acordo com as ideias e sentimentos, próprios e dos outros, e que é fundamental para a obtenção da maturidade psicológica (Sprinthall & Collins, 1994).

Desenvolvimento sócio-afectivo

O desejo e a luta pela autonomia constituem uma tarefa crucial. Dentro e fora da família, o adolescente vai tentar expressar a sua diferença e independência. Para isso, intensifica a sua relação com o mundo social, exterior à família, que inclui a escola, a comunidade e os pares (Menezes, 1990 cit in Lima, 2000). O processo de conquista de autonomia e individualização afecta de modo particular as relações com a família, com os pares e os outros em geral, conduzindo a modificações importantes na esfera interpessoal. Há como que um movimento centrífugo em relação à estrutura familiar, estabelecendo fortes relações com os pares (Youniss, 1980 cit in Lima, 2000), apesar de continuar a necessitar de apoio e suporte familiar (Weiss, 1982 cit in Soares, 1996). De facto, na adolescência, a dimensão cognitivo-afectiva da relação com a família permanece intacta e a sua expressão comportamental é que se altera, diminuindo (Weiss, 1982; Paterson, Field & Pryor, 1994 cit in Lima, 2000).

Tudo isto permite concluir que a autonomia do adolescente e a sua vinculação aos pais constituem processos complementares e igualmente importantes para o desenvolvimento do jovem nas diversas facetas do seu processo de socialização (Soares & Campos, 1988). As relações com os seus pais modificam-se a vários níveis: em termos de estrutura, passam de unilaterais a recíprocas e diferenciadas (Youniss & Smollar, 1985 cit in Lima, 2000).

Com o avanço da idade, a permanência em grupo, as saídas, os convívios e o lazer social ganham mais peso, levando a que o adolescente passe cada vez mais tempo fora de casa. Assim, os factores explicativos deste fenómeno são extrínsecos à família (Larson, Richards, Moneta, Holmebeck & Duckett, 1996 cit in Lima, 2000). De acordo com Youniss (1980) o tempo dedicado aos pais é preenchido

com actividades instrumentais e de mestria (cumprimento de regras, desenvolvimento do sentido de responsabilidade); por sua vez, o tempo ocupado com os pares é menos estruturado, é mais lúdico e social. As interacções que estabelece e constrói com os outros são horizontais, diádicas e menos unilaterais.

O grupo de pares

Sendo a família um contexto fundamental para o desenvolvimento do adolescente, não é, de facto, o único. A pertença a um grupo não é uma condição do adolescente e, portanto, é fundamental perceber como se processa a aceitação pelo grupo de pares. É relativamente fácil para os adolescentes a predição das características que facilitam o processo de aceitação pelo grupo de pares, que se centra num conjunto implícito de normas de avaliação dos colegas, definindo a partir delas critérios de inclusão e exclusão do grupo. No entanto, o que é válido para um grupo pode não o ser para outros (Sprinthall & Collins, 1994). A atracção física e outros padrões de comportamento (amizade, sociabilidade e competências) constituem normas que regulam a aceitação social. Atitudes desviantes e comportamentos negativos conduzem habitualmente a situações de rejeição social, apesar de não haver características que por si só garantam a aceitação ou a rejeição social.

Os pares contribuem de forma positiva para o desenvolvimento do adolescente. Juntamente com a família e a escola, constituem os principais contextos de desenvolvimento de competências fundamentais para o crescimento e adaptação à vida adulta. Os adolescentes dedicam a maior parte do tempo ao investimento da relação com os pares. Há um “alargamento do mundo social” devido ao maior número e à diversidade de contactos sociais (Sprinthall & Collins, 1994, p. 359). No entanto, todas as experiências sociais vividas pelos adolescentes são fortemente influenciadas pelas disposições e normas existentes. No confronto com as mudanças físicas e corporais, o adolescente experimenta novas sensações, procurando lidar e adaptar-se a uma nova imagem de si. É preciso gerir a nova imagem e o impacto que ela tem em si próprio e nos outros (Coleman, 1980b cit in Lima, 2000). Os pares, obviamente, passam pelo mesmo e, por isso, a mútua afinidade e compreensão.

O adolescente, ao longo do processo de crescimento e maturação, vai-se envolver em diversos tipos e níveis de relação com os pares (de amizade, sociais de grupo, amorosas). O desenvolvimento cognitivo influencia muito o modo como as relações com os pares são construídas e vividas, tornando-se mais íntimas, de maior mutualidade e reciprocidade (Berndt, 1982). A construção de relações com os pares, a aceitação e integração num grupo de referência obedecem a uma estrutura organizada e sujeita a regras. As relações de grupo são fundamentais ao processo de socialização do adolescente (Hartup, 1983) e, à medida que cresce,

vai deixando de dar tanta importância ao pequeno grupo de pares da mesma idade e género, privilegiando a participação e organização de actividades sociais em grandes grupos de ambos os géneros. Contudo, popularidade e aceitação social são conceitos distintos. Estudos demonstram que adolescentes de ambos os géneros e de todos os níveis de escolaridade com traços de popularidade parecem mais joviais, simpáticos, entusiastas e dinâmicos (Coleman, 1980), sendo a atracção física um atributo importante para a popularidade e estatuto social (Sprinthall & Collins, 1994). Para os rapazes, a capacidade e proeza atlética também são um atributo importante e relevante. A competência social, isto é, a facilidade com que se envolvem na organização de actividades de grupo, parece constituir também um preditor da popularidade, principalmente quando mediada por outras competências, tais como a capacidade de relacionamento empático nas raparigas e um locus de controlo interno nos rapazes (Adams, 1983 cit in Lima, 2000). Nos rapazes, a popularidade relaciona-se mais com o sucesso no exercício de uma actividade desportiva, enquanto que nas raparigas é mais determinante a pertença a um grupo liderante (Sprinthall & Collins, 1994). De acordo com Sprinthall e Collins (1994), a influência dos pares sobre o adolescente pode classificar-se em dois tipos: informal e normativa. No primeiro tipo, os pares funcionam como fontes/recursos de conhecimentos acerca dos padrões comportamentais, atitudes, valores e respectivas consequências; no segundo tipo, os pares exercem uma pressão social para que o adolescente se comporte de acordo com os padrões que regulam as acções/comportamentos. Os dois tipos de influência desempenham um papel importante no desenvolvimento de uma consciência do eu por parte do adolescente, enquanto membro de um grupo social

A Comparação Social de comportamentos e capacidades entre os seus pares pode ter consequências positivas e negativas para o adolescente. A mais evidente é a conformidade, ou seja, a adopção dos mesmos comportamentos e atitudes dos pares, que varia consoante os contextos. O estatuto e a posição social dentro do grupo de pares influencia também o grau de conformismo manifestado (Sprinthall & Collins, 1994), sendo os de estatuto elevado e baixo pouco conformistas. A opinião dos pais é mais requisitada e valorizada para áreas que se relacionam com a escola e/ou carreira vocacional. Por sua vez, os pares são solicitados para decisões de âmbito social e pessoal (leituras, música, roupas) (Wills, 1996 cit in Lima, 2000).

A importância dos pares no contexto da actividade física

Se, segundo Alan Smith (2003), as experiências de actividade física com qualidade promovem o compromisso e a adesão a uma vida activa, facilitando o desenvolvimento moral e social, as competências motoras, as auto-percepções e

os afectos positivos, é inegável a importância das relações entre pares no desenvolvimento e sucesso da actividade física.

Têm sido desenvolvidos estudos sobre a actividade física dos jovens por muitos psicólogos do exercício e desporto (e.g. Duda, 1987; Gould, 1996; Sallis & McKenzie, 1991; Weiss & Bredemeier, 1983), proporcionando um maior entendimento sobre os factores que contribuem para a qualidade das experiências de actividade física. A revisão da literatura sugere que os treinadores, os professores, os pais e os pares estão entre aqueles que modelam as experiências de actividade física, embora muitos estudos augurem que exista um melhor entendimento da influência social que ainda está por explorar (cit. in Smith, 2003).

A maioria dos estudos sobre a influência social na actividade física e desporto dos jovens tem focado o papel dos adultos como primordial. No entanto, a discrepância de estudos sobre os pares relativamente aos agentes adultos, fazem-nos colocar muitas questões relevantes para investigação. Experiências entre jovens em contextos de actividade física podem ser exploradas em vários níveis de complexidade social, partindo de uma orientação individual e social, percepção sobre as interacções, relacionamentos e processos ao nível do grupo (Rubin, Bukowski, & Parker, 1998). Apesar de se procurar abordar todos estes níveis, é de particular relevância, nas relações entre os pares no contexto da actividade física, o relacionamento entre dois indivíduos familiarizados, com uma história caracterizada por sucessivas interacções (Rubin et. al, 1998). Assim, o estudo da amizade e aceitação dentro de grupos de pares familiarizados deverá ser enfatizado (cit. in Smith, 2003).

A participação desportiva organizada é uma forma comum de envolvimento na actividade física para as crianças e jovens adolescentes. No entanto, para compreender a qualidade das experiências de actividade física, é importante analisar os motivos que levam à participação dos jovens. Extensos estudos empíricos entre 1970 e 1980 avaliaram a importância de uma variedade dos motivos, tais como divertimento/satisfação evidente e regular, desenvolvimento de competências, aceitação social e filiação, condição física e aparência (Weiss & Ferrer-Caja, cit in press). Todos estão relacionados entre si, quer empírica quer teoricamente, e sugerem que as relações entre pares são o elemento-chave da experiência desportiva dos jovens. A aceitação social e filiação aparecem como fonte de divertimento (Scanlan, Stein & Ravizza, 1989) e têm sido associadas à percepção e à competência física (Evans & Robert, 1987; Weiss & Duncan, 1992) (cit. in Smith, 2003). Para além disso, tanto a competência atlética como a aparência física são vistas pelos jovens como elementos determinantes para o estatuto social (Chase & Dummer, 1992)

Discussões sobre a prontidão psicológica para a competição desportiva

evidenciam também a importância do papel dos pares no domínio físico, em que marcadores motivacionais e cognitivos da prontidão estão intimamente relacionados com o desejo de comparação social e capacidade de julgamento das próprias competências (Brustad et al., 2001; Passer, 1996). Enquanto as crianças podem ser envolvidas nos programas desportivos de competição pelos seus pais, antes mesmo de estar motivadas a participar, elas começam a desenvolver um interesse distinto na comparação social que, em contextos de realização como o desportivo, assumem para si um especial significado. Ainda de acordo com Passer (1996), este interesse deve ser razoavelmente desenvolvido por volta dos sete anos e intensifica-se para o fim da infância. Em correspondência, capacidades cognitivas, como desempenho de papéis e capacidade de compreensão dos resultados do desempenho, desenvolvem-se ao longo desses anos. Até aos 12 anos, o jovem não está ainda capacitado a distinguir entre esforço e capacidade como contributos dos resultados. No entanto, esta capacidade amadurece durante a infância. À medida que estas capacidades se desenvolvem, o jovem deixa de confiar predominantemente na informação sobre competência física dada pelo adulto para confiar na avaliação e comparação com os pares (Horn & Hasbrook, 1986; Horn & Weiss, 1991) (cit. in Smith, 2003). Dada a ligação entre a comparação social e a prontidão motivacional para a participação desportiva, que aumenta a importância dos pares para a percepção de competência ao longo da infância, poderá ser útil a investigação, com vista a uma melhor compreensão da relação entre pares neste contexto.

Todavia, os pares não são apenas importantes para a aquisição de informação sobre a competência nos contextos de desporto competitivo, são igualmente importantes de forma mais genérica para o ajustamento psicológico, assim como para o desenvolvimento social e moral. Sullivan (1953) teorizou que a aceitação entre pares em geral modela a percepção de autoridade e a perspectiva da competição e compromisso, enquanto que amizades específicas permitem aos jovens compreender o “eu” e o “outro” e providenciam oportunidades para a intimidade e valorização .

Estas perspectivas têm sido apoiadas por psicólogos desenvolvimentistas, ligando as relações entre pares com o afecto, a sociabilidade, a agressão, resolução de conflito e outras variáveis desenvolvimentais (Newcomb & Bagwell, 1995; Newcomb, Bukowski & Patte, 1993). Contextos de actividade física, tais como o desporto organizado, a educação física, e jogos na vizinhança, providenciam oportunidades de interacção entre pares e servem como importante contexto para o desenvolvimento. Estes contextos fornecem, por exemplo, oportunidades para a comparação social e expõem os jovens a diferentes pontos de vista (Smith, 2003). Deste modo, justifica-se um exame cuidadoso das relações entre pares nos contextos de actividade física, estando os pares relacionados com a competência,

auto-percepção, desenvolvimento moral e afectivo e resultados motivacionais (Brustad et al., 2001 cit. in Weiss et al., 1996). Outras investigações no domínio da actividade física têm relacionado a competência física com a competência social ou aceitação. Chase e Dummer (1992) examinaram jovens do 4º e 6º ano (8 – 13 anos) nas suas percepções sobre os factores que contribuem para a popularidade. A competência atlética e a aparência física foram os mais importantes determinantes do estatuto social. Bigelow et al. (1989) examinaram jovens de 9-12 anos envolvidos no desporto e verificaram que a falta de competências era percebida como um factor impeditivo para as relações sociais. Corroborando a percepção dos jovens, Evans e Roberts (1987) relataram que a competência física dos rapazes do 3º e 6º anos está associada à oportunidade de jogar e de liderar durante os jogos nos intervalos e depois com o estatuto social. Os adolescentes mais competentes são mais bem aceites pelos pares, enquanto os jovens com baixas competências recebem menos oportunidade de se divertir com os jogos, de melhorar as competências motoras e ter papéis centrais nos jogos. Este facto tem, provavelmente, um impacto na auto-percepção do jovem como sugere o estudo de Weiss e Duncan (1992) que revela uma relação positiva forte dos índices da percepção de competência física com a percepção da aceitação social entre as crianças entre os 8 e 13 anos.

Exercendo a auto-percepção um papel crucial para a qualidade das experiências de actividade física, e particularmente no processo motivacional, parece tornar-se evidente que a investigação directa sobre a compreensão de como os pares modelam a auto-percepção poderá ser um importante contributo para a literatura em psicologia do desporto e exercício. Estudos sobre o papel dos pares na modelação de competências motoras sugerem que este o é um mecanismo facilitador do aumento das auto-percepções. Tópicos como os efeitos do modelação, a forma como os pares fornecem informação entre si, os efeitos positivos e negativos do uso da comparação social, a avaliação de competências e os processos ao nível do grupo que influenciam a auto-percepção do jovem, são conteúdos importantes para o estudo da actividade física (Smith, 2003).

De acordo com a abordagem de Bandura (1977, 1986) da aprendizagem social, o modelação entre pares também pode ser um mecanismo pelo qual os jovens aprendem atitudes morais e comportamentos. Estudos da psicologia do desporto têm demonstrado que, à medida que a influência dos pares nas atitudes morais e comportamentos se fortalece, os jovens progredem na sua carreira desportiva (cit. in Smith, 2003).

A saúde dos adolescentes

A adolescência é uma etapa do desenvolvimento que implica rápidas modificações físicas, psicológicas, sócio-culturais e cognitivas, na tentativa de

aquisição da autonomia e identidade. Este facto, aliado à multiplicidade de contextos sociais e interpessoais, constitui um conjunto de desafios e de factores de risco para o adolescente que podem ter consequências na sua saúde e no seu ajustamento social e emocional. A adolescência constitui, por isso, um período crítico para o desenvolvimento de comportamentos e atitudes de responsabilidade perante a saúde (Matos, Simões, Canha & Fonseca, 2000).

É na população adolescente que se deve intervir, por excelência, em termos educativos, sociais, psicológicos para a promoção da saúde. Dada a heterogeneidade da população adolescente, é importante ter em conta as especificidades das potencialidades, dos estilos e hábitos de vida, do contexto cultural e social, etc. Os jovens podem e devem participar, juntamente com as suas famílias e pares, nas decisões e acções respeitantes à mudança e promoção de hábitos, de comportamentos de saúde e à qualidade de vida.

Actualmente, a taxa de mortalidade e morbidade nos adolescentes é resultado dos estilos e formas de estar na vida, sendo que os factores de risco de uma atitude e vida saudável se relacionam com o uso de substâncias, a violência e delinquência, a psicopatologia (depressão, distúrbios do comportamento alimentar), a gravidez (DiClemente, Hansen & Ponton, 1996; Lerner, 1998 cit in Matos et al., 2000) e as doenças sexualmente transmissíveis (DiClemente, Hansen & Ponton, 1996 cit in Matos et al., 2000). Contudo, a actividade física quando analisada em conjunto com outros comportamentos de saúde (Bourdeaudhuij & Oost, 1999), constitui-se como único factor de distinção entre grupos de adolescentes com comportamentos saudáveis e não saudáveis (cit. in Matos, Gonçalves, Reis, Simões, Santos et al., 2003).

É importante que os adultos criem condições para que os jovens aprendam e desenvolvam as suas competências pessoais e sociais, a sua capacidade de resolução de problemas e tomada de decisões, de gestão de conflitos interpessoais e de comunicação, de forma a facilitar o desenvolvimento da capacidade de escolha de um estilo de vida saudável (e a sua manutenção).

A promoção da saúde é um processo que permite o aumento da percepção de controlo sobre os determinantes da saúde com vista à melhoria da saúde e qualidade de vida. Comportamentos de saúde são, no fundo, quaisquer actividades, qualquer que seja o estado de saúde real ou percebido, com o objectivo de proteger e de manter a saúde, quer seja ou não esse comportamento objectivamente eficiente para o fim (WHO, 1986).

Factores de influência do estilo de vida activo na adolescência

O estudo da importância dos estilos de vida activos na saúde e desenvolvimento dos adolescentes, não permitem, por si só, perspectivar as mudanças no sentido da melhoria de ambos os aspectos. Deste modo, considera-se crucial a compreensão

prévia dos diferentes factores que exercem maior ou menor influência sobre a actividade física dos adolescentes, na expectativa de que o conhecimento emergente dos diversos estudos possa emanar uma orientação para o desenvolvimento de intervenções eficazes na mudança de comportamento tão complexo.

Os factores de influência traduzidos nos diversos modelos teóricos são de natureza psicológica, interpessoal, social, ou ambiental, embora nenhum, por si só, seja suficiente para explicar a actividade física. Devemos considerar a forte probabilidade de que diversos factores possam influenciar diferentes pessoas podendo, por sua vez, a força dessa influência em cada indivíduo variar de um momento para outro ou ao longo das diferentes fases do seu desenvolvimento: infância, idade adulta e terceira idade (Sallis & Owen, 1999).

Outros estudos recentes têm procurado abordagens ainda mais alargadas utilizando modelos sócio-ecológicos (Owen, Leslie, Salmon & Fotheringham, 2000), que procuram integrar a teoria sócio-cognitiva e os modelos ecológicos, privilegiando o estudo das influências intra-pessoais, sociais e ambientais sobre os comportamentos, neste caso, a actividade física (cit. in Sallis & Owen, 1999; Mota & Sallis, 2002).

Factores demográficos e psicológicos: o género e idade

O estilo de vida activo parece muito diferenciado nos rapazes e raparigas e assim como entre adolescentes de diferentes idades. A idade e o género representam importante preditores na distinção de muitas actividades sociais especialmente a partir da adolescência, sendo a actividade física um bom exemplo.

Numa meta-análise sobre os diversos estudos relacionados com os determinantes da actividade física em crianças e adolescentes, concluiu-se que a maioria demonstra que os rapazes são mais activos do que as raparigas e que a actividade física diminui drasticamente com a idade, sendo o decréscimo mais notório nas raparigas (Sallis, Prochacka & Taylor, 2000). Na Finlândia, um estudo de Telama e Silvennoinen (1979), usando uma amostra de 3000 jovens, com idades compreendidas entre os 11 e 19 anos, revelou alterações na motivação para a actividade física em função da idade e género (cit. in Biddle, 2001). Os rapazes e adolescentes mais jovens demonstraram maior interesse em alcançar o sucesso na competição. Entre os adolescentes mais velhos, poucos são os que mostraram interesse neste factor, estando mais motivados para o relaxamento e recreação. A motivação para a condição física é mais forte nos interessados pelo desporto e que participam nas actividades dos clubes desportivos. Contudo, este motivo para a condição física não é importante para os jovens de 18-19 anos, ou para aqueles desinteressados ou inactivos em desporto. Estas conclusões têm sérias implicações na forma como promovemos a actividade física nos jovens e ilustra a necessidade

de distinguir o desporto do exercício e da actividade física (Biddle, 2001), dirigindo as intervenções para a promoção de estilos de vida activos e não só para o aumento da prática de actividade física mais estruturada.

Segundo Mota e Sallis (2002), referindo-se a diversos estudos, as diferenças de género podem ser explicadas por distintas influências sociais em ambos os géneros: os rapazes são mais encorajados a praticar actividade física, têm maiores e diferentes oportunidades fora da escola e revelam experiências de actividade física mais positivas do que as raparigas. De facto, já em 1993, Sallis et al. numa revisão, registaram que, quando usado o auto-registo, 14% dos rapazes se referem mais activos do que as raparigas, e quando utilizados monitores de frequência cardíaca, 23% dos rapazes são mais activos. De forma mais indirecta, outro estudo reforça a mesma ideia, demonstrando que os rapazes participam mais em actividades de risco (e.g. exteriores e desportos) e as raparigas em actividades de lazer de natureza cultural, social e educacional (Weinberg, Tenenbaum, McKenzie, Jackson, Anshel, Grove & Fogarty, 2000).

Em Portugal, vários estudos têm vindo a demonstrar a mesma relação para o género e idade (Matos, Simões & Canha, 1999; Matos, Carvalhosa & Dinis, 2001; Currie et al., 2002; Matos et al., 2003). De facto, são os rapazes e os adolescentes mais novos que praticam mais actividade física; são também os rapazes (48.9%) e os mais novos (41.5%) que referem pratica de actividade física 4 a 7 vezes por semana; a prática regular é maior nos rapazes e nos jovens mais novos; para além disso, entre 1998 e 2002 nota-se uma descida significativa da prática de actividade física (Matos et. al, 2003). O relatório internacional do estudo do HBSC de 2001/2002 revela que os rapazes praticam em média uma hora ou mais de actividade física em 4.1 dias por semana, contra 3.5 dias nas raparigas. Portugal situa-se no fim da lista, pois os rapazes praticam em média 3.8 dias e as raparigas 3 dias; e os adolescentes mais novos (11 anos) praticam 3.65 dias enquanto que os jovens mais velhos (15 anos) praticam apenas 3.05 dias.

Todavia estudos mais recentes apontam para um decréscimo da actividade física mais acentuada nos rapazes do que nas raparigas, nomeadamente estudos que incidem sobre as populações americana e finlandesa (Mota & Sallis, 2002). De facto, as diferenças entre géneros esbatem-se quando a diferença entre activos e inactivos se baseia na duração e não na intensidade da actividade física (Stephens e Craig, 1999 cit. in Mota & Sallis, 2002). Por outro lado, alterações profundas no papel social da mulher têm como consequência um aumento da percentagem de mulheres activas, comparativamente aos homens (Sallis et al., 2000).

Relativamente à idade, o declínio parece ser mais acentuado quanto mais intensa e exigente em termos de motivação for a actividade (Sallis et al., 2000). Matos (1994) considera que a diminuição da actividade física dos adolescentes não é linear, estando relacionada com períodos de abandono escolar e ingresso no

mundo do trabalho, tendo uma tendência igual nos dois géneros.

Segundo Mota e Sallis (2002), muito embora se assista recentemente a um aumento significativo da actividade física nos indivíduos do género feminino, os maiores índices permanecem no género masculino. Os mesmos autores concluem que, relativamente à idade, o problema é mais grave no seio dos adolescentes do que entre as crianças. Apesar de a actividade física na infância ser um predisponente fundamental para uma prática futura, parece que os adolescentes são uma população-alvo privilegiada para intervenções que valorizem a actividade física nos tempos livres, nos períodos pós-escola e aos fins-de-semana (Mota & Sallis, 2002).

Estatuto sócio-económico

A actividade física dos adolescentes parece receber alguma influência do estatuto sócio-económico. Embora não constitua tarefa fácil separar os efeitos do estatuto sócio-económico da etnicidade, constatou-se que os jovens de maior estatuto sócio-económico (ESE) tinham acesso a mais programas dentro e fora da escola (Sallis & Owen, 1999). Num estudo realizado nos EUA, verificou-se que os alunos da universidade com elevado ESE tinham mais aulas de educação física, relatavam mais actividade nessas aulas e participavam mais em desporto de equipa e actividades relacionadas com as aulas (Sallis, Zakarian, Hovell & Hofstetter, 1996).

O ESE mediado pelo trabalho (associado às habilitações literárias e aos rendimentos), segundo (Sallis et al., 1996), condiciona as actividades de lazer do indivíduo, nomeadamente a actividade física, dado que o custo económico inerente pode ser um factor explicativo da maior participação em diversas actividades, das famílias de classes médias, relativamente às classes mais baixas. De facto, o baixo ESE restringe, em termos financeiros, não só o meio de transporte para os locais de prática, como a associação e participação em grupos formais de actividade e o tempo livre disponível para práticas regulares de actividade física (Sallis et al., 1996).

Num estudo Português (Matos et al., 2001), concluiu-se que os jovens que praticam desporto afirmam com maior frequência que o pai tem uma profissão de nível “bom” (e.g. chefia, quadro superior, profissão liberal). Contudo, os estudos disponíveis não têm identificado de forma clara os processos pelos quais o ESE influencia a actividade física dos jovens, apresentando conclusões que não são consensuais (Sallis et al., 2000). Assim sendo, Mota e Sallis (2002) reconhecem que, embora a investigação não reúna consenso, existem factores que são determinados pelo ESE, tais como, o interesse dos pais pela participação dos filhos, o acesso aos equipamentos, aos programas e locais de prática e a participação em determinados tipos de actividade física ou desportiva. Para além

disso, as crianças e adolescentes de ESE mais elevado são, de facto, mais activos que os restantes.

Obesidade

Nos últimos vinte anos, tem-se assistido a um aumento da obesidade e excesso de peso nas crianças, principalmente dos países industrializados (WHO, 1998; Booth, Chey, Wake et al., 2003; Ogden, Flegal, Carroll, Johnson, 2002; Tremblay, Jatzmarzyk, Willms, 2002 cit. in Janssen, Craig, Boyce, Pickett, 2004). Segundo alguns autores, esta tendência oscila entre 18 e 30% na população infantil e juvenil (Keller e Stevens, 1996 cit. in Mota & Sallis, 2002). No Canadá a prevalência da obesidade ou excesso de peso nos jovens entre 7 e os 13 anos era, em 1981, de 12% tendo aumentado para 30% em 1996 (Tremblay, Jatzmarzyk, Willms, 2002 cit. in Janssen et al., 2004). Nos Estados Unidos, as crianças são o segmento da população obesa ou com excesso de peso que mais cresceu (Flegal, Triano, 2000; *ibidem*).

Em Portugal, a situação não é diferente. De 1985 a 2001 o problema aumentou 19% na população em geral (Teixeira, 2002 cit. in Mota & Sallis, 2002), e nas crianças e jovens, em particular, alguns estudos apontam para uma percentagem muito elevada de alunos com excesso de peso, ou mesmo obesidade (Sardinha et al. 1999), sendo mais notória nas crianças entre os 8 e os 10 anos de idade (Mota et al., 2000; *ibidem*).

A relação entre a obesidade ou excesso de peso e a prática de actividade física na adolescência pode ser vista de duas formas distintas: se, por um lado, a falta de actividade física pode levar a aumentos de gordura corporal, por outro lado, há que ter em conta que os jovens obesos são menos activos (Delgado & Tercedor, 2002). Neste sentido, a diminuição da actividade física poderá ser tanto a causa como o efeito do aumento de peso ao longo da vida e, portanto, diferentes avaliações teriam de ser feitas para chegar a uma relação causal estável (Voorrips et al., 1992 cit. in Mota & Sallis, 2002). Todavia, há que considerar a irrefutabilidade desta relação causal como um alerta para a urgente necessidade de concretizar medidas no âmbito da saúde pública. Dos diversos estudos sobre esta questão ressalta a conclusão de que: a obesidade na infância conduz a uma variedade de problemas de saúde; o excesso de peso nas crianças está associado a uma incidência da diabetes tipo II e a factores de risco das doenças cardiovasculares; os jovens obesos ou com excesso de peso têm maior probabilidade de se tornar adultos obesos; e os adolescentes obesos correm um risco acrescido de morbilidade e mortalidade na idade adulta (Janssen et al., 2004).

Sendo a obesidade uma doença que não responde facilmente ao tratamento, a melhor estratégia, segundo MacKenzie (2000), é a prevenção que se deve centrar

na monitorização do Índice de Massa Corporal (IMC) das crianças e na avaliação dos factores de risco, como os hábitos alimentares e a prática de actividade física (cit. in Matos et al., 2003). De facto, a pratica regular de actividade física e a manutenção um adequado controlo alimentar parecem prevenir a obesidade (Pescatello & Van Heest, 2000 cit. in Mota & Sallis, 2002).

Já em 1991, Ballor e Keeseey sugerem as seguintes conclusões (cit. in Mota & Sallis, 2002):

1) a actividade física pode influenciar favoravelmente o peso e a composição corporal;

2) a perda de peso está directamente relacionada com a intensidade e duração das sessões e programa;

3) os programas mais eficazes, no sentido de regulação do peso a longo prazo, são os que associam a uma dieta hipocalórica um regime de actividade física sistemático.

Finalmente, o problema pode ser analisado como uma questão de desequilíbrio energético em que a adiposidade é o resultado de um inadequado gasto energético face à energia consumida. No que diz respeito ao gasto energético, para além dos distúrbios fisiológicos e metabólicos que possam contribuir, a obesidade deve-se, em grande parte, à falta de actividade física (Baranowski et al., 2003).

Factores psicológicos

As correlações consistentes entre os factores psicológicos e a actividade física dos adolescentes são escassas, e a maioria delas estão também correlacionadas com a actividade física no adulto (Sallis & Owen, 1999). Entre os factores psicológicos podemos encontrar os cognitivos (i.e, a percepção de auto-eficácia, a percepção de barreiras e benefícios e as intenções); os factores emocionais (i.e, o divertimento, o prazer e os estados de flow); e os factores comportamentais (i.e, o sedentarismo, as formas de ocupação do tempo livre e o estilo de vida).

Percepção de auto-eficácia

A auto-eficácia é a mais forte variável cognitiva correlacionada com o exercício e parece ser o preditor mais consistente do comportamento de exercício em qualquer idade (Sherwood & Jeffery, 2000). Numa revisão, estes autores, referem que a auto-eficácia prediz tanto as intenções para o exercício como outras formas de comportamento de exercício.

Por definição a auto-eficácia é a crença individual na competência ou capacidade de realização de determinada tarefa. Esta crença influencia as actividades que o indivíduo decide realizar, o esforço dispendido e o grau de persistência demonstrado perante dificuldades no desempenho ou situacionais (Bandura, 1986). No contexto do exercício, a auto-eficácia é o grau de confiança que o

indivíduo tem na sua capacidade para ser fisicamente activo perante diversas circunstâncias, ou seja, a eficácia para ultrapassar barreiras (DuCharme & Brawley, 1995).

Os estudos com jovens demonstraram que a auto-eficácia para a actividade física determina fortemente a mudança na actividade física (Reynolds et al., 1990; Trost et al., 1997 cit. in Sallis & Owen, 1999). Relativamente às crianças, apesar de vistas como naturalmente motivadas para a realização, aquelas que têm elevadas percepções de competência em qualquer contexto de realização estão mais motivadas para a participação e empenham-se mais nesse domínio. No que diz respeito à actividade física, a auto-eficácia constitui um factor preditivo, não só da actividade presente, como da que se realizará no futuro (Sallis et al., 1992). O mesmo estudo verificou que mudanças positivas na auto-eficácia ocorriam na mesma medida que as mudanças na actividade física.

Uma vez que a percepção de competência nos jovens não é estável, variando com o tempo e de um contexto para outro, os adolescentes com elevada percepção de competência num desporto poderão sentir baixa percepção de competência noutro. Este aspecto é bastante relevante no contexto da actividade física como promotor da saúde dos adolescentes pois a percepção de competência ou percepção de auto-eficácia variam, do mesmo modo, em contextos desportivos ou em contextos de actividade física de recreação e lazer. No seu estudo, Mullan, Albison e Markland (1997), quando distinguem três domínios de competência - competência competitiva (i.e., desporto com competição), competência recreativa (p.e., bicicleta ou skate) e competências nas brincadeiras (p.e., dança, “jogo da apanhada”) - verificaram que, nos rapazes, as duas últimas não apresentavam diferenças significativas mas que ambas eram superiores à competência competitiva; enquanto que nas raparigas a competência nas brincadeiras era significativamente superior às outras duas, sendo a recreativa superior à competitiva (cit. in Mota & Sallis, 2002).

Finalmente, apesar de, num estudo transversal com estudantes do secundário, se considerar a auto-eficácia a variável mais correlacionada com a prática desportiva em ambos os géneros (Zakarian, Hovell, Hofstetter, Sallis & Keating, 1994 cit. in Sallis & Owen, 1999), outros estudos revelam que a percepção de competência física é superior nos rapazes (Sallis et al., 2000).

Percepção de Barreiras

A actividade física apresenta-se inversamente correlacionada com a percepção de barreiras ou obstáculos para ambos os géneros (Zakarian et al., 1994) e os resultados dos adolescentes são muito semelhantes aos dos adultos, sendo as principais barreiras a falta de tempo e de interesse (Tappe, Duda & Ehrnwald, 1989) (cit. in Sallis & Owen, 1999). A maioria dos estudos sobre as barreiras ao

exercício têm sido realizados no contexto da desistência no desporto, contudo, é importante distinguir entre a desistência de um desporto em particular para adopção de outro, da desistência de todas as formas de participação desportiva (Gould e Petlichkoff, 1988) considerando-se que o primeiro não é uma barreira muito grande à actividade física (cit. in Biddle, 2001).

Num estudo que recorreu a entrevistas com jovens entre os 13 e 23 anos de idade, demonstra-se que a decisão de participação em iniciativas desportivas locais é influenciada por diversos factores: percepção de competência, constrangimentos externos, como o dinheiro e amigos do género oposto, grau de apoio de outros significativos e as experiências passadas, incluindo o exercício físico na escola (Coakley e White, 1992). As memórias negativas do exercício físico na escola incluíam sentimento de aborrecimento e incompetência, impossibilidade de escolha, e avaliação negativa dos pares (cit. in Biddle, 2001). Num outro estudo na Grã-Bertanha com 4.000 jovens, constatou-se que algumas crianças relatavam sentimento de embaraço nos contextos desportivos, principalmente devido à percepção de incompetência ou preocupação acerca da auto-apresentação associada ao aspecto físico durante a puberdade (Mason, 1995).

Dois estudos permitem distinguir as razões da falta de adesão à actividade física dos adolescentes e crianças (cit. in Biddle, 2001). Um refere as razões práticas de tempo, dinheiro e facilidades, para jovens entre os 12 e os 17 anos de idade (Heartbeat Wales, 1987) e o outro razões como o conflito de interesses, falta de tempo, ausência de divertimento, desenvolvimento de competências limitado, falta de sucesso, aborrecimento e lesões, para as crianças (Gould, 1987). No entanto, o stress competitivo e o facto de não gostar do treinador são outras razões a ter em conta no contexto desportivo nestas idades (Biddle, 2001).

Dados portugueses do HBSC de 2002 (Matos et al., 2003) traduzem, relativamente à percepção de barreiras dos jovens de 15 anos (do 10º ano), que: a maioria refere que quase nunca faz actividade física com os pais (79.8%); quase metade dos sujeitos refere que não existem muitos locais para a prática de actividade física (45.5%) e consideram-na uma actividade cara (44.8%); cerca de um quarto do sujeitos afirma que quase nunca é seguro fazer actividade física no local onde mora (23.3%).

Percepção de benefícios

A percepção de benefícios da actividade física encontra-se fortemente correlacionada com a participação no exercício (...) (Zakarian et al., 1994 cit. in Sallis & Owen, 1999).

No país de Gales, estudos envolvendo 4.000 jovens e jovens adultos, dos 16 aos 24 anos (não adolescentes), foi inquirido aos não-participantes em actividade física o que poderia incentivá-los a tornar-se activos no desporto e a maioria das

respostas foram: o *fitness* ou perda de peso, o facto de ter mais tempo livre e de praticar desportos que ajudam a manter boa saúde (Heartbeat Wales, 1987 cit. in Biddle, 2001). Revisões de Biddle (1992) e de Gould e Patlichkoff (1988) permitiram também distinguir as razões da participação em actividades físicas de crianças e jovens mais velhos. As crianças sentem-se motivadas pela satisfação e divertimento inerentes, pelas aprendizagens e desenvolvimento de competências, pelo alcance do sucesso e vitória, pela condição física e saúde. Todavia, os jovens mais velhos podem apresentar razões como o controlo de peso e a aparência física. No entanto, Biddle (2001) considera que são necessários mais estudos para compreender as diferenças nos motivos nos diversos tipos de actividade física, através dos níveis de participação, estados de desenvolvimento, muito embora persistam semelhanças em diversos contextos e grupos.

Segundo Mota e Sallis (2002) podemos encontrar uma percepção de benefícios positivos na saúde, semelhante em participantes e não participantes. Embora a maioria dos indivíduos que integram programas de promoção de exercício físico percepcionem efeitos positivos na saúde, mas este facto não contribui suficientemente para a manutenção do exercício. Torna-se relevante constatar que a percepção de divertimento e bem-estar são mais importantes na adesão ao exercício do que as preocupações com a saúde (Dishman, Sallis, Orenstein, 1985 cit. in Mota & Sallis, 2002).

Num estudo português, mostrou-se que a prática regular de actividade física significa para os jovens certas vantagens, como o desenvolvimento do sistema cardiovascular, respiratório, ósseo e muscular, mas também o desenvolvimento afectivo, social e moral (Diniz, 1998).

Outro estudo português mais recente (Matos et al., 2003) revelou através de uma amostra parcial que os jovens de 15 anos (do 10º ano) percepcionam mais frequentemente benefícios pessoais da prática de actividade física, tais como, o bem-estar, aprovação dos amigos, ajuda a manutenção do peso e o ajuda a passar o tempo.

Factores emocionais

Uma das conclusões mais comuns das investigações é a de que as crianças e jovens praticam desporto pela diversão. Num estudo italiano com 2500 participantes jovens desportistas (Buonamano, Cei & Mussino, 1995 cit. in Biddle, 2001), o divertimento foi referido como a principal razão para a participação dos jovens em praticamente metade da amostra. Segundo dados do English Sport Council's sobre os jovens no desporto, que envolveu uma amostra de 4000 participantes com idades compreendidas entre os 6 e os 16 anos, os motivos para a participação eram diversos, desde o divertimento em geral ao *fitness* e às relações de amizade (Mason, 1995). Resultados semelhantes

verificaram-se no Canadá, numa amostra de 4500 jovens entre os 10 e os 19 anos (Canada Fitness Survey, 1983 cit. in Biddle, 2001).

Diversos estudos têm demonstrado que as razões para a participação desportiva se devem essencialmente a aspectos intrínsecos, como o divertimento, o prazer e as competências, e muito menos às razões extrínsecas, como o estatuto ou a influência dos pais (Weinberg et al., 2000; Longhurst & Spink, 1987; Yang, Telama, Lenkinen, 2000 cit. in Mota & Sallis, 2002). Apesar das provas, permanece a dúvida se o divertimento reflecte um estado verdadeiramente intrínseco ou simplesmente uma reacção afectiva pela satisfação de outros motivos. Há que reconhecer, porém, que a adesão está relacionada com as experiências emocionais que as crianças e jovens vivem através da prática de desporto e exercício, sendo pouco provável que as crianças pratiquem desporto se não gostarem dessa actividade quando lhes é dada a possibilidade de escolha (Biddle, 2001). Assim sendo, o papel das emoções na prática de actividade física é extremamente importante.

O divertimento está muito relacionado com a motivação intrínseca, pois a elevada motivação intrínseca inclui elevado esforço, sentimentos de divertimento, competência e auto-determinação, e baixos níveis de pressão e ansiedade (Biddle, 2001). Num contexto educacional, o divertimento é essencial para a motivação, particularmente quando é exigido esforço físico tal como nas actividades de desporto e exercício.

O estado de “flow” (fluir) é outro estado emocional muito relacionado com a motivação intrínseca e que, segundo Csikszentmihalyi (1975), se caracteriza por um excepcional prazer e empenho numa tarefa cujo desafio e dificuldade se ajustam às capacidades e competências pessoais, opondo-se aos estados de aborrecimento (elevada competência perante um baixo desafio) e de ansiedade (baixa competência perante um elevado desafio) (Biddle, 2001).

O estado de “flow” tem sido descrito numa variedade de contextos, como a competição, a aprendizagem e as actividades de recreação, sendo a elevada percepção de competência um aspecto essencial para o “flow” (Stein, Kimiecik, Daniels & Jackson, 1995; Moneta & Csikszentmihalyi, 1996 cit. in Sallis & Mota, 2002).

Scanlan e Lewthwaite (1986) propõem, num estudo com rapazes americanos entre os 9 e os 14 anos de idade, um modelo de “divertimento no desporto” que partilha a mesma base da motivação intrínseca, considerando que as respostas afectivas positivas dos indivíduos às suas experiências competitivas reflectem sentimentos e/ou percepções, tais como o prazer, a satisfação e experiências de divertimento (cit. in Biddle, 2001). O exercício é habitualmente considerado um indutor de estados emocionais positivos. Num outro estudo sobre as reacções afectivas à corrida de 800 metros, durante uma aula normal de exercício físico com jovens

dos 11 aos 15 anos de idade, Vlachopoulos, Biddle & Fox (1996) aplicaram o inventário de sentimentos induzidos pelo exercício (Exercise-induced Feeling Inventory) e descobriram que os sentimentos pós-corrída de ajustamento positivo, revitalização e tranquilidade eram preditos pela orientação para a tarefa e percepção de competência. Estes dois factores foram assim considerados importantes para a ocorrência de experiências afectivas positivas no exercício físico na escola (Biddle, 2001)

Finalmente, numa perspectiva de promoção da saúde pelo exercício, tendo como a finalidade a motivação dos jovens para estilos de vida activos ao longo da vida, Mota e Sallis (2002) consideram que devemos centrar-nos na qualidade da experiência durante a participação e não nos resultados. Os autores entendem que, se esta for positiva e divertida e se, através dessa experiência, se valorizarem as percepções de competências do jovem, a probabilidade de que ele se mantenha activo ao longo da vida sairá reforçada.

Factores comportamentais

A prática de actividade física é considerada um comportamento de saúde, similar a outros como os cuidados de saúde primários, a alimentação, a prevenção de consumos e a prevenção de comportamentos sexuais de risco e de violência (Matos et al., 1999). Vários estudos têm relacionado estes comportamentos numa perspectiva de adopção de estilos de vida saudáveis e neste sentido, os hábitos de actividade física influenciam e são determinados por outros hábitos tais como a alimentação, o consumo de álcool e drogas e o tabagismo (Matos et al., 2001).

Numa amostra que envolveu 2650 sujeitos com elevado nível de actividade física e 1641 com baixo nível, os menos activos apresentavam maior consumo de tabaco e drogas leves, hábitos televisivos e menos uso do cinto de segurança, assumindo mais comportamentos negativos para a saúde (Pate, Heath, Dowda & Trost, 1996 cit. in Mota & Sallis, 2002). Segundo Wold (1993), nos adolescentes, o exercício está relacionado com uma maior facilidade para novas amizades, obtenção de apoio social e satisfação escolar, verificando-se, para além de benefícios na saúde, importantes vantagens no processo de socialização, opondo-se assim aos comportamentos desviantes que se associam com frequência ao sedentarismo (cit. in Matos et al., 1999).

O estudo realizado por Matos et al. (2001) revelou que os jovens que praticam actividade física afirmam mais frequentemente que: se sentem felizes, não apresentam sintomas físicos e psicológicos, gostam da sua aparência ou consideram o seu corpo como ideal e consomem mais alimentos saudáveis (fruta, vegetais ou leite). Concluiu, ainda, que os mesmos jovens consideram mais frequentemente que “ir à escola não é aborrecido”, “os professores os consideram com boas capacidades”, “é fácil falar com o pai ou com a mãe”, e por último,

revelam melhor relacionamento com os colegas. Por outro lado, o mesmo estudo indica que os jovens que bebem álcool (todas as semanas ou todos os dias) afirmam mais frequentemente que praticam actividade física e os que se envolvem em comportamentos de violência na escola (quer como vítimas quer como provocadores) afirmam mais frequentemente que praticar actividade física (Matos et al., 2001).

À medida que os indivíduos estabelecem padrões de adesão a vários comportamentos de saúde, menos deliberada é a tomada de decisão e o comportamento torna-se mais habitual (Maddux, 1993 cit. in Sherwood & Jeffrey, 2000). De acordo com Maddux e DuCharme (1997), os hábitos de exercício ou comportamento anterior de exercício determinam a manutenção do exercício (cit. in Rosen, 2000). Em suma, embora não esteja ainda suficientemente esclarecida a relação de causalidade entre a actividade física e a saúde, conforme reconhecem Mota e Sallis (2002), torna-se pertinente considerar que ela leva à adopção de outros comportamentos de saúde positivos.

Outro factor comportamental que influencia a actividade física dos jovens é a forma como ocupam o tempo livre, sendo, actualmente, um dos principais problemas do ponto de vista da saúde. A evolução tecnológica tem levado os jovens à adopção de formas de ocupação do tempo livre cada vez mais sedentárias, nomeadamente através da televisão, o vídeo, os *gameboys*, o computador e a Internet. Por outro lado, os meios de transporte motorizados têm substituído os mais tradicionais, como deslocação a pé ou de bicicleta e a utilização de escadas. Estudos referem que, em média, os jovens passam três a cinco horas diárias a ver televisão ou a usar o vídeo, os videojogos e a Internet (Kennedy, Strzempko, Danford & Kools, 2002 cit. in Matos et al., 2003), ultrapassando o tempo livre dedicado a actividades físicas (Sjolie & Thuen, 2002; *ibidem*). Esta tendência está associada à maior probabilidade de desenvolvimento de comportamentos negativos de saúde, nomeadamente, comportamento violento, consumo de álcool, tabaco e drogas (Strasburger & Donnerstein, 2000). Estes dados confirmam-se no estudo de Matos et al. (2003) em que 56.8% dos jovens referem que vêem televisão durante uma a três horas ao longo da semana e 56.6% que vê televisão durante quatro ou mais ao fim-de-semana. São as raparigas que passam mais tempo na televisão durante a semana, não havendo diferença ao fim-de-semana entre os dois géneros.

Um outro estudo realizado em Portugal revela que os rapazes e os jovens do Sul ocupam mais tempo em actividades de lazer como televisão, vídeos e jogos de computador, sobretudo os do litoral e os de Lisboa (Matos et al., 1999). Os jovens portugueses estão entre os maiores consumidores de televisão (King et al., 1996). Segundo dados da Direcção Geral de Saúde (Nunes, 2002), relativos a 1998/1999, 72.6% da população portuguesa, com idades superiores a 15 anos (inclusivé),

ocupam os seus tempos livres a ver televisão e a ler, 18.3% fazem-no a passear e apenas 7% a correr e a fazer desporto, verificando-se uma insignificante taxa de 2.1% dos jovens que praticam uma actividade física.

O estudo do HBSC de Matos et al. (2003) revelou que a ocupação dos tempos livres mais assinalada pelos jovens portugueses audição de música (97.6%), seguindo-se os itens jogos de cartas, jogos de vídeo ou computador (95.4%), conversa com os amigos (95.2%), companhia dos amigos (95.2%) e ver televisão ou vídeo (94.2%). A pratica de algum desporto surge somente em 10º lugar na lista das preferências (90.2%). É importante constatar que a pratica de um desporto não orientado por um treinador (78.4%) surge com uma percentagem mais elevada do que a pratica de um desporto de competição ou orientado por um treinador (72.2%). Outro aspecto interessante é que a aplicação aos trabalhos de casa ou a mais trabalhos da escola (87.6%) ocupa o 14º lugar .

Analisando estes dados relativamente às diferenças significativas encontradas entre o género e a idade, podemos concluir que as raparigas afirmam que passam mais tempo a ouvir música, a conversar e a estar com amigos e a ver televisão, enquanto que, os rapazes afirmam mais vezes que jogam cartas e jogos de vídeo ou computador. São as raparigas quem refere que passa mais horas a ver televisão e a fazer os trabalhos de casa durante a semana. No fim-de-semana, são também as raparigas que passam mais horas a fazer os trabalhos de casa, enquanto os rapazes passam mais horas no computador. Nas diferenças relativas à idade, são os mais velhos que referem mais frequentemente ouvir música, conversar e estar com os amigos. O tempo passado na televisão é maior no grupo de jovens de 15 anos, quer durante a semana quer durante o fim-de-semana. No entanto, são os jovens desta idade que passam mais tempo a estudar durante o fim-de-semana, sendo que os mais velhos ocupam menos tempo durante a semana com esta actividade. Além disso, são estes quem passa mais tempo a jogar computador (Matos et al., 2003).

Factores sociais

O nosso comportamento e pensamento seriam muito diferentes se vivêssemos em total isolamento, pois somos fortemente influenciados pelo contexto social. Da mesma forma, as variáveis de influência social são, naturalmente, importantes no contexto da actividade física dos adolescentes, tendo em conta que a maioria pratica exercício físico, integrando-se em equipas, classes ou grupos de brincadeira.

A influência social é, assim, definida como a “percepção individual de conforto/desconforto, assistência, informação, aprovação/desaprovação e/ou pressão de contactos formais/informais com indivíduos, grupos ou outras colectividades” (Wallston, Alagna, De Vellis & De Vellis, 1983 cit. in Carron,

Hausenblas & Estabrooks, 2001, p.3). Segundo Alcock, Carmen e Sadava (1991), a influência social é a “pressão real ou imaginada para mudar o próprio comportamento, as atitudes ou crenças” (cit. in Carron, Hausenblas & Mack, 1996; p.195). A maioria dos estudos indica a forte influência social na actividade física dos adolescentes (Sallis & Owen, 1999).

Influência da família

Os pais podem influenciar a actividade física dos filhos de diversas formas (Taylor, Baranowski & Sallis, 1994). Uma das mais evidente é a que Sallis e Mota (2002) designaram por apoio instrumental: o apoio no transporte para os locais de prática, o apoio material ou a disponibilidade de tempo. Num estudo demonstrativo da influência do apoio instrumental na prática de exercício físico, concluiu-se que o transporte das crianças para o local onde poderiam ser activas seria mais eficaz do que encoraja-las ou mesmo jogar/brincar com elas (Sallis, Alcaraz, McKenzie, Hovell, Kolody & Nader, 1992 cit. in Sallis & Owen, 1999). Segundo Aaron et al. (1993), são as mães que, aparentemente, desempenham um papel mais importante neste tipo de apoio. No entanto, é importante assinalar que esta influência do apoio instrumental é tanto mais relevante quando verificamos que também contribui para a diminuição dos níveis de actividade física dos jovens (Mota & Sallis, 2002). De facto, os pais tendem a restringir cada vez mais a actividade física dos filhos, coagindo as crianças a passar cada vez menos tempo for a de casa, devido à insegurança ou à falta de locais de prática. Este factor, para além de outros como um ambiente desencorajador, o transporte ou o dinheiro para equipamento, podem predispor a criança a formas de inactividade (Taylor et al., 1994). No estudo de Matos et al. (2003), em que se exploram os factores associados à prática de actividade física, 63.9% (n=1504) dos jovens do 10º ano de escolaridade afirmam que quase nunca os “pais gostam de fazer actividade física” e 79.8% (n=1518) afirmam que quase nunca “fazem actividade física com os pais”. De facto, muito embora os hábitos de actividade física dos pais constituam uma importante influência, esta assumpção não é consensual. Alguns estudos confirmam que pais activos têm filhos activos, enquanto outros apenas sugerem que alguns pais mais activos apoiam a actividade física dos filhos de forma mais directas (Sallis et al., 2000). É, contudo, consensual que o desenvolvimento de estilos de vida activos saudáveis se estabelece muito cedo, sendo determinado também por influência dos pais pois, quando eles são inactivos, os filhos são potencialmente sedentários (Matos et al., 1999; Matos et al., 2003). Provavelmente, esta associação estará dependente do padrão de actividades comuns entre pais e filhos, uma vez que a influência só se fará sentir caso a família realize actividades em comum (Taylor et al., 1994).

A influência dos pais também pode ser exercida, não directamente pelo seu

comportamento, mas pela percepção que têm relativamente à competência da actividade física dos filhos (Dempsey et al., 1993 cit. in Mota & Sallis, 2002).

Analisando o grau de influência exercida por cada um dos elementos do agregado, o pai parece ser o que mais influência tem sobre a actividade física dos filhos, quer desportiva quer de recreação (Aaron et al., 1993). Contudo, um estudo verificou que as mães e irmãs mais velhas tendem a ser mais seguidas pelas raparigas, enquanto que os pais e em menor grau os irmãos mais velhos tendem a ser mais seguidos pelos rapazes (Wold & Anderssen, 1992 cit. in Mota & Sallis, 2002).

Não restam, porém, muitas dúvidas de que quanto maior a actividade realizada pelo núcleo familiar maior é a probabilidade de que os filhos sejam activos, principalmente quando é a mãe que pratica, conforme constataram Delgado e Tercedor (2002).

Influências dos pares

À medida que as crianças crescem, a influência da família vai sendo substituída pela influência dos pares, tornando-se mais marcante durante a adolescência. Entre os motivos para a sua participação em actividades desportivas ou de recreação, a presença dos amigos é fundamental. Estudos revelaram que essa motivação influencia cerca de $\frac{3}{4}$ dos rapazes e $\frac{1}{2}$ das raparigas, entre os 13 e os 16 anos, que praticam desportos de competição, sendo também determinante para cerca de $\frac{3}{4}$ dos jovens de ambos os géneros que praticam actividades desportivas de recreação (Hendry et al., 1993 cit. in Mota & Sallis, 2002). Gomez, McCullough, Selva e Sallis (2002) concluíram que a adequação à actividade física e o apoio social dos pares estão associados a mudanças positivas na actividade física durante a adolescência. Uma constatação também confirmada no estudo de Matos et al. (2003) atrás citado, no qual se verifica que, entre os jovens que frequentam o 10º ano (amostra parcial), 68% dos inquiridos (n=1488) afirma que “os amigos gostam de fazer actividade física a maior parte das vezes”, enquanto 62.6% (n=1223) afirma que “a actividade física permite a companhia dos amigos a maior parte das vezes”, sendo que 55.3% (n=1517) refere que “prática de actividade física com os amigos a maior parte das vezes”.

Em contrapartida, os pares também podem exercer uma influência negativa quando são eles próprios os promotores da inactividade física. Por conseguinte, quanto mais frágeis os laços familiares do jovem, maior é a sua dependência relativamente ao grupo de amigos, sujeitando-se a tudo para ser aceite (Czikszentmihalyi, 2002). Finalmente, importa salientar que, com o desenvolvimento da autonomia e a construção da personalidade, o papel de modelo desempenhado pelos pais sofre uma transferência para os pares e amigos, reflectindo-se a mudança igualmente no processo de socialização através do

desporto (Yang et al., 2000 cit. in Mota & Sallis, 2002). Por outro lado, sendo de menor frequência o reforço social obtido dos amigos que o da família, é natural, que constitua uma mais forte fonte de motivação (Mack et al., 1996, *ibidem*).

A influência da escola, professor de educação física ou treinador

Assumindo a escola um papel cada vez mais preponderante na formação e desenvolvimento dos jovens, não só através do currículo formal como por meio das aprendizagens resultantes das interações com os pares e os diversos agentes educativos (Sampaio, 1997), é inegável a sua importância como meio para a promoção da actividade física.

Os factores de influência associados à escola relacionam-se com o tempo e conteúdo das aulas de educação física, os espaços próprios para a prática, o espaço de recreio envolvente, as características pedagógicas e de liderança do professor de educação física, o número de alunos por turmas, entre outros. A influência da escola na actividade física dos jovens, analisada na perspectiva de promoção da saúde, poderá, por conseguinte, ser observada segundo dois prismas distintos: em primeiro lugar, análise do nível de actividade física que a escola promove; em segundo lugar, observação e avaliação dos hábitos de actividade física que a escola transmite e que possam ser mantidos na idade adulta (Mota & Sallis, 2002).

Pate, Long e Heath (1994) concluem que, as aulas de educação física não proporcionam a quantidade de actividade física suficiente, de acordo com as recomendações da actividade física para os adolescentes da Conferência Internacional (International Consensus Conference on Physical Activity Guidelines for Adolescents, 1994). Um estudo de Parcel, Simons-Morton, O'Hara, Baranowski, Kolbe e Bee (1987) verificou que, numa aula de educação física, 32.8% do tempo é despendido na organização das tarefas, 27.5% na prática de desportos ou jogos, 13.5% na prática de competências, e apenas 6.1% em actividades aeróbias (cit. in Pate et. al, 1994). Registou-se no grupo em estudo mais actividade física moderada-a-vigorosa durante os intervalos do que durante as aulas de educação física .

De facto, tem-se demonstrado que a maioria da actividade física dos adolescentes ocorre fora da escola (Ross, Dotson, Gilbert, Katz, 1985 cit. in Pate et. al, 1994). Numa investigação em que se analisou a diferença entre a actividade física habitual nos dias de escola e a praticada nos dias livres, concluiu-se que, no período escolar, a actividade física diminuía quer nas raparigas (36%) quer nos rapazes (69%) (Gavarry, Giacomoni, Bernard, Seymat, e Falgairette, 2003). O tempo que os jovens estão ocupados com as aulas poderá justificar essa tendência (Tercedor, 2001). Todavia, Marivoet (2001) constatou, por seu lado, que os alunos que passam mais tempo na escola revelam participações desportivas mais

elevadas e um maior envolvimento e fidelidade à prática desportiva. Isto poderá estar, eventualmente, relacionado com as actividades de desporto escolar.

Relativamente à promoção de hábitos de actividade física na escola que possam manter-se ao longo da vida, parece não existir uma preocupação de inclusão nos currículos escolares de actividades físicas que possam ser adoptadas e/ou mantidas na idade adulta (e.g., actividades físicas que necessitam apenas de uma ou duas pessoas e que podem transformar-se em hábito) (Pate et al., 1994). Por conseguinte, Kemper (1994) chega mesmo a defender que as aulas de educação física devem, não só ensinar vários tipos de modalidades desportivas, mas também introduzir o ensino de outras formas de movimento, de forma a facilitar a possibilidade de adopção de estilos de vida activos.

Neumark-Sztainer, Story, Hannam, Tharp e Rex (2003) destacam a importância do professor de educação física no desenvolvimento de hábitos de actividade física ao longo da vida. A capacidade de proporcionar aos alunos experiências positivas e uma vivência do sucesso poderá levá-los à adopção de estilos de vida mais autónomos. Tal como os pais, os professores ou treinadores podem influenciar a auto-percepção dos jovens, a satisfação ou ansiedade e a motivação para que mantenham uma actividade física ou desportiva (Brustad, 1996).

Factores ambientais

A influência do meio ambiente na actividade física é cada vez mais sustentada, sobretudo pelo desenvolvimento de modelos ambientais ou ecológicos, nomeadamente no campo da intervenção mais ampla, por exemplo, comunitária. Os aspectos relacionados com a influência ambiental, encontrados na literatura, são principalmente: os espaços e equipamentos disponíveis e a acessibilidade, o clima, a área geográfica e a segurança, existindo claras diferenças entre adultos, jovens e crianças neste grupo de factores.

A influência dos factores ambientais é mais notória nas crianças do que nos adolescentes. Sallis e Owen (1999) reiteram que, no caso das crianças, as horas passadas fora de casa, são o melhor preditor da actividade física. Em contrapartida, o tempo que passam em casa é um evidente obstáculo, frequentemente provocado pelas preocupações dos pais com a segurança, pela falta de espaços ou equipamentos próximos de casa como, por exemplo, um parque infantil ou uma instituição com actividades desportivas. Contudo, embora as crianças residentes em bairros de baixo nível sócio-económico percepcionem maior perigo, elas têm também mais probabilidade de ser fisicamente activas (Romero, Robinson, Kraemer et al., 2001).

No caso dos adolescentes, um estudo com alunos do secundário não encontrou aspectos da percepção do ambiente que estivessem relacionados com o exercício vigoroso (Zakarian et al., 1994 cit. in Sallis & Owen, 1999), no entanto, apenas se

estudaram três tipos de factores - a segurança do bairro, os modelos de actividade física do bairro, e os equipamentos convenientes. Por outro lado, outras investigações demonstraram que a maior parte da actividade física dos jovens, estruturada e não estruturada, ocorre em programas e contextos da comunidade local (Ross et al., 1985; *ibidem*). De facto, os determinantes ambientais que envolvem os recursos da comunidade formais e informais, tais como, os ginásios, os espaços abertos, as ruas (Handy, Boarnet, Ewing, & Killingsworth, 2002; Giles-Corti & Donovan, 2002), os transportes locais (Hoefler, McKenzie, Sallis, Marshall & Conway, 2001) os custos e a existência de oportunidades para a prática (Rutten, Abel, Kannas, Von Lengerke, Luschen, et al., 2001), influenciam a adopção e manutenção da prática de actividade física (cit. in Matos et al., 2003). Outros estudos relacionam a prática de actividade física regular com características ambientais, nomeadamente, a existências de percursos pedonais ou ciclovias entre a casa, a escola e os espaços usados nos tempos livres, assim como a distância entre esses locais (Brownson, Housemann, Brown, Jackson-Thompson, King et al., 2000; Sjolie & Thun, 2002; Handy, Boarnet, Ewing & Lillingsworth, 2002 cit. in Matos et al., 2003). O estudo do HBSC, em Portugal, revelou que os locais mais frequentados para os tempos livres são, para os rapazes, a escola, a rua e os espaços desportivos e, para as raparigas, a sua casa ou a casa dos outros (Matos et al., 2003). Os mais novos (13 anos) utilizam mais vezes a escola e a casa, enquanto que os mais velhos utilizam os espaços desportivos e os cafés .

A variação da prática de actividade física de acordo com a época do ano é outro aspecto relevante, com estudos a demonstrar um crescimento acentuado durante o Verão (Pate et al., 1994) ou uma menor prática no Inverno, comparativamente às restantes estações do ano (Ross et al., 1985 cit. in Sallis & Owen, 1999). O estudo português de Matos et al. (2003) também distingue a ocupação dos tempos livres dos jovens sazonalmente, sendo que as actividades com maior percentagem de prática no Verão/Primavera são ir à praia, estar e conversar com os amigos, ouvir música e pratica de desporto, enquanto que, no Outono/Inverno são ouvir música, dormir, ver televisão, fazer os trabalhos de casa/escola e ler. O mesmo estudo revelou, ainda, diferenças significativas na ocupação do tempo livre durante a semana e ao fim-de-semana.

Relativamente às condicionantes geográficas, um estudo em Portugal concluiu que os jovens do Litoral praticam actividade física com maior frequência e durante mais tempo do que os residentes no Interior do país (Matos et al., 1999). Por conseguinte, Yang et al. (2000) propõe uma dicotomia entre urbano e rural para explicação desta diferença (cit. in Mota & Sallis, 2002). Na sua opinião, nas zonas urbanas, as pessoas não só têm mais escolhas e mais informação sobre as actividades físicas e desportivas, como têm maior oportunidade e mais

acessibilidades aos espaços e equipamentos.

No que respeita à segurança dos espaços, a literatura mostra que tanto a segurança dos espaços como a dos equipamentos de recreio ou desportivos condicionam a prática de actividade física, principalmente nas crianças que dependem mais da disponibilidade dos pais para a actividade exterior (Sallis et al., 1997 cit. in Mota & Sallis, 2002).

Finalmente, é esperado que a grande influência dos factores ambientais na infância tenha tendência a diminuir na adolescência, ganhando gradualmente maior peso os factores cognitivos e sociais (Sallis & Owen, 1999). No entanto, são necessários mais estudos no sentido de indagar, de forma mais precisa, como podem os ambientes aumentar ou diminuir a actividade física (Baranowski et al., 2003).

Conclusão

A actividade física é considerada um dos comportamentos de saúde que mais pode contribuir para a promoção da saúde dos adolescentes e com probabilidade de que isso se reflecta na sua saúde na idade adulta.

Os dados actuais sobre a elevada inactividade e falta de condição física das crianças e jovens das nações mais ocidentais, que têm como consequência o aumento progressivo do peso, têm alarmado os responsáveis pela saúde pública, havendo quem considere que isto pode inverter décadas de progresso na redução das mortes por doenças cardiovasculares. O investimento na promoção da actividade física é considerado o mais eficaz e o mais barato na prevenção do problema numa perspectiva comunitária, pois poderá estender-se a um vasto número de indivíduos.

Por outro lado, não devemos esquecer que a actividade física, mais precisamente os estilos de vida activos, ajudam no desenvolvimento saudável dos jovens e crianças. Seja, através do desporto, dos jogos, da brincadeira, da dança, do exercício estruturado, ou andando a pé ou de bicicleta, a actividade física, pode trazer experiências válidas aos jovens que os ajudam na aprendizagem de competências motoras básicas, assim como na integração social, no desenvolvimento moral e social (Shields & Bredemeier, 1994), possibilitando, também, a sensação de prazer e divertimento que retiram do movimento e exploração (cit. in Logstrup et al., 2001).

Muito embora seja inquestionável a importância que assume a realidade dos dados epidemiológicos e os efeitos da actividade física na saúde, esta informação não permite, por si só, perspectivar as mudanças no sentido da melhoria da saúde no caso particular dos adolescentes. Deste modo, considera-se crucial a compreensão prévia dos diferentes factores que exercem maior ou menor influencia sobre a actividade física dos adolescentes, na expectativa de que o conhecimento

emergente dos diversos estudos possa emanar uma orientação para o desenvolvimento de intervenções eficazes na mudança deste comportamento tão complexo.

Embora alguns dos determinantes não sejam modificáveis, como a idade, o género, a hereditariedade, a etnia, podem, contudo, assumir importância na identificação de grupos em risco de inactividade e que, por isso, merecem especial atenção. Relativamente aos determinantes modificáveis, privilegiados pela sua utilidade na orientação do formato das intervenções, os autores consideraram que no adulto são, fundamentalmente, a auto-eficácia, a percepção de barreiras e de benefícios, a satisfação e prazer com a actividade e o apoio social. Estes determinantes são geralmente aplicados a todos os subgrupos da população. No caso específico dos jovens, os mesmos autores colocam a hipótese de que os determinantes modificáveis sejam a auto-eficácia, o divertimento, o apoio social da família e dos amigos. É necessário ter em conta que, nas crianças, o tempo passado em actividades ao ar livre surge como o mais provável determinante da actividade física (Sallis & Owen, 1999). Em suma, as crianças são, geralmente, impedidas de ser activas quando permanecem dentro de casa e a forma mais fácil de as manter activas é deixá-las sair com maior frequência.

Referências

- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Baranowski, T.; Cullen, K. W.; Nicklas, T.; Thompson, D. & Baranowski, J. (2003). Are current health behavioural change models helpful in guiding prevention of weight gain efforts? *Obesity Research*, 11 suplemento
- Biddle (2001). Adherence to sport and physical activity in children and youth. In Bull, S. (Eds.) *Adherence issues in sport & exercise*. England: John Wiley & Sons, Ltd.
- Brustad, R. (1996). Attraction to physical activity in urban schoolchildren: Parent socialization and gender influences. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 67, 316-323.
- Carron, A. V.; Hausenblas, H. A. & Mack, D. (1996). Social influence and exercise: a meta-analysis. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 18, 1-16.
- Carron, A. V.; Hausenblas, H. & Estabrooks, P. A. (2001). Social influence and exercise involvement. In Bull, S. (Eds.) *Adherence issues in sport & exercise*. England: John Wiley & Sons, Ltd.
- Castilho, P. (2003) Deficiência mental ligeira e a aceitação social pelos pares: a importância das competências sociais. Dissertação Apresentada com vista à obtenção do Grau de Mestre na área de Psicologia Clínica Cognitivo-

- Comportamental e Sistémica. Coimbra: FPCE/UC (não publicada).
- Claes, M. (1985). Os Problemas da Adolescência. Verbo.
- Coleman, J. C. (1980). The nature of adolescence. London and New York, Methuen, pp. 1-11, 33-42
- Czikszentmihalyi, M. (2002). *Fluir*. Lisboa: Relógio D'Água.
- Currie, C.; Roberts, C.; Morgan, A.; Smith, R.; Settertobulte, W.; Samdal, O.; Rasmussen, V. B. (2002). Young people's health in context. Health Behaviour in School-age Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey. Health Policy for Children and Adolescents, N°4: WHO.
- Delgado, M. & Tercedor, P. (2002). Estrategias de interveccion en educacion para la salud desde a educacion física. Barcelona: INDE Publicaciones
- Diniz, J. (1998). Aptidão física e saúde – Desafios para a educação física. In Neil Armstrong et al. (Eds.). *A Educação para a saúde*. Lisboa: Omniserviços.
- DuCharme, K. A. & Brawley, L. R. (1995). Predicting the intentions and behavior of exercise initiates using two forms of self-efficacy. *Journal of Behavioral Medicine*, 18 (5), 479-497.
- Erikson, E (1972). *Adolescence et crise*. Paris Flammarion, Éditeur, pp. 97-131
- Fleming, M (1993). *Adolescência e autonomia. O desenvolvimento psicológico e a relação com os pais*. Porto, Edições Afrontamento.
- Gomez, J. E.; McCullough, G. W.; Selva, M. & Sallis, J. F. (2002). Abstract. Predictors of change in adolescent physical activity from middle school to high school: project P.A.C.T. *Medicine & Science in Sports and Exercise*, 36 (5) Suplm.
- Hamburg, D. (1999). Preparing for life: The critical transition of adolescence. In R. Muuss & H. Porton (Eds.) *Adolescent behaviours and society. A book of readings* (p.4-10), NY: McGraw-Hill.
- Hartup, W.W. (1983). Peer relations. In E. M. Hetherington (Ed.), *Handbook of child psychology: Socialization, personality and social development* (vol.4, pp. 103-198). New York: Wiley.
- Janssen, I.; Craig, W. M.; Boyce, W. F. & Pickett, W. (2004). Associations between overweight and obesity with bullying behaviours in school-age children. *Pediatrics*. 113, 5, 1187-1194.
- Kaplan, R.; Sallis, J. F.; & Patterson, T. (1993). *Health and human behavior*. McGraw-Hill, Inc. NY.
- Kemper, H. C. (1994). The natural history of physical activity and aerobic fitness in teenagers. In Rod K. Dishman, PhD (Ed), *Advances in exercise adherence* (pp.293-318). Champaign, IL: Human Kinetics.
- King, A. Wold, B.; Tudor-Smith, C. & Harel, Y. (1996). *The health of youth: A cross-national survey*. Canada: World Health Organization.

- Lima, L. (2000). Adolescência e as crenças familiares: um estudo exploratório. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. (não publicada). Coimbra.
- Logstrup, S.; Cavill, N.; Willaert, J-P; Soendergaard, H.; Lafaye, S.; Rajala, A-L et al. (2001). Children and young people: the importance of physical activity. A paper published in the context of the European Heart Health initiative.
- Marivoet, S. (2001). Hábitos desportivos da população portuguesa. Lisboa: Instituto Nacional de Formação e Estudos do Desporto.
- Matos, M. G. (1994). Corpo, movimento e socialização. Rio de Janeiro: Sprint.
- Matos, M. G.; Simões, C. & Canha, L. (1999). Saúde e estilo de vida em jovens portugueses em idade escolar. In Sardinha, L.B.; Matos, M. G.; Loureiro, I. (Eds.). Promoção da saúde: modelos e práticas de intervenção nos âmbitos da actividade física, nutrição e tabagismo, pp.217-240, Lisboa: Edições FMH.
- Matos, M. G. & Sardinha, L. B. (1999). Estilos de vida activos e qualidade de vida. In Sardinha, L.B.; Matos, M. G.; Loureiro, I. (Eds.). Promoção da saúde: modelos e práticas de intervenção nos âmbitos da actividade física, nutrição e tabagismo, pp.163-181, Lisboa: Edições FMH.
- Matos, M. G.; Sardinha, L. B. & Sallis, J. S. (1999). Aconselhamento para a actividade física: o projecto PACE. In Sardinha, L.B.; Matos, M. G.; Loureiro, I. (Eds.). Promoção da saúde: modelos e práticas de intervenção nos âmbitos da actividade física, nutrição e tabagismo, pp.163-181, Lisboa: Edições FMH.
- Matos, M. G.; Simões, C.; Canha, L & Fonseca, S. (2000). Saúde e estilos de vida nos jovens portugueses: Estudo nacional da rede europeia HBSC / OMS (1996). Lisboa: FMH / PPES.
- Matos, M. G.; Carvalhosa, S. F. & Dinis, J. A. (2001). Actividade física e prática desportiva nos jovens portugueses. 4, 1. FMH / PEPT / GPT.
- Matos, M. G.; Gonçalves, A.; Reis, C.; Simões, C.; Santos, D.; Diniz, J.; Lebre, P.; Dias, S.; Carvalhosa, S.; Gaspar, T. (2003). A saúde dos adolescentes portugueses (quadro anos depois). Edições FMH: Lisboa.
- Mota, J. & Sallis, J. S (2002). A Actividade física e Saúde: Factores de influência da actividade física nas crianças e nos adolescentes. Campo das letras. Porto.
- Neumark-Sztainer, D., Story, M., Hannam, P., Tharp, T. e Rex, A. (2003). Factors associated whit changes in physical activity: a cohort study of inactive adolescents girls. Archives Pediatric Adolescents Medicine, 157 (8), 803-10.
- Nunes, E. (2002). Avaliação e aconselhamento para a actividade física: Problemas

e soluções. Comunicação apresentada no Seminário sobre Promoção da Actividade Física: Avaliação e Aconselhamento. Organizado pela Câmara Municipal de Oeiras e Faculdade de Motricidade Humana. Oeiras, 10 e 11 de Abril.

- Pate, R. R., Long, B. J. & Heath, G. (1994). Descriptive epidemiology of physical activity in adolescents. *Pediatric Exercise Science*, 6, 434-447.
- Romero, A. J., Robinson, T., Kraemer, H. C. et al. (2001). Are perceived neighbourhood hazard a barriers to physical activity in children? *Arch Pediatrics Adolesc Med.*, 155, 1143-8.
- Rosen, C. S. (2000). Integrating stage and continuum model to explain processing of exercise message and exercise initiation among sedentary college students. *Health Psychology*, 14, 172-180.
- Sallis, J. F.; Hovell, M. F. (1990). Determinants of exercise behaviour. *Exercise and Sport Sciences Reviews*, 18, 307-330.
- Sallis, J. F.; Hovell, M. F.; Hofstetter, R. & Barrington, E. (1992). Explanation of vigorous physical activity during two years using social learning variables. *Soc. Sci. Med.*, 34 (1), 25-32.
- Sallis, J. F.; Nader, P. & Broyles, S. et al. (1993). Correlates of physical activity at home in Mexican-American and Aglo-American preschool children. *Health Psychology*, 12, 5, 390-390.
- Sallis, J. F.; Zakarian, J. M.; Hovell, M. F. & Hofstetter, C. R. (1996). Ethnic, socio-economic and sex differences in physical activity among adolescents. *Journal of Clinical Epidemiology*, 49, 2, 125-134.
- Sallis, J. F. & Owen, N. (1999). *Physical Activity & Behavioral Medicine*. Thousand Oaks, Cal., Sage Publication, Inc.
- Sallis, J. F., Prochacka, J. J. & Taylor, W. C. (2000). A review of correlates of physical activity of children and adolescents. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 32 (5), 963-975.
- Sampaio, D. (1997). *A cinza do tempo*. Lisboa: Editorial Caminho.
- Sherwood, N. E. & Jeffery, R. W. (2000). The behavioural determinants of exercise: implications for physical activity interventions. *Annual Reviews*, 20, 21-44.
- Smith, A. L. (2003). Peer relationships in physical activity contexts: a road less traveled in youth sport and exercise psychology research. *Psychology of Sport and Exercise*, 4, 25-39.
- Soares, I. (2000). *Psicopatologia do desenvolvimento: trajetórias (in)adaptativas ao longo da vida*. Coimbra. Editora Quarteto.
- Sprinthall, N. A. & Collins, W. A. (1994). *Psicologia do adolescente: uma abordagem desenvolvimentista (2ªed.)*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

- Taylor, W. C.; Baranowski, T, & Sallis, J. F. (1994). Family determinants of childhood physical activity: A social-cognitive model. In Dishman, R. D. (ed.) *Advances in Exercise Adherence*. Human Kinetics Publ., Champaign, Illinois.
- Tercedor, P. (2001). *Actividad física, condicion física y salud*. Sevilla: Wanceulen.
- Weinberg, R., Tenenbaum, G., McKenzie, A., Jackson, S., Anshel, M., Grove, R. & Fogarty, G. (2000). Motivation for young participation in sport and physical activity: relationships to culture, self-reported activity levels, and gender. *International Journal of Sport Psychology*, 31, 321-346.
- Villares Oliveira, C. (1999). *Os jovens e os seus pares: Estudo sociométrico e psicopatológico de uma população escolar*. Tese de doutoramento apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. (não publicada) Coimbra.
- World Health Organization (1998). *Obesity: preventing and managing the global epidemic*. Vol WHO/NUT/NCD/98.1.1998. Geneva, Switzerland: WHO.

Competências de vida e estilos de vida activos

Luis Calmeiro

Ao longo da vida, os indivíduos passam por determinados estádios que representam diferentes formas de relação com o mundo, com os outros e consigo mesmos. A adolescência é um período em que os indivíduos procuram assumir uma maior independência face aos pais, alguma irreverência face à autoridade dos adultos e onde as relações com os pares assumem gradualmente maior importância. É uma fase muito associada à experimentação e auto-descoberta, pelo que os comportamentos de risco são mais frequentes.

A actividade física poderá ser um meio para ensinar aos jovens as competências pessoais necessárias para uma vida com sucesso. A aquisição destas competências através da sua prática justifica-se não só porque são a base para a manutenção de estilos de vida activos ao longo da vida, mas também porque podem ser transferíveis para outros contextos. Esta transferência não é, na maioria das vezes, automática, devendo ser planeada e orientada através de programas específicos. Neste artigo, esta relação será reflectida, analisando a sua pertinência para o sucesso dos indivíduos nos vários domínios da vida e providenciando exemplos de como a transferência de competências aprendida nos contextos de actividade física geral ou desportiva pode ser feita de uma forma intencional.

Competências de Vida Básicas

A promoção de competências de vida de uma forma eficaz implica conhecimento das alterações por que os indivíduos passam ao longo do seu desenvolvimento. Em cada período da vida, as pessoas são confrontadas com desafios e tarefas particulares. Durante a infância, a percepção e compreensão do mundo social são grandemente influenciadas pela família. As crianças aprendem inicialmente a relacionar-se através da observação dos pais, interagindo entre eles e com outras pessoas, aprendendo os seus estilos relacional e de vida. Tanto a componente verbal como a não verbal da comunicação interpessoal, o tipo de abordagem e de solução de conflitos, a capacidade de negociação, são competências aprendidas através de modelos parentais (Calmeiro & Matos, 2004). O comportamento social é formatado em função da avaliação do resultado das interações, o que proporciona um feedback importante para o reforço ou extinção de acções subsequentes.

A fase da adolescência encerra em si os pressupostos subjacentes ao desenvolvimento de programas que visam o desenvolvimento das competências de vida (Dias, Cruz & Danish, 2001). As tarefas que se apresentam aos

adolescentes estão relacionadas com a aquisição de competências, gestão de emoções, conquista de autonomia, estabelecimento e desenvolvimento de relações interpessoais mais maduras e desenvolvimento de integridade pessoal (Danish, Fazio, Nellen & Owens, 2002).

Ser adolescente significa aceitar, rejeitar ou modificar novos papéis bem como outros previamente adquiridos. Acompanhando as modificações biológicas (i.e., a puberdade), os adolescentes experimentam igualmente uma modificação da rede social, na qual os pares passam a ter uma forte influência (Dias et al., 2001). Assim, o início da separação emocional dos pais e a aquisição de uma identidade separada, a maturação das capacidades cognitivas (e.g., raciocínio moral), a focagem nas relações de pares em oposição às parentais, a transição para o trabalho adulto e o preenchimento de diferentes papéis na família, representam significativas alterações emocionais, cognitivas, interpessoais e sociais (Danish et al., 2002).

Os vários contextos (escolares e extra-escolares) onde os jovens se passam a mover com mais frequência, proporcionam inúmeras oportunidades de interacção, aumentando a probabilidade de que se envolvam em comportamentos de risco e enveredem por estilos de vida pouco funcionais e comprometedores do bem-estar (Dias et al., 2001). Para ser bem sucedido, o adolescente necessita de adquirir as competências de vida necessárias ao funcionamento de uma forma eficaz na família, na escola ou na comunidade. Para tal, Danish et al. (2002) subscrevem que é desejável que, durante a adolescência, os indivíduos adquiram as seguintes características: (1) capacidade de processamento de informação proveniente de variadas fontes e da sua comunicação de uma forma clara; (2) empenhamento numa vida com significado, aprendendo e adaptando as aprendizagens a diferentes contextos educativos e laborais; (3) capacidade cívica através da participação em actividades comunitárias e empatia e preocupação pelo bem-estar dos outros; (4) ética e atitude em conformidade, e (5) saúde do ponto de vista bio-psicossocial.

Comportamentos de saúde e expectativas positivas de futuro

A promoção de comportamentos de saúde deverá encorajar a "cultura do *sim*", em oposição "à cultura do *não*", isto é, fornecer alternativas positivas aos comportamentos de "não fumar, não beber, não tomar drogas". A manutenção de estilos de vida activos, enquanto comportamento de saúde, poderá ser uma forma de proporcionar uma cultura alternativa à que está associada aos comportamentos de risco. Se os adolescentes tiverem opções de vida saudáveis e competências pessoais e sociais associadas ao sucesso, mais facilmente resistirão ao envolvimento em comportamentos não-saudáveis. Os comportamentos de risco são mais prováveis em indivíduos que têm expectativas negativas, preocupando-se e investindo menos em termos de longo-prazo. Por conseguinte, desenvolvimento

de competências de vida equivale à promoção de expectativas num futuro mais positivo (Dias et al., 2001).

Os modelos que melhor explicam a modificação de comportamentos envolvida na adopção e manutenção de um estilo de vida activo, são os que se centram em parâmetros como a percepção de competência, autonomia e eficácia pessoais (Biddle, 1994). Os programas de promoção de competências pessoais assentam grandemente na melhoria da capacidade dos indivíduos para lidar com variadas situações nos diversos domínios. Procura-se ensinar a reflectir e planear o futuro, a ser auto-suficiente mas, também, a saber procurar relações de ajuda. O sucesso do desenvolvimento destas capacidades passa por saber identificar, estabelecer e atingir objectivos, na medida em que estas competências promovem a percepção de controlo sobre a vida. (Danish, Petitpas & Hale, 1992). As competências de vida facilitam a percepção de controlo sobre o futuro, permitem encará-lo com maior confiança e desenvolver uma atitude mais activa, através da utilização de estratégias conducentes ao sucesso. Neste âmbito, a conceptualização de programas de intervenção deverá passar por ensinar os adolescentes a pensar sobre o futuro e a desenvolver confiança, a adquirir a percepção de controlo sobre si mesmos e o envolvimento, de forma a que possam tomar melhores decisões e tornar-se melhores cidadãos (Danish et al., 2002).

Dentro desta perspectiva, o Projecto Aventura Social (Matos 1998; Matos, Simões & Carvalhosa 2000) tem como objectivo geral a ajuda a adolescentes em risco para a construção de um projecto de vida com expectativas positivas no futuro. Trata-se de uma intervenção que tem por base o desenvolvimento de competências sociais e pessoais ensinando os jovens a (1) identificação e utilização de componentes do comportamento aberto na comunicação interpessoal verbal e não verbal; (2) utilização de estratégias de identificação e solução de problemas e gestão de conflitos; (3) gestão das emoções e identificação e utilização de comportamentos assertivos em diferentes contextos.

Competências de Vida e Actividade Física

Os períodos de transição associados às diferentes fases da vida apresentam dificuldades e desafios próprios que têm repercussões no modo de vida das pessoas. As modificações ecológicas estruturais típicas destas fases transaccionais constituem factores de risco na adopção e manutenção de estilos de vida saudáveis (Matos 1994; 1988; Matos, Simões & Carvalhosa, 2000). Entrar ou sair da escola, entrar na universidade, obter o primeiro emprego, o casamento, a maternidade/paternidade ou a reforma exigem um ajustamento a novas condições de vida, muitas vezes dificultando a adesão a estilos de vida activos. Assim, o ensino de estratégias que preparem as pessoas para ultrapassar estas fases pode aumentar a probabilidade de que os jovens venham a ser adultos activos. Este

cenário sugere a necessidade de um aprofundamento da noção de competência pessoal e social e da sua aplicação directa à adopção de estilos de vida activos, o mais cedo possível (Calmeiro & Matos, 2004).

A prática da actividade física, livre ou organizada, é propícia ao desenvolvimento de competências associadas à mestria, ao desempenho e ao sucesso. Através desta prática, os jovens aprendem a exercer controlo sobre o seu próprio comportamento e a utilizar estratégias que podem ser generalizados a outros contextos (e.g., académico, relações sociais). Desta forma, as práticas de actividade física podem ser utilizadas como analogias para o ensino de competências para uma vida bem sucedida (Danish et al., 2002; Dias et al., 2001). No entanto, a promoção de estilos de vida activos implica mais do que simplesmente o envolvimento dos indivíduos em actividades físicas. Para que a sua prática se torne um comportamento de saúde que possa ser mantido ao longo da vida, é necessário saber como fazer dela um hábito regular. Apesar de parecer razoável pensar-se que os hábitos de actividade física formados na adolescência possam ser transportados para a vida adulta, Smith e Biddle (1995) chamam a atenção para a escassez de provas que consubstanciem claramente esta hipótese.

A participação futura em actividades físicas está grandemente influenciada pela qualidade da experiência. Experiências negativas como aborrecimento, falta de escolha, avaliações negativas dos pares conduzem a percepções de incompetência e falta de autonomia e reduzem a motivação intrínseca. No entanto, o desenvolvimento da percepção de competência é possível, mesmo em indivíduos menos hábeis, através de um clima orientado para a mestria. De acordo com Corbin (2002), uma auto-estima positiva relacionada com a percepção de competência nas actividades motoras está relacionada com uma vida adulta activa. Assim, a actividade física deverá possuir significado pessoal e, como tal, as experiências deverão ser reflectidas e interiorizadas.

Desta forma, numa perspectiva educativa, não se deve esperar que a prática pura e simples da actividade física ou desportiva opere os seus benefícios. Pelo contrário, deve saber-se orientar e integrar a experiência dos jovens neste processo.

Intervenção na escola

A implementação de programas que ensinem aos jovens como começar e manter uma actividade física regular deverá constituir um dos objectivos educacionais primordiais (Sallis & Owen, 1999). Depois da influência inicial da família, a escola tem sido vista como um local de eleição para o estabelecimento de hábitos de actividade física (Smith & Biddle, 1995). A escola facilita o acesso a um elevado número de jovens, inclui contextos institucionais de prática (i.e., Educação Física, Desporto Escolar) e constitui um local de excelência para intervenções de carácter educativo. Para além disso, o papel da Educação Física

na promoção de estilos de vida saudáveis é reforçado pelo facto de vários estudos indicarem que a educação para a saúde lhe deve estar associada (Sallis et al., 1992; Luepker et al., 1996). Contudo, a avaliar pelas proporções epidémicas do sedentarismo, a Educação Física na escola não parece estar a contribuir suficientemente para a promoção de estilos de vida activos (Kaplan, Sallis & Patterson, 1993). Em primeiro lugar, os currículos actuais não têm sido eficazes no desenvolvimento de estilos de vida que transformem as crianças em adultos activos (Smith & Biddle, 1995). Acresce que, para a maioria dos alunos, a quantidade de actividade física proporcionada, apesar de importante, é insuficiente à luz das actuais recomendações (Kaplan et al., 1993).

Em segundo lugar, à medida que os jovens avançam na sua carreira escolar, o apoio institucional à actividade física vai diminuindo. O número de horas atribuídas à Educação Física no ensino secundário tem progressivamente sido reduzido e, ao nível do ensino superior, verifica-se uma inexistência generalizada de uma estrutura capaz de responder às necessidades de prática.

Em terceiro lugar, sugere-se que, por si só, a ênfase dada às actividades de condição física na escola tem um impacto limitado na adesão à actividade física livre. Apesar da maioria destas actividades serem bastante pertinentes para a vida adulta, a perspectiva mecanicista de que a promoção da saúde se reduz à participação dos alunos nas actividades, muitas vezes pouco auto-determinada, é limitadora do ponto de vista da promoção de estilos de vida activos. Os aspectos psicológicos e sócio-culturais deste envolvimento são frequentemente ignorados. Se os alunos não compreenderem e interiorizarem a relevância destas actividades, se não aprenderem como iniciar e manter uma actividade física regular por si só e não souberem como transferir esse conhecimento para as suas vidas futuras, será mais provável que se tornem adultos sedentários. Tal só sera possível através de uma prática reflectida. Em defesa deste ponto, há um vasto conjunto de resultados de avaliações de programas de intervenção (Lupker et al., 1998; Matos, 1998; Matos, Simões & Carvalhosa, 2000), que salientam que quando se pretendem potenciar os efeitos psicológicos benéficos da actividade física, a acção/actividade *per si*, isto é, um conjunto de actividades não reflectidas e interiorizadas, ainda que obtenha a aprovação e motivação dos sujeitos, tem efeitos passageiros, sendo os resultados a médio e longo prazo ambíguos ou pouco animadores.

Por outro lado, os testes de condição física deverão ser utilizados com uma finalidade educativa, no ensino dos conceitos relacionados com a Educação Física, e não para medir a "forma física" dos alunos. De acordo com Whitehead e Corbin (1991, cit. Smith & Biddle, 1995), estes testes têm uma função motivadora, mas essencialmente naqueles que apresentam melhores resultados. Nos que obtêm piores resultados verifica-se um declínio da motivação intrínseca. Assim, os testes de condição física não têm automaticamente efeitos positivos na

promoção da actividade física.

Corbin (2002) refere um conjunto de factores que justificam a promoção da actividade física como objectivo prioritário da Educação Física: (1) a condição física nas crianças é grandemente influenciada por aspectos hereditários, (2) a idade e a maturação são tão importantes na predição da condição física quanto a actividade física e (3) a relação entre actividade física e condição física não é tão forte nos jovens como nos adultos, pelo que não se podem inferir os níveis de actividade física de uma criança através da condição física. Assim, é necessário ensinar hábitos regulares de actividade física aos jovens, mesmo aos que possuem bons níveis de condição física pois, de acordo com Cavill, Biddle e Sallis (2001), "por razões de saúde pública, é mais importante monitorizar a participação dos jovens em actividades físicas do que a sua condição física" (p. 16).

Finalmente, verifica-se uma dificuldade de transferência de grande parte das actividades curriculares para outras fases e domínios. Assim, defende-se que a promoção da actividade física enquanto comportamento de saúde, deverá abarcar uma visão psico-educacional, na qual o factor mais relevante, para além da optimização do tempo útil das aulas e aumento do tempo nas tarefas, é a preparação dos alunos para que continuem a ser activos fora da escola e a longo-prazo.

Assim, defende-se que a promoção de estilos de vida activos nos jovens, na escola, será mais eficaz através da integração (1) de actividades relevantes para os adultos, preparando-os para ultrapassar condicionalismos próprios da vida adulta (Sallis & McKenzie, 1991; Smith & Biddle, 1995) e (2) do ensino de estratégias cognitivo-comportamentais que possam ser aplicadas em qualquer momento da vida (Calmeiro, 1999).

Nesta perspectiva, uma equipa de investigadores de São Diego (EUA) desenvolveu, implementou e avaliou o projecto SPARK (*Sport, Play, and Active Recreation for Kids*). Esta intervenção é orientada para crianças dos oito aos dez anos de idade e consiste num programa de Educação Física que inclui duas vertentes distintas, mas complementares: o *SPARK PE (SPARK Physical Education)*, um currículo baseado em actividades orientadas para a melhoria da saúde e de mais fácil transferência para a vida adulta, e o *SPARK Self-management*, baseado no ensino de estratégias cognitivo-comportamentais facilitadoras da adesão à actividade física a longo prazo (Sallis, McKenzie, Alcaraz, Kolody, Faucette & Hovell, 1997), tendo esta vertente sido considerada como crítica para uma vida futura activa (Corbin, 2002).

Calmeiro (1999) traduziu e adaptou para a população adolescente a vertente *self-management*, designando-a por Programa de Gestão Pessoal da Actividade Física (PGPAF). Este programa tem como base o ensino de estratégias cognitivo-comportamentais, susceptíveis de promover estilos de vida activos. Aplicado na

escola, procura ensinar os alunos a ser responsáveis pelo seu próprio programa de actividade física, tornando-os autónomos na escolha. Preconiza a interiorização e integração no dia-a-dia de estratégias como o estabelecimento de objectivos, o monólogo interno, o desenvolvimento da motivação intrínseca, a identificação de barreiras e a resolução de problemas, a procura do apoio da família e dos amigos e a manipulação do envolvimento (i.e., controlo do estímulo e gestão do reforço).

Os jovens aprendem a identificar e a construir um bom objectivo, preparando um conjunto de pequenos passos que, de uma forma consistente, fomenta uma vida mais activa. A definição de objectivos e a sua divisão em pequenas metas melhora a percepção de auto-eficácia, determinando a força do compromisso estabelecido e a perseverança na sua manutenção. Desta forma, os indivíduos mais sedentários poderão sentir-se tão bem sucedidos quanto os mais activos.

Durante a aplicação deste programa, os alunos são encorajados a planear a actividade física para a semana seguinte. No sentido de motivar os alunos a cumprir os seus objectivos, é implementado um sistema de recompensas que reforce o comportamento alvo. Este sistema está sujeito a um conjunto de regras que promovem o envolvimento na actividade física moderada e regular, o comprometimento e a procura do apoio da família e dos amigos na prossecução dos objectivos. Através de um processo de desvanecimento, vai sendo progressivamente retirado à medida que os alunos se vão consciencializando dos benefícios da prática e aprendendo formas de se auto recompensar.

O processo de resolução de problemas é também analisado com os alunos. A sua abordagem estruturada, metódica e sistemática favorece a identificação e experimentação de soluções criativas para a ultrapassagem de barreiras na mudança comportamental (Calmeiro & Matos, 2004). Através desta estratégia os alunos aprendem a identificar claramente problemas específicos, a redefini-los de forma positiva e a encontrar alternativas.

Este processo assenta na utilização dos princípios do método científico, baseando-se na experimentação e na recolha de dados. Após a identificação do objectivo comportamental (e.g., prática de actividade física vigorosa três vezes por semana durante pelo menos 20 minutos) procede-se a recolha de dados relativos aos reais padrões comportamentais. Nesta fase, os processos de auto-monitorização ajudam a identificar os padrões de comportamento que prejudicam ou favorecem a manutenção ou adopção de uma prática regular. Uma vez identificados os problemas, procuram-se as soluções que maximizem a mudança. Através de um processo de *brainstorming*, ou pensamento alternativo, o sujeito é encorajado a gerar uma lista de soluções, o mais alargada e criativa possível. Desta lista, as melhores são escolhidas e colocadas em prática através da operacionalização de novos objectivos. Após um período de experimentação destas soluções, é feita nova recolha de dados comportamentais. Estes são comparados com os dados

originais no sentido avaliar a eficácia de cada solução. Este processo de avaliação permite manter, ajustar ou substituir a solução experimentada.

O apoio social é também muito importante para a modificação dos comportamentos, tendo um impacto capital na adesão ao exercício (Caron, Hausenblas & Mack, 1996; Dishman & Sallis, 1994; Sallis & Owen, 1999). Saber como procurar o apoio dos pais e dos amigos é uma competência de vida e deve ser uma componente fundamental na implementação de um programa de promoção de estilos de vida activos. Através da discussão das actividades com a família, da procura de companhia ou do comprometimento para a prática de actividades físicas, pretende-se que os alunos consigam envolver os mais significativos no processo de modificação comportamental.

Para além destas estratégias, outros aspectos relacionados com estilos de vida activos e saudáveis são debatidos, tais como a moderação, a imagem corporal e a identificação e diminuição dos comportamentos sedentários. Apesar de se promover estilos de vida activos não se pretende transmitir a ideia de que "quanto mais... melhor", discutindo-se a necessidade de moderação tanto na actividade física, como nos hábitos alimentares e noutros comportamentos (e.g., ver televisão). Estando os hábitos alimentares e a actividade física relacionados com a alteração da imagem corporal, discutem-se também questões relacionadas com perturbações a este nível (i.e., anorexia nervosa, bulimia).

A importância e a riqueza do ensino destas estratégias não se esgota na possibilidade de favorecimento de estilos de vida activos. A participação na actividade física pode ter efeitos benéficos no desenvolvimento psicossocial dos participantes através da aprendizagem de competências sociais e pessoais. Com efeito, a actividade física não constitui um fim por si só, mas um meio para a melhoria de competências de vida e de promoção do crescimento pessoal. Os princípios aprendidos através da sua prática podem ser transferíveis para outros domínios da vida adulta (Danish, Nellen & Owens, 1996). Estabelecer objectivos, comprometer-se e persistir na sua concretização, promover estados de espírito positivos através da auto-instrução, tomar decisões e resolver problemas, procurar instrução e apoio social, saber trabalhar com outros constituem capacidades cognitivas que podem favorecer o sucesso nos vários contextos de vida, tais como na escola, no trabalho, nas relações familiares e sociais.

Competências de Vida e Desporto

O desporto oferece também inúmeras oportunidades para promoção do desenvolvimento psicossocial dos participantes. Este contexto constitui um *forum* onde se aprendem princípios de responsabilidade, conformidade, persistência e tomada de decisão. Através da prática desportiva, os jovens redefinem a sua identidade, descobrem novas competências e têm a possibilidade de aplicar

aqueles princípios a áreas extra-desportivas (Dias et al., 2001). No entanto, esta generalização das competências nem sempre é automática. É necessário saber reflectir e adaptar, o que é em si uma competência de vida (Danish et al., 2002).

O desporto é uma actividade humana que exige uma prática sistemática na procura da excelência. Neste processo, pode tornar-se num campo de descoberta de valores, que exige a obediência a regras, a aceitação da autoridade dos outros, a subordinação a um "bem" mais elevado (e.g., objectivo do grupo, da comunidade), o trabalho em grupo e a consciencialização dos próprios limites. Este contexto de desafio constante sujeita os jovens a questionar as suas atitudes, escolhas e preferências, o que define parcialmente o valor da actividade (Arnold, 1999).

A crença de que a prática desportiva ajuda a construir o carácter é bastante generalizada. De facto, de uma perspectiva idealista, é de considerar que num contexto em que (1) para competir é necessário cooperar, (2) para se ter sucesso é preciso comunicar eficazmente, definir objectivos, aceitar e assumir papéis num grupo, e (3) em que a própria aceitação da competição implica, a aceitação de regras e o respeito pelo adversário e demais agentes enquanto elementos indispensáveis para o processo competitivo e a auto-superação, a prática desportiva seja uma escola de virtudes pelas muitas oportunidades de aprendizagem que proporciona. No entanto, o desenvolvimento destas virtudes não é automático, mas grandemente determinado pela qualidade da intervenção que é proporcionada aos jovens (Calmeiro, Stoll & Beller, 2004; Kavussano & Ntoumanis, 2003; Shields & Bredemeier, 1995).

Entendendo as virtudes como formas de excelência que os sujeitos possuem (Arnold, 1999), elas estão tão associadas ao desenvolvimento pessoal e a uma vida comunitária harmoniosa, como à valorização do bem intrínseco de certas práticas relacionais. A actividade desportiva proporciona a possibilidade de descoberta destes valores, à medida que os participantes procuram melhorar os padrões de excelência comportamental específicos. Assim, o processo de desenvolvimento das "formas de excelência" necessita também de ser reflectido, interiorizado e praticado de forma deliberada. Por exemplo, Arnold chama a atenção para que a coragem não está confinada à execução de um difícil gesto técnico ou a uma tomada de decisão arrojada durante um jogo; coragem revela "uma qualidade de carácter que pode ser utilizada numa variedade de contextos – físico, moral ou intelectual" (p.44).

O desporto faz sentido enquanto actividade educativa se for uma forma de promoção do crescimento pessoal. Apenas uma fracção das crianças e dos jovens que praticam, ou praticaram desporto, seguem carreiras profissionais relacionadas. No entanto, a participação em actividades desportivas ajuda a definir a identidade dos participantes e a encontrar e desenvolver outros interesses e capacidades (e.g.,

sociais). Aplicar os princípios aprendidos durante a participação desportiva a outros domínios da vida adulta é uma estratégia educativa de grande relevo (Danish et al., 2002).

No entanto, como já foi referido, na maioria das vezes, os jovens praticantes necessitam de ajuda na generalização das aprendizagens adquiridas ou dos valores descobertos e redescobertos. De acordo com Dias et al. (2001), os adolescentes nem sempre acreditam que possuem competências válidas noutros contextos, nem se apercebem de que aquelas aprendizagens podem ser transferíveis e aplicadas igualmente com sucesso noutros domínios da vida.

Por vezes, alguns adolescentes fazem do desporto o ângulo da construção da sua identidade pessoal, pelo que se sentem pouco motivados para explorar papéis não-desportivos. Estes jovens constroem de si uma imagem de atletas bem sucedidos e não de pessoas bem-sucedidas, o que pode diminuir a sua auto-confiança na exploração de outros papéis extra-desportivos se aí anteciparem insucesso (Dias et al., 2001).

O envolvimento num grupo desportivo faz dos participantes membros de uma comunidade, partilhando compromissos e construindo laços sociais. O sentimento de pertença cria oportunidades para o fomento de valores sociais (e.g., compaixão, generosidade, empatia) e desenvolvimento de uma identidade de grupo.

Outro aspecto que fundamenta a necessidade do desenvolvimento, implementação e avaliação de programas de promoção de competências pessoais e sociais com jovens atletas, prende-se com a necessidade de uma prática sistemática e deliberada das competências aprendidas. Tal como os comportamentos motores, os comportamentos sociais aprendem-se através da demonstração, modelação e prática (Danish et al., 1992; Dias et al., 2001). Tal como andar de bicicleta é uma competência motora, relacionar-se com os outros é uma competência social. Os processos de aprendizagem são os mesmos, sendo pois possível ensinar competências sociais com a mesma metodologia de ensino de capacidades motoras (Calmeiro & Matos, 2004).

Intervenção no desporto

O desporto fornece um contexto rico em situações que exijam o desenvolvimento de mestria e o desempenho óptimo. Como já referido, este tipo de exigências não são exclusivas da actividade desportiva, podendo-se encontrar em outros domínios. Assim, através da actividade física desportiva, os jovens podem aprender a construir e refinar competências de vida. Muitas vezes não é a falta de competências que dificulta a obtenção do sucesso em outros domínios, mas sim a falta de conhecimento sobre que competências e como as transferir (Danish et al., 1992). Segundo estes autores, para que as competências possam ser transferíveis é necessário que os jovens compreendam que:

(1) possuem qualidades enquanto pessoas úteis noutros contextos.

Os jovens devem ser ajudados a reconhecer que, para além de competências motoras, possuem competências cognitivas (i.e., traçar planos mentais, resolver problemas) e sociais (i.e., comunicar, trabalhar com os outros, aceitar os valores, atitudes e crenças de outros) que podem ser usados, de forma mais lata, para explorar os limites pessoais e relevantes para o bem-estar.

O instrutor deverá reflectir com os jovens sobre quais as qualidades que os tornam eficazes no desporto e ajuda-los a determinar o valor dessas qualidades noutros contextos. Que competências podem ser transferíveis? Porque é que os jovens consideram importante tê-las aprendido? Já as utilizaram noutros contextos? Se sim, com que eficácia? Se não, por que motivos?

(2) estas capacidades são competências que podem ser aprendidos da mesma maneira que as competências motoras, através de modelação e pratica supervisionada.

Primeiro, a capacidade é descrita em termos comportamentais, justificando-se a sua utilização. Depois a competência é demonstrada para que os participantes possam diferenciar entre um comportamento bem sucedido de um mal sucedido. Seguidamente, criam-se oportunidades para que o comportamento-alvo seja treinado, através de trabalhos para casa ou supervisão *in vivo*, tirando partido dos inúmeros momentos que a actividade desportiva proporciona. Finalmente, os níveis comportamentais atingidos são avaliados e as necessidades são revistas.

(3) o nível de ansiedade com que se encara uma nova situação dificulta a transferência das competências.

O instrutor deverá saber para que contextos os atletas querem transferir as competências aprendidas e assumir a tarefa de os ajudar a preparar-se de uma forma semelhante à preparação pré-competitiva, desenvolvendo um plano e progressivamente aplicá-lo em situações de "treino".

(4) a confiança nas capacidades pessoais afecta a motivação para investir no novo contexto.

Este factor evita frequentemente que os jovens tomem riscos de uma forma apropriada, evitando as situações ou incorrendo em comportamentos de risco que condicionam o bem-estar. Os jovens deverão ser desafiados a perceber os factores associados a esta dificuldade (e.g., medo de parecer "pouco inteligente", perder a afiliação ao grupo de pares). Uma análise dos custos e benefícios do comportamento é normalmente uma boa forma de levantar questões pertinentes para discussão.

(5) é importante saber procurar relações de ajuda.

O pedido de ajuda pode ter significados diferentes para os adolescentes. Por exemplo, poderá ser entendido como um sinal de fraqueza ou de perda de autonomia que eles querem evitar a todo o custo. Assim é importante redefinir

este significado, bem como saber a quem pedir ajuda e como fazê-lo.

Esta ideia está na base no desenvolvimento de um programa de promoção de competências de vida através do desporto, levado a cabo por Danish e colaboradores no *Life Competências Center* da *Virginia Commonwealth University*. O programa SUPER (*Sports United to Promote Education and Recreation*) é destinado a jovens dos 10 aos 16 anos e tem como objectivo a conversão das experiências desportivas em lições de vida. Os participantes são ensinados a melhorar o seu rendimento desportivo através de capacidades motoras e mentais e a reconhecer e aplicar estas capacidades em situações dentro e fora do desporto (Danish et al., 2002).

Neste programa ajudam-se os jovens atletas a identificar o seu sonho no desporto, a transformar o sonho em objectivos, a estabelecer-los de um modo realista, a desenvolver planos de acção para os atingir, a identificar e ultrapassar obstáculos, a aprender a gerir as emoções, a acreditar nas capacidades próprias e a criar uma rede de apoio social. Assim que os indivíduos sejam capazes de definir objectivos específica e claramente, podem desenvolver as necessárias competências interpessoais e intrapessoais (Danish et al., 1992; Dias et al., 2001).

A implementação do programa é realizada por atletas/estudantes mais velhos, servindo não só de modelos aos mais novos, mas também facilitando a liderança, na medida em que provêm do mesmo contexto físico e social que os participantes. Os líderes ensinam as capacidades motoras, ajudam a melhorar o desempenho desportivo e ensinam competências de vida. Neste processo, recebem formação e supervisão dos membros do staff do *SUPER*.

No final do programa, os participantes deverão compreender que (1) existe uma relação entre excelência do desempenho no desporto e excelência do desempenho na vida, (2) as capacidade mentais podem melhorar tanto o desempenho desportivo como pessoal, e (3) existem modelos de comportamento positivos por entre os seus pares que servem de exemplos de sucesso com que os participantes se podem identificar.

Conclusão

A actividade física é um meio de eleição para desenvolver competências de vida, designadamente competências pessoais e sociais. As aprendizagens proporcionadas pela prática podem ser transferidas com sucesso para outros contextos da vida. No entanto, esta transferência não é automática. Só será feita com sucesso se os indivíduos forem auxiliados na reflexão e integração das aprendizagens.

O desenvolvimento e implementação de programas de ensino de competências sociais e pessoais são cada vez mais frequentes, numa perspectiva de prevenção do desajustamento social com crianças e adolescentes em oposição à tradicional

abordagem clínica (Spence & Matos, 2000). No âmbito da promoção de comportamentos de saúde, entendida de uma forma mais lata, começam a aparecer programas com objectivos semelhantes, utilizando a actividade física em contextos escolar (Calmeiro, 1999) e desportivo (Dias et al., 2001).

Os programas de promoção de actividade física com base numa perspectiva psico-educacional apresentam benefícios que vão para além da adopção de estilos de vida activos. As competências que permitem o sucesso das intervenções podem ser utilizadas no trabalho, em casa, nos grupos de pares. A implementação de programas como o PGPAF ou o SUPER são exemplos de como as experiências vividas através das várias formas de actividade física podem ser também experiências de vida e para a vida.

Referências

- Arnold, P. (1999). The virtues, moral education, and the practice of sport, *Quest*, 51, 39-54.
- Biddle, S. (1994). What helps and hinders people becoming more Physically active? In A. Killoran, P. Fentem & C. Caspersen (Eds.), *Moving on International Perspectives Promoting Physical Activity*, London: HEA.
- Calmeiro, L. (1999). *A Promoção na Actividade Física em Adolescentes. Estudos dos Efeitos do Programa de Gestão Pessoal nas Intenções e Comportamentos Face à Actividade Física: Um Modelo de Aplicação em Meio Escolar*. Tese de mestrado não publicada.
- Calmeiro, L. & Matos, M. (2004). *Psicologia do exercício e da saúde*. Lisboa: Visão & Contextos.
- Calmeiro, L.; Stoll, S. & Beller, J. (2004). The RSBH Value-judgment Inventory: Preliminary Analysis of the Portuguese Version. *Actas do XIX Annual Congress of the Association for the Advancement of Applied Sport Psychology*, 29 September-3 October, Minneapolis, Minnesota, USA.
- Carron, A., Hausenblas, H. & Mack, D. (1996). Social Influence and Exercise: A Meta-Analysis. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 18, 1-16.
- Cavill, N., Biddle, S. & Sallis, J. (2001) Health Enhancing Physical Activity for Young People: Statément of the United Kingdom Expert Consensus Conference. *Pediatric Exercise Science*, 13, 12-25.
- Corbin (2002). Corbin, C.B. (2002). Physical Activity for Everyone: What Every Physical Educator Should Know About Promoting Lifelong Physical Activity. *Journal of Teaching in Physical Education*, 21, 128-144.
- Danish, S.; Fazio, R.; Nellen, V. & Owens, S. (1996). Teaching Life competências through sport: Community-based programs to enhance adolescent development. In Van Raalt & Brewer (Eds.), *Exploring Sport and Exercise Psychology* (pp.269-288). Second Edition. Washington, DC:

American Psychological Association.

- Danish, S.; Petitpas, A. & Hale, B. (1992). A developmental-educational model of sport psychology, *The Sport Psychologist*, 6, 403-415.
- Dias, C., Cruz, J. & Danish, S. (2001). O desporto como contexto para a aprendizagem e ensino de competências de vida: programas de intervenção para crianças e adolescentes. *Análise Psicológica*, 1 (XI), 157-170.
- Dishman, R. & Sallis, J.F. (1994). Determinants and interventions for physical activity and exercise. In C.Bouchard, R.Shephard & T.Stephens (Eds.), *Physical activity, fitness, and Health: Internatiopnal proceedings and consensus statement* (pp. 214-238). Champaign: Human Kinetics.
- Luepker, R., Perry, S., McKinlay, S, Nader, P., Parcel, G., Stone, E., Webber, L., Elder, J., Feldman, H., Johnson, C., Kelder, S. & Wu, M. (1996). Outcomes of a Field Trial to Improve Children's Dietary Patterns and Physical Activity. The Child and Adolescent Trial for Cardiovascular Health (CATCH). *JAMA*, 13, vol.275, n.º 10, 768-776.
- Kaplan, R., Sallis, J. F. & Patterson, T. (1993). *Health and Human Behavior*. McGraw-Hill.
- Kavussanu, M. & Ntoumanis, N. (2003). Participation in Sport and Moral Functioning: Does Ego Orientation Mediate Their Relationship? *Journal of Sport & Exercise Psychology*, Vol 25(4), 501-518.
- Matos, M. (1994). *Corpo, movimento e socialização*, Rio de Janeiro: Sprint.
- Matos, M. (1998). *Comunicação e Gestão de Conflitos na Escola*. Lisboa: Edições FMH
- Matos, M., Simões, C., & Carvalhosa, S. (2000). *Desenvolvimento de Competências de Vida na Prevenção do Desajustamento Social*. Lisboa: FMH/IRS-MJ.
- Shields, D. & Bredemeier, B. (1995). *Character development and physical activity*. Champaign, IL: Human Kinetics.
- Spence, S. & Matos, M. (2000). Intervenções Preventivas com Crianças e Adolescentes. In M. Matos, C. Simões & S. Carvalhosa (Eds.). *Desenvolvimento de Competências de Vida na Prevenção do Desajustamento Social*. Lisboa: Edições FMH.
- Sallis, J.F, Simons-Morton, B., Stone, E, Corbin, C., Epstein, L., Faucette, N., Iannotti, R., Killen, J., Kleges, R., Petray, C., Rowland, T. & Taylor, W. (1992). Determinants of Physical Activity and Interventions in Youth. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, vol. 24, n.º 6, 248-257 (Supplement).
- Sallis, J. F.& McKenzie, T. (1991). Physical Education's Role in Public Health. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, vol. 62, nº 2, 124-137.
- Sallis, J.F., McKenzie, T., Alcaraz, J, Kolody, B., Faucette, N. & Hovell, M.F.

(1997). The Effects of a 2-Year Physical Education Program (SPARK) on a Physical Activity and Fitness in Elementary School Students. *American Journal of Public Health*, 87, 1328-1334.

Smith, A. & Biddle, S. (1995). Psychological Factors in the Promotion of Physical Activity, in Biddle, J. (Ed.). *European Perspectives on Exercise and Sport Psychology*. Human Kinetics Publishers

Competências pessoais e sociais, auto-estima e desportos de aventura e risco

Rui Bernardo & Margarida Gaspar de Matos

Introdução

O desenvolvimento de uma auto-estima positiva contribui de forma determinante para a qualidade de vida e bem-estar psicológico. Entre os adolescentes, a auto-estima está associada a comportamentos saudáveis e a um elevado envolvimento no desporto e no exercício, motivos pelos quais tem sido, consistentemente, um dos principais objectivos dos programas de intervenção que se centram na melhoria de competências e na promoção de comportamentos pró-activos e saudáveis entre os jovens.

O desporto e a actividade física em geral têm sido objecto de estudo e utilizados na realização de inúmeras intervenções. Porém, uma realidade cada vez mais presente mostra que muitas crianças e adolescentes não se envolvem suficientemente em actividade física, de forma a que ela possa ser associada a benefícios de saúde. Os programas mais inovadores e bem sucedidos entre adolescentes apresentam como objectivos a aquisição de competências na área desportiva e a sua inclusão noutras áreas (que se pretende que se prolonguem no futuro), e a orientação e experiências necessárias para que os jovens possam optar por um estilo de vida activo e saudável para toda a vida.

O desporto aventura pode constituir uma abordagem inovadora de promoção da auto-estima, de aquisição de competências pessoais e sociais, e de desenvolvimento de um estilo de vida activo e saudável, constituindo-se uma forma de intervenção apelativa para crianças e adolescentes.

A escola é um contexto único e o mais abrangente para o desenvolvimento nos jovens de competências pessoais e sociais e para os ajudar a optar por comportamentos activos e saudáveis. Neste sentido, possui potencial evidente, tanto para resposta às necessidades individuais dos jovens, como para um impacto positivo na saúde pública.

A adolescência - período crítico do desenvolvimento e das intervenções

A adolescência é uma etapa crítica do desenvolvimento, na qual ocorrem importantes e decisivas alterações morfológicas e psicológicas. Trata-se de um período em que os adolescentes têm de se ajustar a um corpo em transformação e sujeito a maturação, e em que tem lugar todo um processo de reorganização do *self*, o que não pode deixar de se reflectir nas suas auto-percepções. Fruto da

necessidade de reconhecimento por parte do adolescente, neste período operam-se mudanças sociais, designadamente através da importância acrescida e da intensificação do estabelecimento de laços com os grupos de pares, que passam a alternar, de um modo progressivamente mais dominante, com a família enquanto fonte de referência (Senos, 1997). Para Matos e equipa do Projecto Aventura Social e Saúde (2003), esta etapa de grande intensidade e de rápido desenvolvimento pessoal, psicológico, social e emocional pode ser um momento fértil em vários campos e considerado como um período estreito para oportunidades e escolhas.

Neste quadro, é compreensível que muitos adolescentes sofram percursos turbulentos desde a infância à fase adulta e que na maioria se transformem posteriormente em adultos produtivos e saudáveis. Porém, existe uma preocupação crescente relativamente àqueles que não conseguem alcançar todo o seu potencial, seja como trabalhadores, pais ou cidadãos (Matos & equipa do Projecto Aventura Social e Saúde, 2003). Estes casos de jovens "em risco" caracterizam-se normalmente pelo envolvimento pouco favorável em que vivem e pela falta de competências e de valores que apresentam, o que não os ajuda a tornar-se membros responsáveis da sociedade (Collingwood, 1997). O envolvimento e os défices destes adolescentes, assim como o facto de não se sentirem valorizados pela sociedade, colocam-nos em risco de desenvolvimento de sérios e problemáticos comportamentos, que podem incluir abuso de substâncias, delinquência, violência, actividade sexual prematura e desprotegida, e perturbações emocionais (Collingwood, 1997; Danish & Nellen, 1997; Matos, 1998), ou resultar em insucesso e abandono escolar, dificuldades vocacionais e falência de competências sociais. Em suma, existe um reconhecimento de que muitos destes problemas se traduzem em dificuldades ao nível do desenvolvimento e do estilo de vida e, conseqüentemente, o foco das intervenções deverá centrar-se nestes aspectos.

Diversos estudos têm incidido concretamente sobre programas de intervenção com jovens em risco (e.g. Collingwood, 1997; Matos e col., 1990, 2000; Miller, Bredemeier & Shieds, 1997), sendo possível depreender que estes adolescentes, a um certo nível, têm as mesmas necessidades e défices de desenvolvimento para ultrapassar que todos os outros. A partir da análise dos dados relativos a situações extremas, parece possível conhecer o que será necessário para providenciar efectivos programas para todos os jovens, já que como refere Collingwood (1997), os princípios são generalizáveis.

De acordo com Matos e colaboradores (Matos, Simões, Canha, Carvalhosa, Neto & Reis, 2000), resultados consistentes associam os défices de competências sociais a problemas de comportamento, além de que a maioria dos jovens que comete actos anti-sociais apresenta lacunas nas competências interpessoais e

pessoais a nível comportamental e cognitivo. O risco de desenvolvimento de dificuldades de ajustamento pessoal e social surge também muitas vezes associado à dificuldade de expressão de ideias, de defesa de pontos de vista e direitos sem recurso à agressividade, de identificação e gestão de conflitos, de procura de alternativas e de manutenção de decisões (Matos & Carvalhosa, 2000). Um importante conjunto de estudos indica a necessidade de promoção nestes jovens de competências gerais e específicas, ajudando-os a reflectir sobre as suas características pessoais e sociais, a aumentar o seu reportório de respostas, a identificar situações e problemas, a procurar e implementar soluções, a avaliar resultados e a manter ou alterar estratégias (Matos, 1998; Matos, Simões & Carvalhosa, 2000).

Desenvolvimento pessoal e social

A competência social traduz-se numa avaliação de um comportamento social adequado às circunstâncias, reportando-se, segundo Epps (1996 citado em Matos, Simões, Canha, Carvalhosa, Neto, e Reis, 2000), a dois conjuntos abrangentes de competências e processos: os que dizem respeito ao comportamento interpessoal, como sejam a empatia, a assertividade, a gestão da ansiedade e da ira, e as competências de conversação; e os que se referem ao desenvolvimento e manutenção de relações íntimas, envolvendo a comunicação, a resolução de conflitos e as competências de intimidade.

No modelo de aprendizagem de capacidades proposto por Argyle (1969, citado em Matos, 1998) e Trower et al. (1978, citado em Matos, 1998), o comportamento social é adquirido como qualquer comportamento motor, já que os processos de aprendizagem são os mesmos, podendo por conseguinte ser aprendido ou melhorado com a mesma metodologia de ensino de capacidades motoras, por efeito do ensino de componentes críticas, do treino e da prática sistemática.

Nas últimas décadas assistiu-se a uma rápida evolução na área da prevenção do desajustamento pessoal e social dos jovens, tendo gradualmente sido reconhecido o valor da prevenção como preferível a uma intervenção apenas após o aparecimento de problemas. Acções de prevenção bem sucedidas, apelam à participação dos jovens e envolvem, na medida do possível, toda a comunidade, constituem potencialmente uma enorme economia de custos para a comunidade, para além dos óbvios benefícios em termos individuais (Spence & Matos, 2000).

A importância da auto-estima no desenvolvimento de programas de intervenção

A auto-estima tem captado interesse universal e tem ocupado consistentemente uma posição central na explicação do comportamento humano. É muitas vezes vista como a medida individual mais importante do bem-estar psicológico e tem

sido identificada como uma variável de grande potencial para reflectir os benefícios psicológicos resultantes do exercício regular. Com efeito, a melhoria da auto-estima é amplamente vista como um objectivo a atingir e é frequentemente referido que um processo de intervenção bem conduzido pode operar as mudanças desejáveis (Marsh & Peart, 1988).

Durante muito tempo existiu indefinição e ambiguidade quanto a uma correcta e objectiva diferenciação entre auto-estima e auto-conceito, mas actualmente parece existir um consenso emergente na comunidade científica acerca da definição destes dois constructos. Segundo diversos autores (e.g. Fox, 1988; Peixoto, 1996; Vaz Serra, 1988), o auto-conceito consiste nas percepções que o indivíduo tem de si mesmo, ou seja, corresponde à sua auto-descrição, contribuindo para a construção da imagem multifacetada que cada indivíduo tem de si próprio, enquanto que a auto-estima é a avaliação ou o sentimento do indivíduo acerca da sua imagem (e.g. Baumeister, 1994; Fox, 1999; Harter, 1999), isto é, implica um grau de satisfação, ou de insatisfação, consigo próprio.

De acordo com a formulação de James (1892, citado em Harter 1999), se alguém se percebe como competente em domínios em que aspira a distinguir-se, terá uma elevada auto-estima. Inversamente, a incapacidade para descontar a importância de áreas em que o indivíduo reporta limitações pessoais é uma característica de baixa auto-estima individual. A inadequação em domínios considerados como não importantes para o *self* não deverá afectar a auto-estima. Descobertas levadas a cabo no laboratório de Harter claramente apoiam a formulação de James (Harter, 1999). A este propósito, apenas os aspectos do *self* que são considerados importantes pelo indivíduo podem vir a ter um efeito significativo na sua auto-estima. Um indivíduo pode não se achar competente e avaliar negativamente acerca de alguns dos seus atributos, porém, pode desvalorizar a importância dessa área no sentido da manutenção de uma alta auto-estima (Lintunen, 1999). Como tal, os indivíduos motivam-se para agir em determinadas áreas das suas vidas onde é provável que experimentem sentimentos positivos de competência. De um modo geral, os indivíduos gostam de se sentir bem consigo mesmos e evitam experiências que os possam fazer sentir inadequados ou sentir-se mal consigo próprios. O modo como um indivíduo percebe a sua competência é geralmente aceite como um importante determinante de sentimentos de auto-estima.

Durante muitos anos os investigadores avaliaram a auto-estima como uma medida global sem atender às diferentes percepções do *self* que compõem este constructo (Peixoto, 1996). A avaliação dos estudos revelou que as conclusões reflectiam problemas de medida e de análise estatística que não suportavam a unidimensionalidade da auto-estima (Marsh & Hatie, 1996). As provas científicas suportada por inúmeros estudos vieram alterar esta visão global ou

unidimensional como factor explicativo dos aspectos do *self*, parecendo não haver qualquer suporte para a perspectiva unidimensional da auto-estima (Fox, 1998; Marsh, Perry, Horsely & Roche, 1995). A crença de que os indivíduos podem ter um elevado número de diferentes auto-percepções em aspectos separados das suas vidas levou à aceitação do *self* como uma realidade multi-dimensional. A fase contemporânea do estudo da auto-estima tem início quando o foco se passa a centrar directamente nos mecanismos da mudança envolvidos no sistema do *self* (Fox, 1997), como acontece no caso dos modelos hierárquicos multi-dimensionais. A partir dos anos 80, com o progresso registado na avaliação da auto-estima (Fox, 1998), ficou mais claro que, para a compreensão completa da natureza e conteúdo da auto-estima de um indivíduo, é necessário aceder às suas auto-percepções em diferentes domínios da vida. Os modelos hierárquicos multi-dimensionais da auto-estima sugerem que as auto-avaliações em domínios específicos estão de algum modo agregadas para formar a auto-estima global. Neste sentido, o *self* corporal tem ocupado uma posição única no sistema do *self* porque o corpo, através da sua aparência, atributos e capacidades, providencia um substantivo interface entre o indivíduo e o mundo que o rodeia (Fox, 2000a). Pesquisas neste domínio (e.g. Fox & Corbin, 1989) têm enfatizado a auto-estima corporal como um constructo multi-dimensional e hierárquico, fazendo parte da auto-estima global. Fox (1988, 1990) e Fox e Corbin (1989) sugerem um modelo hierárquico multi-dimensional da auto-estima que sustenta que existe um nível global de auto-estima relativamente estável e alto no cume, que é o resultado de percepções avaliativas em vários domínios, como sejam o académico, o social, o emocional ou o corporal. Cada domínio considerado representa os efeitos combinados de percepções de um nível inferior de hierarquia, pelo que, à medida que se desce na hierarquia, a estabilidade diminui e as facetas se tornam cada vez mais fraccionadas e específicas de uma dada situação. No modelo apresentado pelos autores, no caso da auto-estima corporal, considera-se que ela depende de quatro dimensões: competência desportiva, corpo atraente, força física e condição física. O modelo é particularmente atractivo, uma vez que sugere um mecanismo testável, no qual os constructos globais, ainda que mais estáveis e duradouros, estão abertos a modificações eventuais através de mudanças das auto-percepções em níveis inferiores.

Fox (1999; 2000a; 2000b) analisou de forma sistemática os estudos em que o exercício foi utilizado como meio para promoção da auto-estima corporal e outras importantes auto-percepções como a imagem corporal. Segundo Fox, um aumento claro da auto-estima não é um produto automático da aplicação de programas de exercício, no entanto, pode ocorrer com certos regimes de exercício e com certas pessoas, dependendo da importância que elas atribuem ao exercício. Os efeitos positivos podem ser experimentados tanto pelo género masculino como pelo

feminino e também por todos os grupos etários, se bem que, neste caso, as alterações mais vincadas ocorram nas crianças e em adultos de meia-idade. Por outro lado, os programas de exercício devem demorar pelo menos 12 semanas para que se registem alterações significativas, já que, segundo Fox, um extenso período de prática garante mais facilmente melhorias fisiológicas que, quando percebidas pelo sujeito, promovem a melhoria da percepção da sua imagem corporal. Também os factores de adesão não podem ser dissociados daqueles que promovem a auto-estima. Condições que tornam os programas de exercício atraentes, tais como as qualidades do líder ou o ambiente em que se desenrola o exercício, podem ser críticas para mudanças na auto-estima. Fox refere que o exercício pode ser utilizado para promoção de auto-percepções corporais positivas, mas não são claros os mecanismos de tais mudanças.

Promoção da saúde e opção por um estilo de vida activo

Em muitos estudos, é possível constatar que os investigadores diferenciam os comportamentos dos adolescentes em comportamentos "de risco" e saudáveis. Matos e equipa do Projecto Aventura Social e Saúde (2003), na sua investigação HBSC (*Health Behaviour in School-age Children*) centrada no estudo dos comportamentos e estilos de vida dos adolescentes, questionaram 6131 adolescentes quanto aos comportamentos que percepcionavam, quer como saudáveis, quer de risco, tendo concluído que, para eles, comportamentos saudáveis eram a abstinência de drogas, o comportamento pró-social e o bem-estar, e que dos comportamentos de risco para a saúde constavam o consumo de tóxicos, o comportamento anti-social e o sexo não protegido. Assim, faz sentido dizer que os comportamentos de risco não são comportamentos isolados, mas sim componentes integrados num conjunto de comportamentos comprometedores para a saúde (Collingwood, 1997), pelo que tanto estes como os comportamentos que potenciam a saúde se tendem a agrupar. Todavia, é interessante notar que não existe apenas um, mas vários tipos de estilos de vida "saudáveis", e a variedade estabelece-se em função do grupo onde cada um está inserido e das próprias características individuais (Matos & equipa do Projecto Aventura Social e Saúde, 2003).

Quando se fala em prevenção dos comportamentos de risco é preciso atender ao que se designa por "intervenções positivas", isto é intervenções na área da promoção da saúde, nomeadamente promoção do bem-estar, exercício, alimentação saudável, ou investimento escolar, (Caulkins, 1998, citado em Simões, 2000), que permitam um desenvolvimento saudável dos adolescentes através da melhoria de competências e do aumento de escolhas. Autores como Michaud et al. (1997, citados em Simões, 2000) destacam ainda que os programas de prevenção devem colocar menos ênfase no risco e colocar mais ênfase nas

consequências, quer negativas quer positivas, dos comportamentos relacionados com a saúde. Por esta razão, as estratégias de resposta para a alteração de comportamentos de risco devem incluir tanto o desenvolvimento de competências pessoais e sociais, como a criação de mais envoltivos facilitadores da saúde (Nutbeam, 1998, citado em Matos & equipa do Projecto Aventura Social e Saúde; 2003), visando a promoção de comportamentos de protecção (Matos & equipa do Projecto Aventura Social e Saúde; 2003). Assim, o desenvolvimento de um estilo de vida saudável estabiliza um padrão de comportamento onde os comportamentos de risco para a saúde deixam de ter lugar (Collingwood, 1997). Concomitantemente, os processos de promoção da saúde exigem que se tomem medidas no dia-a-dia que têm, por sua vez, e cada vez mais, de tornar a opção por estilos de vida saudáveis numa opção acessível e prestigiante do ponto de vista do reconhecimento social. Como sublinham Matos e equipa do Projecto Aventura Social e Saúde (2003), este aspecto é determinante na adolescência já que, por vezes, a opção por estilos de vida saudáveis é entendida como "cinzenta, aborrecida, desprestigiante e desinteressante", ao passo que certos comportamentos de risco e em geral a transgressão são vistos como excitantes e fonte de prestígio social. Nesta perspectiva, pelas características que encerram e pelas sensações que despertam, o desporto e a actividade física afiguram-se com um enorme potencial enquanto meios de intervenção junto dos jovens.

O Desporto como contexto privilegiado de desenvolvimento de competências

O desporto encontra-se de tal forma ligado a outros domínios que o seu valor se estende para outras áreas da vida. Nos programas que utilizam o desporto como contexto privilegiado de desenvolvimento de competências é admitido que o mesmo providencia um modelo efectivo para melhoria de competências, mas reconhece-se que por si só não as melhora (Danish, & Nellen, 1997). Estes programas partem do pressuposto de que os indivíduos têm necessidade de se sentir valorizados o que parece ser uma das razões pela qual muitos jovens escolhem o desporto como meio de procura de reconhecimento.

De todas as crianças que praticam desporto, só uma ínfima parte vai fazer da actividade desportiva carreira profissional, enquanto que, para as restantes, o desporto vai tão somente ajudá-las a definir a sua identidade, a descobrir outras competências e interesses e, idealmente, aplicar alguns dos inestimáveis princípios e competências aprendidos durante a sua participação desportiva, enquanto adultos no seu dia-a-dia (Danish & Nellen, 1997). Estes comportamentos, competências e valores (e.g. capacidade de competir sob pressão, resolver problemas, ir ao encontro de desafios, estabelecer objectivos, comunicar, lidar tanto com o sucesso como com o fracasso, trabalhar em grupo e dentro de um sistema, receber feedback e beneficiar com ele), transferíveis da área desportiva para outros contextos, são entendidos e conceptualizados como competências de

vida (Danish et al., 1996, citados em Dias, Cruz e Danish, 2001; Danish & Nellen, 1997). Nesta perspectiva, é interessante verificar que as competências de vida e as competências desportivas têm várias similaridades: ambas são aprendidas da mesma forma (através da demonstração, modelação e prática), e as competências aprendidas num domínio são alegadamente transferíveis para outras áreas, dado que muitas das competências são necessárias para o sucesso em variados domínios. No entanto, como Danish, Petiptas, e Hale (1990) sublinham, não é o desporto por si só que ensina competências de vida, mas sim uma experiência desportiva, quando desenhada de maneira a que os seus participantes possam valorizar e transferir o que é aprendido no contexto desportivo para outros domínios, como sejam a escola, casa ou local de trabalho.

Danish e colaboradores (1992, citados em Dias, Cruz & Danish, 2001) desenvolveram dois programas de intervenção psicológica que visam ensinar crianças e jovens entre os 10 e os 14 anos a ser bem sucedidos em vários domínios e contextos das suas vidas: o programa "Going for the Goal"(GOAL) e o programa "Sports United to Promote Education and Recreation"(SUPER). Alguns dos principais pressupostos e princípios subjacentes ao desenvolvimento destes programas (Danish, 1997, 1998, 1999, citado em Dias, Cruz & Danish, 2001) apontam a adolescência como a altura mais apropriada para o ensino de competências de vida, reforçam a ideia de que as intervenções com adolescentes devem aumentar os comportamentos de promoção da saúde e, simultaneamente, diminuir comportamentos de risco que possam comprometer a saúde, e alertam para o facto de que os jovens em risco não aderem aos programas tradicionais de promoção da saúde.

O programa GOAL foi desenhado para ensinar a adolescentes um sentido de controlo pessoal e confiança acerca do seu futuro, de modo a que possam tomar melhores decisões e em último análise tornar-se melhores cidadãos (Danish, Nellen, & Owens, 1996). O programa GOAL é normalmente aplicado em contexto escolar, mas tem sido igualmente ensinado noutros contextos específicos. O GOAL tem a duração de 10 horas, estruturadas num programa de 10 sessões cuidadosamente seleccionadas e treinadas com estudantes com sucesso do ensino secundário ou universitários – que servem, de certo modo, como imagem e modelo para os adolescentes – e que posteriormente efectuam o enquadramento das sessões a grupos de cerca de 15 crianças ou jovens. Alguns dos principais resultados da investigação conduzida sobre o programa GOAL indicam que: os participantes aprendem a informação ensinada no programa; os participantes têm a capacidade de atingir os objectivos que estabelecem; os rapazes participantes não reportam o mesmo aumento de comportamentos comprometedores para a saúde (e.g. beber álcool ou fumar) como nos grupos de controlo; e que os participantes consideram o programa GOAL divertido, útil, importante, e algo que

também poderia ajudar os seus amigos (Danish, & Nellen, 1997). Os autores do programa reconhecem, no entanto, que o GOAL será uma intervenção mais efectiva quando complementada por outras intervenções que tenham como alvo comportamentos específicos que comprometam a saúde (Danish, & Nellen, 1997). O programa GOAL foi o precursor do programa SUPER que utiliza o desporto como um meio privilegiado de ensino de competências de vida a alunos-atletas e simultaneamente pretende melhorar as suas capacidades e competências desportivas, estabelecendo como objectivos a compreensão por parte dos participantes de que (Danish, & Nellen, 1997): (1) existem alunos-atletas eficazes e acessíveis que se apresentam como modelos; (2) as competências físicas e psicológicas são importantes tanto no desporto como na vida; (3) é importante estabelecer e atingir objectivos no desporto; (4) é importante estabelecer e atingir objectivos na vida; e (5) os obstáculos para alcançar os objectivos traçados podem ser ultrapassados. Desta forma, o programa SUPER baseia-se na premissa de que as competências desportivas aprendidas no programa podem passar a ser utilizadas em outros contextos, e que as competências de vida aprendidas, por extensão também podem passar a ser usadas no desporto. Complementarmente, quando os jovens atletas reconhecem que as competências mentais que possuem são críticas para o seu sucesso no desporto, não só melhoram o seu desempenho desportivo mas, sobretudo, estão em posição de transferir essas competências para outras áreas da sua vida (Danish, & Nellen, 1997; Danish, Nellen, & Owens, 1996).

O treino dos jovens líderes varia entre 10 e 20 horas, durante as quais participam em sessões sobre comunicação a grupos, organização de uma intervenção, ensino de competências desportivas e de vida (as suas similaridades e diferenças), transferência de competências entre áreas diferentes mas similares, e trabalho efectivo com equipas incluindo tanto pares como adultos (Danish, & Nellen, 1997). Após esta fase, os líderes do programa SUPER são envolvidos em três conjuntos de actividades com os seus pares mais novos, leccionando competências desportivas relacionadas com desportos específicos, treinando os estudantes de modo a que melhorem o seu desempenho desportivo e ensinando competências de vida relacionadas com o desporto (Danish, & Nellen, 1997).

Educação Física, programas de exercício e comportamentos de saúde

Collingwood (1997) defende que um programa de exercício pode constituir uma intervenção válida no sentido de ajudar os jovens a desenvolver comportamentos responsáveis e a tornar-se mais capazes de escolher um estilo de vida activo e saudável, por oposição a um estilo de vida de risco para a saúde. Os objectivos da intervenção dos programas de exercício propostos pretendem habilitar jovens a desenvolver um estilo de vida saudável, ressaltam que o conjunto de

comportamentos promotores da saúde deve ser enfatizado, preconizando uma substituição de comportamentos comprometedores da saúde por comportamentos promotores da saúde, e colocam o seu foco nas competências e valores que equipam os jovens para um estilo de vida saudável. Sustenta-se ainda que, ao aplicar um programa de exercício, é necessário lidar com os défices cognitivos, emocionais e comportamentais dos participantes, assim como com as suas capacidades físicas, e que, para desenvolver competências comportamentais e de vida, se requer a aplicação de um programa bem estruturado e organizado. Segundo Collingwood, os dados indicam que os programas que enfatizam competências de aprendizagem, responsabilidade, estabelecimento de objectivos, planeamento, e actividades de estilo de vida alternativos incluindo o exercício e a actividade física são os que têm tido maior sucesso, e estas são as mesmas características que se reconhecem nos programas de exercício.

Como é reconhecido, a aplicação de programas de exercício para jovens em risco não é a resposta completa para encontrar as necessidades desses jovens. Contudo, ter os jovens envolvidos num programa sistemático de exercício pode servir como uma intervenção de base na preparação do adolescente para um mais profundo e expansivo programa de prevenção e tratamento (Collingwood, 1997). Partindo do princípio de que a Educação Física deve promover a generalização da actividade física também fora da escola, na medida em que por si só a actividade física desenvolvida nas aulas de Educação Física não respeita as mais recentes recomendações institucionais¹, Sallis e colaboradores (1997) desenvolveram um programa destinado a promoção da saúde em contexto escolar. O programa intitulado *Sports, Play and Active Recreation for Kids* (SPARK) consta de um programa de Educação Física desenhado especificamente para aumento dos níveis de actividade física nas aulas, e um programa de gestão pessoal da actividade física, que através de técnicas de modificação comportamental, envolvimento parental e sistema de recompensas, ajuda os alunos a adoptar e manter a actividade física fora da escola. Os resultados de dois anos de aplicação do programa SPARK (Sallis & col., 1997) mostraram um aumento da actividade física durante as aulas de Educação Física, mas não fora da escola. Os objectivos do programa de gestão pessoal não foram alcançados, segundo os autores, por quatro ordens de razões: (1) o currículo do programa de gestão pessoal poderá ter tido um desenho inapropriado; (2) a intervenção pode ter sido bem desenhada, mas não adequadamente implementada; (3) as crianças podem efectivamente ter aprendido competências de gestão pessoal, mas terão sido incapazes de as utilizar; e (4) o programa foi incapaz de melhorar os dados de base, provavelmente devido

¹ É o caso da *Internacional Consensus Conference on Physical Activity Guidelines for Adolescents*, que resultou no estabelecimento de orientações para a promoção da actividade física em adolescentes, e contou com a participação de especialistas e representantes de organizações de organizações científicas e governamentais (Sallis & Patrick, 1994).

à elevada percentagem de crianças já envolvida em actividade física no início da intervenção. Sugere-se que a gestão pessoal possa ser mais efectiva com crianças mais velhas e portanto mais capazes de tomar decisões autónomas.

Tendo como objecto de estudo precisamente o programa de gestão pessoal acima descrito, Calmeiro (1999) concluiu, após a aplicação do programa a amostra de 91 adolescentes alunos da disciplina de Educação Física, que o programa foi capaz de inverter a tendência para diminuição dos níveis de actividade física embora, a longo prazo, esse efeito se tenha desvanecido e, por outro lado, pôde constatar que o programa foi eficaz para alteração positiva das intenções comportamentais dos alunos face à actividade física se bem que, após a sua conclusão, estes resultados não se tenham mantido.

Miller, Bredemeier e Shields (1997) têm implementado um programa experimental em escolas urbanas, durante as aulas de Educação Física, com estudantes em risco. O programa reflecte a crença dos autores de que a Educação Física é um contexto rico para promoção do desenvolvimento sócio-moral. A abordagem aos alunos revela-se facilitada porque para muitos alunos a Educação Física parece constituir um bloco à parte do seu dia académico, com um nível de interesse sem paralelo noutras partes do currículo. A intervenção referida foi desenhada para melhorar a empatia, a maturidade moral, a motivação para a tarefa e a responsabilidade pessoal e social, tendo os autores procurado promover estes objectivos através da aprendizagem cooperativa, da construção de uma moral comunitária, da mestria de um clima motivacional, e da transferência do poder dos professores para os alunos. A aprendizagem cooperativa é a estratégia principal que utilizam na sua abordagem, já que, quando o envolvimento é estruturado de forma cooperativa, tende a promover maior empatia do que quando é estruturado competitivamente. Assim, desvalorizaram-se os aspectos competitivos e enfatizou-se a melhoria individual, a aprendizagem e o divertimento. Os estudantes participantes referem agrado perante as actividades cooperativas, especialmente quando o objectivo é desafiante, e relatam que se sentem bem ao contribuir positivamente para os objectivos do grupo e que gostam igualmente que os seus pares obtenham sucesso.

Características dos desportos de aventura e risco

Os denominados desportos de aventura e risco englobam um leque diversificado de actividades grande parte das vezes praticadas em grandes espaços e em pleno contacto com a natureza. Montanhismo, escalada em rocha, manobras com cordas, BTT (bicicletas todo-o-terreno), canoagem de águas bravas, *rafting*, são exemplos de actividades e desportos de aventura. Estas actividades, de um modo geral, apresentam uma série de características comuns, e as razões para a sua difusão e implementação giram em torno dos seguintes aspectos (Miranda, Lacasa & Muro,

1995; Palmi & Martín, 1997): (1) o prazer intrínseco e as profundas emoções e sensações que suscitam; (2) o seu carácter flexível e ecléctico, como o ritmo do nosso tempo; (3) o seu novo simbolismo; (4) os sentimentos de competência que geram (i.e. a possibilidade de realizar tarefas arriscadas com elementos de incerteza, ultrapassando com êxito uma tarefa difícil para outros); (5) superação dos próprios limites; e (6) são actividades que se desenrolam num envolvimento muito particular, com conotações subjectivas, como sejam o contacto com a natureza e sensação de liberdade. Como refere Feixa (1995, citado em Gimeno, Puente Fra, Montesinhos & Millán, 2000), existem notáveis convergências entre os desportos de aventura e o imaginário da cultura juvenil, já que, em ambos os casos, existe uma exaltação do corpo, do risco, da velocidade, da excitação e do viver o presente a todo o custo. Talvez por isso, os desportos de aventura e risco sejam habitualmente menos aceites e pouco reforçados socialmente por parte dos adultos significativos do praticante (pais, professores, etc.), no entanto, jogam um papel importante como agentes socializadores, permitindo ao jovem o reforço das suas percepções de competência e um aspecto mais adulto e autónomo (Gombau & Chirívella, 2001). Devidamente enquadrados, alguns dos aspectos apontados fazem deste tipo de actividades um meio de educação motivante e privilegiado.

Para autores como Delignières (1999) ou Palmi e Martín (1997), os desportos de aventura são um tipo de actividade física com importante carga de incerteza (objectiva e subjectiva) e conotação com o desafio (busca do próprio limite e superação de si mesmo). A prática destas actividades implica uma importante carga psicológica na medida em que acarretam uma busca contínua do equilíbrio óptimo entre a competência pessoal (percebida) e o envolvimento em ocasiões desafiantes que permitem ao sujeito a avaliação da sua auto-eficácia (Delignières, 1999; Palmi & Martín, 1997). Por conseguinte, elementos de risco, perigo, desafio e competência são aspectos centrais dos desportos de aventura. Importa clarificar alguns dos conceitos habitualmente associados a estas práticas.

A competência, aqui, é entendida como a experiência ou a mestria que sobre o envolvimento, ou especificamente sobre uma habilidade a executar. O perigo "advém de uma situação criada pelo meio ou pelo próprio praticante, situação essa que pode conduzir ao acidente" (Botelho, 2002, p. 75). Este conceito distingue-se portanto do de risco, que é entendido como "uma noção subjectiva que se liga à interpretação do perigo que o indivíduo elabora quando confrontado com uma situação desconhecida ou não habitual" (Botelho, 2002, p. 75). De uma forma mais abrangente, o termo risco refere-se simplesmente ao potencial de perda de algo de valor que, em caso de falha do resultado, pode tomar a forma de lesão física, défice na estima social ou na auto-estima (Martin & Priest, 1986, citado em Robinson, 1992). Nesta perspectiva, o risco considera o perigo de perda real ou percebida (risco objectivo/risco percebido), podendo ser entendido desde um tipo

de actividades de baixo risco (e.g. caminhada) às actividades consideradas de alto risco, em que o indivíduo faz frente a um envolvimento mais perigoso (e.g. escalada, *rafting*) e que requerem um elevado grau de preparação por parte do praticante (Palmi & Martín, 1997). No desenvolvimento de programas de desporto aventura, o risco percebido, que é uma medida do nível de risco num contexto particular julgado pelo indivíduo, é um dos aspectos de aventura que é manipulado para criar uma sensação de desafio nos participantes (McIntyre e Roggenbuck, 1998). Evidentemente, pretende-se que o risco relativo seja um risco, na maior parte das ocasiões, controlado.

Estas actividades diferem assim das actividades desportivas tradicionais representando elementos reais ou percebidos de perigo físico, num contexto de incerteza do resultado. Quando um participante consegue exercer suficiente controlo sobre o resultado do evento de risco, a activação pode ser percebida como positiva gerando sentimentos de competência. Alternativamente, quando o resultado de um evento está acima das capacidades dos participantes, a activação pode ser percebida negativamente como sentimentos intensos de medo ou de ansiedade. É a dualidade de experiência que torna os desportos de aventura e risco diferentes de outras actividades desportivas (Robinson, 1992). A este propósito, Almeida (1999) num estudo realizado com jovens de uma zona suburbana constatou que os adolescentes consideraram que este tipo de actividades lhes proporcionavam maior satisfação social, proximidade à natureza e atributos associados à natureza (desafio, emoções fortes, vitória obstáculos, sensação de liberdade) do que as modalidades ditas tradicionais. No entanto, adianta que, atendendo aos principais factores que motivam estes jovens à prática do desporto, se constata que quer as modalidades desportivas mais tradicionais, quer as actividades de aventura têm algo a oferecer. Às primeiras, estes jovens associavam saúde, boa condição física e alívio do stresse, enquanto que no caso das segundas, associavam aventura, risco e adrenalina, sendo que ambas lhes asseguravam prazer, divertimento e convívio.

Considera-se que os praticantes destas actividades possuem características psicológicas que os destacam do resto da população, nomeadamente ao nível da busca de sensações (Breivik, 1996). Os indivíduos que demonstram uma elevada busca de sensações (Zuckerman, 1990, citado em Delignières, 1999) preferem manter uma fonte contínua de estimulação, aborrecem-se com a rotina e estão sempre a experimentar novas maneiras de aumentar a activação mediante actividades excitantes que, a nível comportamental, têm como reflexo o interesse na procura de experiências novas, participação em actividades pouco usuais e tomada de riscos (Delignières, 1999; Gombau & Chirívella, 2001).

Almeida (1999), no estudo já referido, revela que para aqueles jovens a prática de desportos de aventura não era das actividades de tempos livres mais participada,

sendo antes uma prática ocasional. Esta pode ser uma forma de usufruir deste tipo de actividades já que realizar uma actividade de aventura pode proporcionar uma satisfação efémera a quem a pratica. No entanto, esta é apenas a forma mais imediata de abordar a questão, já que poucas mais-valias se podem retirar deste modo de encarar a prática dos desportos de aventura. Para que este tipo de actividades assumam um verdadeiro interesse pedagógico e produza impacto profundo nos participantes, é necessário que seja visto sob uma perspectiva totalmente diferente. Todas as intervenções a este nível, para que surtam efeito, devem ser delineadas com os objectivos esperados claramente definidos, e através dos quais seja possível adquirir e melhorar competências pelo que, para tal, devem ser enquadradas por professores com formação específica e vastos conhecimentos das regras de segurança inerentes às actividades. Por outro lado, devem distinguir-se as situações de prática individual, onde o risco é assumido individualmente, daquelas em que existe um enquadramento colectivo das actividades, como se passa no contexto escolar.

Potencialidades dos programas de desporto de aventura

Um programa de desporto de aventura desenvolvido em meio escolar, ou noutros contextos similares, deve necessariamente proporcionar aos alunos uma aprendizagem sistematizada, com situações de progressão controlada e condições de prática seguras. Como tal, é requerido sólido conhecimento por parte dos professores para que consigam estruturar as actividades de desportos de aventura, assim como para que providenciem uma variedade de situações apropriadas para a estimulação dos alunos. Ao contrário do que se possa supor, tanto por razões de segurança, como de motivação, as situações de aprendizagem para indivíduos sem experiência têm de ser altamente estruturadas, com níveis de risco controlados. Tais situações geram sentimentos de segurança e fornecem a liberdade de aprender com os erros (Robinson, 1992). Todavia, à medida que se trabalha com alunos com níveis de mestria mais elevados, coloca-se de modo pertinente a questão de que uma situação de risco, para que seja significativa para os jovens, não pode em concreto representar um risco objectivo insignificante. Trata-se de uma importante limitação que, em contexto escolar, ou, de modo geral, quando se trabalha com jovens, deve ser ponderada e acautelada na preparação das actividades de desporto aventura.

É fundamental, portanto, um desenho adequado das condições de prática, que devem ser adequadas aos interesses, características e competências pessoais dos alunos. Normalmente, não se procuram situações em que os participantes sintam que as exigências excedem as suas capacidades, já que a maximização do risco não é o objectivo da actividade. Com efeito, um dos motivos determinantes que levam à participação nos desportos que implicam risco é a necessidade de

demonstrar competência e obter reconhecimento dos pares. Segundo Robinson (1992), o desejo de sucesso faz com que os indivíduos prefiram riscos intermédios e tarefas de dificuldade moderada, evitando situações de baixo risco em que o sucesso seria de pouca satisfação e, usualmente, evitando situações de elevado risco para além das suas possibilidades. Nesta medida, a possibilidade de escolha de um determinado nível de risco parece ser uma via interessante de estruturação de uma actividade de aventura.

A utilização do desporto aventura, muitas vezes com múltiplas designações afins, tem sido recorrente nas últimas décadas como forma de intervenção em diversas áreas e diferentes contextos. Numa meta-análise levada a cabo por Hattie, Marsh, Neill e Richards (1997) que examinaram os efeitos de programas de aventura numa série de diversos resultados, tais como auto-conceito, *locus de controlo* e liderança, registaram em 96 estudos uma magnitude do efeito (*effect size*) de .34 no final da aplicação dos programas. A magnitude do efeito variou substancialmente em função das particularidades do programa e os resultados melhoraram à medida que a duração do programa e as idades dos participantes aumentaram. Dos estudos analisados destacaram-se os programas *Outward Bound* com uma magnitude do efeito entre o pré e o pós-teste de .47, e que parecem produzir mudanças consistentes ao nível de várias dimensões do *self*.

Marsh, Richards e Barnes (1986) estudaram as alterações e estabilidade em múltiplas dimensões do auto-conceito a partir dos efeitos da participação num *Outward Bound Program*², com uma duração de 26 dias. Neste estudo, a amostra foi constituída por 27 grupos num total de 361 sujeitos de ambos os géneros, com idades compreendidas entre os 17 e os 29 anos. Os autores do estudo registaram aumentos significativos em todos os domínios entre o início e o final do programa, demonstrando que o auto-conceito pode ser modificado por uma intervenção eficaz. A melhoria não foi tão elevada em quatro domínios identificados à partida como menos relevantes para os objectivos do programa (Académico, Religião, Matemática, e Relações com o Género Oposto).

Um interessante conjunto de estudos tem-se dedicado à aplicação de programas que utilizam as actividades de aventura e risco como factor de prevenção das toxicodependências. Estas intervenções, atendendo às particularidades dos

² A primeira instituição a ministrar um programa *Outward Bound* foi fundada por Kurt Hahn na Escócia em 1941 e os principais objectivos visavam o treino de jovens marinheiros Britânicos, de modo a que resistissem aos perigos da guerra, através do desenvolvimento do seu potencial e uma de forte vontade de sobreviver. Actualmente os programas *Outward Bound* destinam-se sobretudo, mas não exclusivamente, a adolescentes e jovens adultos que em pequenos grupos desenvolvem actividades muito exigentes tanto em termos físicos como psicológicos, visando a melhoria da aptidão física, incluindo longas caminhadas, corrida de crosse, escalada em rocha, canoagem em águas bravas, e outras actividades vigorosas. O estabelecimento e a realização de objectivos individuais e de grupo em actividades de aventura, assim como a oportunidade de experimentar e lidar com situações stressantes são igualmente componentes fundamentais dos programas *Outward Bound* (Marsh, Richards & Barnes, 1986).

sujeitos, colocam o foco na prevenção do consumo de substâncias aditivas em indivíduos "de risco", tentando canalizar a sua busca de sensações através de algumas dimensões da prática dos desportos de aventura e risco.

Dados obtidos por Gombau e Chirívella (2001) com praticantes de escalada e alpinismo e com toxicodependentes indicam que em ambos os casos os indivíduos obtêm pontuações elevadas em busca de sensações – significativamente diferentes da população em geral - mostrando os toxicodependentes maior indiferença à aprovação social. Também num estudo efectuado por Gimeno, Puente Fra, Montesinhos e Millán (2000), em que se compararam os perfis de personalidade de praticantes de actividades de aventura e risco, com alguns traços de personalidade de toxicodependentes, se verificou que a busca de sensações surge como algo característico em ambos os conjuntos. Face aos dados recolhidos, os autores de ambos os estudos propõem a possibilidade de substituição das drogas por outras emoções similares causadas pelas actividades de aventura e risco.

O tipo de intervenção sugerido por Gimeno, Puente Fra, Montesinhos e Millán (2000) é baseado nas qualidades formativas do trabalho cooperativo e das actividades de aventura e risco. Ao incluir a situação cooperativa no programa garante-se que cada participante só possa alcançar os seus objectivos se todos os demais alcançarem os seus, que são os mesmos. Consequentemente, na cooperação, o indivíduo não tem a necessidade de derrotar ninguém nem comparar-se com nada e, portanto, a auto-estima não se forma por comparação com o nível de desempenho dos outros. As actividades cooperativas com situações de risco subjectivo incidem de modo muito favorável em três pontos fulcrais da prevenção das toxicodependências: os valores, as competências sociais e a auto-estima. A capacidade assertiva que sobre eles assenta, permite resistir à pressão do grupo que incita ao consumo e ajuda a que o possível consumidor, que tem sempre a última palavra, possa dizer não (Gimeno, Puente Fra, Montesinhos & Millán, 2000). Ao recorrer aos elementos formadores das actividades cooperativas com situações de risco subjectivo Gimeno, Puente Fra, Montesinhos e Millán (2000) defendem que dessa forma se consegue uma melhoria das competências no relacionamento, como as capacidades sociais de comunicação e a expressão de sentimentos de forma assertiva, para além de se melhorar o auto-controlo e a capacidade de tomada de decisões, a auto-estima, e a independência e equilíbrio pessoal face à pressão do grupo incitador ao consumo.

Assentando em similaridades nos traços de personalidade relacionados com a busca de sensações entre praticantes destas actividades e toxicodependentes, ou jovens em risco/potenciais toxicodependentes, preconiza-se que com estas práticas se poderão obter as emoções que se procuram nas drogas. Será assim possível estruturar uma estratégia de prevenção tendo por base esta premissa, e substituir as emoções que se encontram nas drogas mediante a prática de determinadas

actividades de aventura e risco. Assim, considera-se muito adequado introduzir estas últimas nos programas que propõem aumentar a oferta cultural e desportiva aos jovens, no sentido de diminuir a procura das drogas, na medida em que se oferece um leque mais alargado de possibilidades para desfrutar do tempo livre (Gimeno, Puente Fra, Montesinhos & Millán, 2000; Gombau & Chirívella, 2001). É possível então intervir antes que se produza o início dos consumos, canalizando a busca de sensações das crianças e adolescentes através de condutas pró-sociais modeladas na actividade de aventura e risco (Gombau & Chirívella, 2001). Em meio escolar são escassos os estudos na área das actividades de aventura enfatizando a problemática das auto-percepções, a melhoria de competências e a promoção de um estilo de vida activo e saudável, respeitando uma metodologia credível e recorrendo à utilização de instrumentos válidos e fiáveis.

Bernardo e Matos (2003) desenvolveram um estudo com adolescentes que teve como propósito a compreensão mais aprofundada das relações entre a prática de actividades físicas de aventura e os efeitos psicológicos associados. Para tal, foi objecto de pesquisa o desenvolvimento de um programa de actividades de aventura de âmbito escolar, designado como *Programa de Desporto Aventura*, no sentido de perceber o modo como este tipo de actividade pode, eventualmente, contribuir para a melhoria das auto-percepções dos participantes. Especificamente, procurou-se dar resposta a um conjunto director de dúvidas de pesquisa: (1) verificar a influência do *Programa de Desporto Aventura* na modificação da auto-estima global em alunos pré-adolescentes e adolescentes pertencentes a núcleos de Desporto Escolar; (2) verificar a influência do *Programa de Desporto Aventura* na modificação da auto-estima corporal, consubstanciada em auto-percepções de competência e adequação (competência desportiva, condição e força física e corpo atraente); e (3) verificar a influência do *Programa de Desporto Aventura* na modificação da importância atribuída às dimensões da auto-estima corporal, acima referidas.

Os resultados do programa de intervenção indicaram a existência de uma evolução generalizada das variáveis analisadas. Os autores registaram uma subida global dos valores médios da auto-estima global, auto-estima corporal e importância atribuída à competência e adequação no âmbito da auto-estima corporal, apesar de, em alguns casos, não terem sido identificadas mudanças significativas.

Do conjunto de resultados obtidos, os autores destacam que o *Programa de Desporto Aventura* teve o efeito de consolidar e aumentar ligeiramente os valores iniciais elevados de auto-estima dos participantes do grupo experimental pelo que, de alguma forma, poderá ter contido uma tendência para a diminuição da auto-estima como a que se registou entre os sujeitos do grupo controlo. Esta tendência de descida é igualmente apontada por Matos, Simões, Carvalhosa, Reis e Canha (1998) no seu estudo nacional sobre a saúde dos adolescentes portugueses, onde

verificaram que os adolescentes mais velhos eram aqueles que apresentavam mais frequentes sintomas de mal-estar físico e psicológico, menos auto-confiança e mais fraca imagem pessoal, comparativamente aos mais novos que, mais frequentemente, afirmavam sentir-se confiantes e felizes. A importância atribuída pelos participantes aos componentes relevantes da auto-estima corporal, assim como ao programa em geral, parece ter tido um efeito positivo no seu comportamento (elevada adesão, motivação e empenho nas actividades, ou inexistência de problemas de disciplina), mas para os autores é provável que os participantes tenham passado a ser mais críticos consigo próprios nas áreas em que se sentiam importantes, podendo este facto ter assumido um efeito limitador nas auto-percepções. Aparentemente, o leque alargado de actividades do *Programa de Desporto Aventura* parece ter desempenhado um fortíssimo factor de motivação dos sujeitos, como atesta o reduzido número de abandonos ou de alunos que não cumpriram o número mínimo de sessões estipulado, bem como pelo facto de a unanimidade dos sujeitos se mostrar interessada em voltar a participar num programa semelhante, revelando-se portanto motivados para a manutenção da prática deste tipo de desportos. Os motivos adiantados pelos participantes e pelos quais voltariam a participar relacionaram-se com o desafio que o programa lhes proporcionou, com as melhorias sentidas em termos de competência, assim como com aspectos relativos ao divertimento e ao envolvimento natural onde decorreram as actividades. A partir dos resultados obtidos e dos relatos de satisfação dos participantes relativamente à qualidade geral do programa e das diversas actividades praticadas, Bernardo e Matos sugerem que programas semelhantes de desporto aventura (i.e. desenvolvidos em meio natural, fora do contexto do dia-a-dia, que favoreçam o desafio e a superação pessoal, a aprendizagem de novas capacidades, a melhoria da condição física, num ambiente de divertimento), podem ser uma forma inovadora, interessante e motivante de desenvolvimento das auto-percepções e de promoção da actividade física entre os adolescentes.

Conclusões

É na adolescência que se determinam, em larga escala, os comportamentos de saúde e estilos de vida na idade adulta. O défice em competências pessoais e sociais e o não envolvimento suficiente em actividade física de modo a que esta possa ser associada a benefícios na saúde comprometem o desenvolvimento integral de um número crescente de adolescentes. Claramente, "Usar o desporto para ensinar competências de vida não é a resposta; nada é." (Danish & Nellen 1997, p. 111), assim como não o serão por si só, quaisquer dos programas de intervenção anteriormente descritos, mas são estas as respostas que investigadores, professores e restantes educadores têm para dar e que,

seguramente, podem fazer toda a diferença.

Crê-se que os cenários mais promissores de um impacto positivo na saúde pública passam pelas escolas, na medida em que, virtualmente, todos os jovens podem ser abrangidos por programas de intervenção. Não obstante, toda a responsabilidade e expectativa que se depositam na escola no sentido de que providencie experiências de desenvolvimento e responda às necessidades das crianças e adolescentes, a intervenção escolar limita-se na maioria dos casos a dar informação aos alunos, mantendo-os numa posição de receptores passivos.

Na medida em que as escolas possuem profissionais e uma infra-estrutura vocacionada para a Educação Física, esta disciplina tem que utilizar o seu potencial para promoção da saúde e melhoria do estilo de vida dos alunos, que se pretende mais activo. Como se constatou anteriormente, as aulas de Educação Física não proporcionam toda a actividade física recomendada e, como tal, é necessário aumentar o tempo útil da actividade física nas aulas de Educação Física, incrementar a actividade física dos alunos fora da escola, e fomentar nos jovens estratégias de auto-monitorização que lhes permitam promover em si mesmos, de forma autónoma, um aumento de actividade física (Sallis & col., 1997). Uma vez que os desportos de aventura já fazem parte dos currículos nacionais de Educação Física, pelas características intrínsecas que encerram, pelos efeitos benéficos no comportamento e bem-estar que geram, a sua prática tem-se generalizado e começa a fazer parte do quotidiano de um número cada vez maior de escolas. Evidentemente, os programas de aventura não são inerentemente bons, nem estas actividades são uma panaceia, mas aspectos como a necessidade de manter uma boa condição física para participar nos desportos de aventura, junto com a valorização e conservação do meio ambiente (Gimeno et al., 2000), acabam por dirigir e condicionar os estilos de vida dos envolvidos, tornando os seus estilos de vida, provavelmente, incompatíveis com comportamentos de risco para a saúde.

Por último, como foi possível verificar ao longo deste trabalho, existem muitas e variadas formas de ajuda aos adolescentes para que se tornem mais valorizados, com uma auto-estima positiva, mais competentes socialmente e melhores cidadãos e de os sensibilizar para a adopção de comportamentos de saúde e estilos de vida activos. Por isso, seja em contexto escolar, dentro ou fora do portão da escola, seja noutros contextos educativos, formais ou informais, é tempo de fornecer as ferramentas indispensáveis para que crianças e adolescentes possam cumprir todo o seu potencial.

Referências

- Almeida, C. M. (1999). Contributos para a compreensão dos "desportos radicais". *Ludens*, 16, 53-63.

- Breivik, G. (1996). Personality, sensation seeking and risk taking among Everest climbers. *International Journal of Sport Psychology*, 27, 308-320.
- Baumeister, R. F. (1994). Self-esteem. Em V. S. Ramachandran (Ed.), *Encyclopedia of Human Behavior*. (Vol. 4, pp. 83- 87). San Diego: Academic Press.
- Bernardo, R., & Matos, M. G. (2003). Desporto aventura e auto-estima nos adolescentes, em meio escolar. *Revista Portuguesa de Ciências do Desporto*, (3), 1
- Botelho, M. (2002). Situações de risco nas actividades curriculares e extra curriculares. *Boletim da Sociedade Portuguesa de Educação Física*, 21/22, 75-82.
- Calmeiro, L. (1999). A promoção da actividade física em adolescentes. Estudo dos efeitos do programa de gestão pessoal nas intenções e comportamentos face à actividade física – um modelo de aplicação em meio escolar. Tese de mestrado inédita, Universidade Técnica de Lisboa, Faculdade de Motricidade Humana, Lisboa.
- Collingwood, T. (1997). Providing physical fitness programs to at-risk youth. *Quest*, 49, 67-84.
- Danish, S., & Nellen, V. (1997). New roles for sport psychologists: Teaching life competências through sport to at-risk youth. *Quest*, 49, 100-113.
- Danish, S., Nellen, V., & Owens, S. (1996). Teaching life competências through sport: Community-based programs for adolescents. Em Van Raalt & Brewer (Eds.), *Exploring sport and exercise psychology* (pp. 209-225). Washington, DC: American Psychological Association.
- Danish, S., Petitpas, A. J., & Hale, B. D. (1990). Sport as a context for developing competence. Em T. P. Gullotta, G. R. Adams & R. Montemayor (Eds.), *Developing social competency in adolescence* (pp. 169-193). Newbury Park: Sage Publications.
- Delignières, D. (1999). Ansiedad y Rendimiento. Em J. P. Famose (Ed.), *Cognición y rendimiento motor* (pp. 253-273). Barcelona: INDE Publicaciones.
- Dias, C., Cruz, J. F., & Danish, S. J. (2001). O desporto como contexto para a aprendizagem e ensino de competências de vida: Programas de intervenção para crianças e adolescentes. *Análise Psicológica*, 1, (19), 157-170.
- Fox, K. H. (1988). The self-esteem complex and youth fitness. *Quest*, 40, 230-246.
- Fox, K. H. (1990). *The Physical Self-Perception Profile Manual*. Illinois: Northern Illinois University.
- Fox, K. H. (1997). *The physical self and processes in self-esteem development*.

- Em K. R. Fox (Ed.), *The physical self: From motivation to well-being* (pp. 111-140). Champaign, Illinois: Human Kinetics.
- Fox, K. H. (1998). Advances in the measurement of the physical self. Em J. L. Duda (Ed.), *Advances in sport and exercise psychology measurement* (pp. 295-310). Morgantown: FIT.
- Fox, K. H. (1999). Self-esteem and quality of life in exercise and sport. Em Václav Hosek, Pavel Tilinger & Lubos Bílek (Eds.), *Psychology of sport exercise: Enhancing the quality of life. Proceedings of the 10th european congress of sport psychology - part 1* (pp. 12-19). Prague: FEPSAC.
- Fox, K. H. (2000a). Self-esteem, self-perceptions and exercise. *International Journal of Sport Psychology*, 31, 228-240.
- Fox, K.H. (2000b). The effects of exercise on self-perceptions and self-esteem. Em Stuart J. H. Biddle, Kenneth R. Fox & Stephen H. Boutcher (Eds.), *Physical activity and psychological well-being* (pp. 88-117). London: Biddles Ltd, Guildford and King's Lynn.
- Fox, K. H., & Corbin, C. B. (1989). The physical self perception profile: Development and preliminary validation. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 11, 408-430.
- Harter, S. (1999). *The construction of self. A developmental perspective*. New York: The Guilford Press.
- Hattie, J. A., Marsh, H. W., Neill, J. T., & Richards, G. E. (1997). Adventure education and Outward Bound: Out-of-class experiences that make a lasting difference. *Review of Educational Research*, 67, 43-87.
- Gimeno, J., Puente Fra, E., Montesinhos, J., & Millán, I. (2000). La prevención de drogodependencias mediante actividades cooperativas de risco y aventura. *Apunts*, 59, 46-54.
- Gombau, M.; & Chirívella, E. (2001). La práctica de actividad físico-deportiva de riesgo como herramienta preventiva de conductas desajustadas psicossocialmente. *Revista de Psicologia del Deporte*, (10), 2, 225-236.
- João Garcia (2002, Janeiro/Fevereiro). Entrevista com João Garcia. *Revista Desporto*, pp. 12-18.
- Lintunen, T. (1999). Development of self-perceptions during the school years. Em Y., Auweele, F., Bakker, S., Biddle, M., Durand, & R. Seilor (Eds.), *Psychology for physical educators* (pp. 115-134). Champaign, Illinois: Human Kinetics.
- Marsh, H. W., & Hattie, J. (1996). Theoretical perspectives on the structure of self-concept. Em B. Bracken (Ed.), *Handbook of self-concept: Developmental, social, and clinical considerations* (pp. 38-90). New York: Wiley.
- Marsh, H. W., & Peart, N. D. (1988). *Competitive and cooperative physical*

- fitness training programs for girls: Effects on physical fitness and multidimensional self-concepts. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 10, 390-407.
- Marsh, H. W., Perry, C., Horsely, C., & Roche, L. (1995). Multidimensional self-concepts of elite athletes: How do they differ from the general population? *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 17 (1), 70-83.
- Marsh, H. W., Richards, G. E., & Barnes, J. (1986). Multidimensional self-concepts: The effect of participation in an Outward Bound program. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, (1), 195-204.
- Matos, M. G. (1998). *Comunicação e gestão de conflitos na escola*. Edições FMH: Lisboa.
- Matos, M. G., & Carvalhosa, S. F. (2000). Promoção de competências de relacionamento interpessoal nos jovens. Em M. G. Matos, C. Simões & S. F. Carvalhosa (Eds.), *Desenvolvimento de competências de vida na prevenção do desajustamento social* (pp. 149-177). Lisboa: Edição IRS – MJ.
- Matos, M. G., & equipa do Projecto Aventura Social & Saúde (2003). *A saúde dos adolescentes portugueses (Quatro anos depois)*. Edições FMH: Lisboa.
- Matos, M. G., Fonseca V., Oliveira, L., Belo, J., Fonseca, R., Neves, A., & Santos, A. (1990). Utilização de um programa de competências sociais com adolescentes com problemas de comportamento social. *Educação Especial e Reabilitação*, 1, 18-25.
- Matos, M. G., Simões, C., & Canha, L. (1999). Saúde e estilos de vida em jovens portugueses em idade escolar. Em L. B. Sardinha, M. G. Matos, & I. Loureiro (Eds.), *Promoção da saúde: modelos e práticas de intervenção nos âmbitos da actividade física, nutrição e tabagismo* (pp. 217-240). Lisboa: Edições FMH.
- Matos, M. G., Simões, C., Canha, L., Carvalhosa, S. F., Neto, F. C., & Reis, C. (2000). Intervenção com adolescentes no âmbito da execução de medidas tutelares não institucionais. Em M. G. Matos, C. Simões & S. F. Carvalhosa (Eds.), *Desenvolvimento de competências de vida na prevenção do desajustamento social* (pp. 121-147). Lisboa: Edição IRS – MJ.
- Matos, M. G., Simões, C., & Carvalhosa, S. (2000). *Desenvolvimento de competências de vida na prevenção do desajustamento social*. Lisboa: Edição IRS – MJ.
- Matos, M. G., Simões, C., Carvalhosa, S. F., Reis, C., & Canha, L. (1998). *A saúde dos adolescentes portugueses. Estudo nacional da rede europeia HBSC/OMS*. Lisboa: Faculdade de Motricidade Humana.
- McIntyre, N., & Roggenbuck, J. W. (1998). Nature/person transactions during an

- outdoor adventure experience: A multi-phasic analysis. *Journal of Leisure Research*, 30 (4), 401-422.
- Miller, S., Bredemeier, S. & Shields, D. (1997). Sociomoral education through physical education with at-risk children. *Quest*, 49, 114-129.
- Miranda, J., Lacasa, E., & Muro, I. (1995). Actividades físicas en la natureza: Un objeto a investigar. *Dimensões científicas. Apunts*, 41, 53-69.
- Palmi, J., & Martín, A. (1997). Las actividades físico-deportivas en el medio natural y sus efectos sobre la salud y la calidad de vida: Factores psicológicos asociados. *Revista de Psicología del Deporte*, 12, 147-157.
- Peixoto, F. (1996). Auto-conceito(s), auto-estima e resultados escolares: A influência da repetência no(s) auto-conceito(s) e na auto-estima de adolescentes. Em M. A. Martins (Ed.), *Dinâmicas Relacionais e Eficiência Educativa*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Robinson, D. W. (1992). The risk-sport process: An alternative approach for humanistic physical education. *Quest*, 44, 88-104.
- Sallis, J. F., & Patrick, K. (1994). Physical activity guidelines for adolescents: Consensus statement. *Pediatric Exercise Science*, 6, 302-314.
- Sallis, J.F., McKenzie, T. L., Alcaraz, J. E., Kolody, B., Faucette, N., & Hovell, M. F. (1997). The effects of a 2-year physical education program (SPARK) on physical activity and fitness in elementary school students. *American Journal of Public Health*, 87, 1328-1334.
- Senos, J. (1997). Identidade social, auto-estima e resultados escolares. *Análise Psicológica*, 16 (1), 123-137.
- Simões, C. (2000). Adolescência, saúde e comportamento desviante. Em M. G. Matos; C. Simões; & S. Carvalhosa, (Eds.), *Desenvolvimento de competências de vida na prevenção do desajustamento social* (pp. 109-119). Lisboa: Edição IRS – MJ.
- Simões, M. (2001). *O interesse do auto-conceito em educação*. Lisboa: Plátano.
- Spence, S., & Matos, M. G. (2000). Intervenções preventivas com crianças e adolescentes. Em M. G. Matos, C. Simões, & S. Carvalhosa, (Eds.), *Desenvolvimento de Competências de Vida na Prevenção do Desajustamento Social* (pp. 17-33). Lisboa: Edição IRS – MJ.
- Vaz Serra, A. (1988). O auto-conceito. *Análise Psicológica*, 6 (2), 101-110.

Representações da delinquência em adolescentes

Ana Gaspar, Marina Carvalho & Margarida Gaspar de Matos

A delinquência juvenil é, actualmente, na sociedade, um tema “quente”, onde o social se impregna no jurídico, transformando-o e acelerando os mecanismos de controlo ou de vigilância, (Foucault, 2000; Agra, Poaires, Fonseca e Quintas, 1997; Poaires, 1997), sendo uma das áreas de preocupação política e social mais emergentes.

A recente redefinição dos mecanismos legais (Lei Tutelar Educativa, Lei nº169/99 de 14 de Setembro), obrigou a repensar a delinquência juvenil, tendo em conta os modelos de intervenção adaptáveis ao modelo judicial. Neste contexto, a compreensão do fenómeno, sob o ponto de vista do jovem, constitui uma procura essencial, quando urge a definição de estratégias eficazes com vista à mudança de comportamentos e ao realinhamento, com base na lei, de uma trajectória descrita como desviante, tendo em conta, como refere Gersão (2000), a profunda modificação das medidas aplicáveis a menores agentes de infracções.

Situamos assim este estudo numa linha de investigação iniciada em 1990 em que avaliamos a aplicação de um Programa de Promoção de Competências Sociais em crianças do 1º ciclo do ensino básico (Gaspar, 1991), em adolescentes alunos do ensino secundário e em jovens institucionalizados com medida de internamento aplicada pelos Tribunais de Menores. Genericamente, este programa visa a promoção de competências de relacionamento interpessoal dos jovens como estratégia preventiva do desajustamento social e pessoal e como estratégia de promoção da facilitação da sua inserção sócio-escolar ou laboral. Trata-se de um trabalho de elaboração, implementação e avaliação de programas de competências sociais cuja descrição e avaliação está já documentada Matos, M. G. (1993, 1998). Em 1999, adaptamos este programa a jovens sujeitos a medidas tutelares não institucionais com o objectivo de adaptar e avaliar os seus efeitos em adolescentes em acompanhamento na comunidade, e conseqüentemente verificar o seu impacto no domínio pessoal, social e comportamental (Matos, M. G. et al., 2000). Em 2000, replicamos este estudo com jovens maioritariamente agentes de factos qualificados como crime pela lei penal, com e sem medidas tutelares aplicadas (Matos, M. G., Simões, Carvalhosa & Reis, 2001).

A noção de delinquência é essencialmente jurídica: remete à lei e sua transgressão, mas também pode confundir-se com a definição de comportamento anti-social, sendo este, como refere Negreiros (2001), um termo mais abrangente.

A expressão “Perturbação do Comportamento” é normalmente reservada para caracterizar um tipo de comportamento anti-social “clínicamente subjectivo” (Kazdin, citado por Negreiros 2001). Os critérios de diagnóstico do DSM IV (American Psychiatric Association, 1994) para a perturbação do comportamento apontam para um padrão de comportamento repetitivo e persistente, em que são violados os direitos básicos dos outros ou importantes regras ou normas sociais. O DSM IV inclui sintomas como: agressão a pessoas e animais, destruição da propriedade, falsificação ou roubo, violação grave das regras.

Cordeiro (1998) e Dias e Vicente (1984) distinguem a delinquência juvenil das perturbações do comportamento que, mesmo com formas mais delinquentes, não são senão sintomas relativos a crise do desenvolvimento; ou inseridas num processo que leva à génese da identidade, Moita (1985); ou para atingir uma identidade pessoal na vida social, Erikson (1976). Neste sentido, Leblanc e Frechette (1986), diferenciam uma delinquência “normal” enquadrada na adolescência e que tende a desaparecer, de manifestações graves que surgem na pré-adolescência e que implica uma paragem no desenvolvimento psicológico.

Para Luzes, 1983; Matos, M., 1996; Raymond, 1999; Braconnier e Marcelli, 2000, a dificuldade de imaginar, prever e antecipar, simbolizar, construir numa cena interna uma representação mental, levam o adolescente delinvente à procura da realização da coisa em si mesmo. Por isso actua: porque não é capaz de se imaginar fazendo. Será nesta linha que, de um modo geral, os adolescentes se colocam; como refere Matos, M., op. cit., acabam por se situar numa fronteira entre o normal e o patológico, tendo em conta que se exprimem pela acção e que a sociedade julga o acto sem preocupação compreensiva do fenómeno psíquico subjacente.

Agra (1986) utiliza o conceito de comportamento desviante em vez de delinquência, permitindo aquele conceito considerar que na adolescência, existem “formas experienciais” de auto-organização. Também LeBlanc, citado por Batista, 2000, faz uma abordagem integrativa do delito e do delinvente, considerando a emergência e o desenvolvimento do comportamento delinvente dos adolescentes como síndrome de características específicas, psicológicas e sociais, com existência própria e não apenas sintoma ou consequência de outra perturbação, de tipo psiquiátrico.

São diversos os modelos teóricos explicativos da delinquência juvenil. Matos, M. G., et al. 2000, sublinham a eficácia de intervenções com base na abordagem cognitivo-comportamental em vários estudos internacionais. Por outro lado, é de relevar a combinação de outros modelos teóricos para uma compreensão mais abrangente destes indivíduos (Braconnier & Marcelli, 2000). O modelo psicanalítico oferece um nível de compreensão aprofundado dos aspectos intrapsíquicos. Considera fundamentalmente os conflitos inconscientes e as

defesas contra a angústia tendo em conta as experiências da infância, enquanto o modelo cognitivo-comportamental entende as perturbações mentais como resultantes de aprendizagens não-adaptativas (Gleitman, 1998). A psicologia cognitiva concebe o homem como um complexo sistema de processamento de informação, tentando descrever a experiência e a actividade humana em termos desse processamento (Williams, Watts, Macleod & Mathews, 2000). A cognição social apoia-se nos conceitos da psicologia cognitiva, interessando-se pelos objectos sociais, dando relevo aos conteúdos cognitivos que derivam da comunicação e da vida social (Augoustinos & Walker, 1995).

Segundo o Modelo Sócio-Cognitivo e a sua teoria de base (teoria da aprendizagem social), a explicação das condutas anti-sociais relaciona-se com os processos de imitação de modelos e as contingências de reforço do meio. A conduta é assim adquirida através da experiência directa e por observação da conduta dos outros. Deste modo, uma criança tenderá a imitar os modelos disponíveis e usará a violência contra os outros se este foi o comportamento que aprendeu sobre a forma como se relacionar (Bandura, 1976). Para este autor, a aprendizagem social ocorre principalmente através da observação de modelos. Para Becker e Heimberg, 1988, o comportamento socialmente inadequado é resultado de um reportório inadequado que pode decorrer de oportunidades de interacção social insuficientes ou de uma variedade de experiências sociais inadequadas.

De acordo com o Modelo Psicanalítico, a delinquência pode estar associada a um comportamento inibido com repressão dos desejos face a um Super-ego demasiado rígido e exigente, desenvolvido num meio familiar carregado de ordens de respeito pelos outros e pelas conveniências. Neste contexto, o comportamento delinvente pode surgir como expressão de descargas agressivas ocasionais na forma de passagens ao acto devido a frustrações acumuladas (delinvente neurótico) Matos, C. (1986). O comportamento delinvente pode ainda, encontrar a sua génese devido a distorções relacionais precoces. Deste modo, a personalidade organiza-se em torno da clivagem, oscilando alternadamente entre impulso/contra-impulso, amor/ódio (delinvente *borderline*) Matos, C., 1986; Kerneberg, 1995.

Números estudos se têm debruçado sobre os factores de risco associados ao comportamento delinvente, podendo ser agrupados em factores genéticos ou biológicos, sociais, familiares e individuais (Spence & Matos, M. G., 2000; Farrington, 2001). Interessa-nos sobretudo referir os factores familiares e individuais para articular, a partir deles, os constructos de cada matriz teórica.

Seguindo o Modelo Sócio-Cognitivo, vários autores referem-se, como factores de risco familiares, a más relações familiares, criminalidade na família, disciplina ineficaz, práticas parentais disruptivas, ineficácia parental, testemunho de

violência parental (Patterson, Forgatch, Yoerger & Stoolmiller, 1998; Vitaro, Tremblay, Kerr, Pagani & Bukowski, 1997; Wetzels & Pfeiffer, 1997). Farrington (1998, 2001), num estudo longitudinal, também inclui, para além destas, outras variáveis como o comportamento parental pobre na educação, incluindo uma disciplina rígida e autoritária e supervisão pobre. Os trabalhos de LeBlanc (1995) e Frechette & LeBlanc (1987) apontam para a frouxidão dos vínculos com as pessoas e envolvimento, destacando a família e a figura educativa paterna.

De acordo com o Modelo Psicanalítico, o que acaba por ser decisivo na génese da delinquência são as carências nos cuidados parentais, traduzidas em perdas afectivas ou abandono real e falta de modelos de identificação capazes. Na delinquência, a acção constitui uma defesa face à consciencialização do ambiente familiar de abandono, negligência e retaliação (Matos, M., 1996). Existe uma relação directa entre a tendência anti-social e a privação de amor (Winnicott, 1995); a carência afectiva (Abraham, citado por Raymond, 1987); a falha da mãe na sua função contentora (Matos, M., 1996); a falta da relação anaclítica com a mãe (Spitz, 1979). Há aqui uma relevância para a perda, noção que deriva do trabalho de Bowlby (1958, 1990) sobre a privação materna, como perturbação acentuada do vínculo precoce.

O comportamento delinvente como defesa anti-depressiva tem sido salientado por vários autores (Kashani, Henrichs, Reid & Huff, citados por Matos, M., 1996). Para Dias e Vicente (1984), a carência precoce e perda parental constitui o problema maior na génese da delinquência, decorrendo a impossibilidade de elaboração das perdas através do trabalho de luto. Desta concepção, o *acting-out* do delinvente traduz a forma pela qual psiquismo liberta uma angústia do tipo depressivo não integrada pelo ego. Bergeret (1976), considera que o jovem, agindo, atacando, acusando o outro, não se questiona e com os actos evita deprimir-se.

De acordo com o Modelo Sócio-Cognitivo, as características intrínsecas do jovem, ligadas, por exemplo, ao temperamento e funcionamento intelectual, podem colocá-lo em maior ou menor risco (Coie et al, 1993). O estilo cognitivo do jovem é relevado por Lochman e Dodge, 1994, na medida em que nos jovens agressivos é característico um enviezamento do processamento de informação na direcção do confronto e da ameaça.

Num estudo realizado por Farrington (1998, 2001), são apontados ao nível dos factores pessoais, os seguintes preditores: o comportamento anti-social da criança, incluindo disrupção na escola, desonestidade e agressividade; hiperactividade – impulsividade – deficit de atenção, conceitos que incluem uma diminuta capacidade de protelamento da satisfação e uma perspectiva de tempo futuro reduzida; baixa inteligência e aquisições escolares pobres. Fonseca (2000), salienta que, com o empobrecimento das funções cognitivas decorrentes da

exclusão escolar, se gera um tipo de conhecimento social insuficiente para evitar, escapar e prever problemas e consequências indesejáveis de actos e condutas.

Impulsividade, desafio, perturbação da atenção, hiperactividade, fazem parte da entidade nosográfica de perturbações do comportamento e do *déficit* da atenção de acordo com o DSM-IV, estando ligados a comportamentos anti-sociais (Campbell, citado por Lopes, 2000).

Se entendermos a impulsividade como a passagem ao acto, encontramos, de acordo com o Modelo Psicanalítico, uma oposição ao pensamento, que levando à expressão do ponto de vista motor, poderá ser uma atitude projectiva, como alívio da dor depressiva (Matos, M. 1996).

Na perspectiva da aprendizagem social, Bandura, Ross e Ross (1961) descrevem três vertentes da agressividade: a aquisição do comportamento agressivo, o processo de instigação da agressividade e as condições em que a agressividade é mantida, sendo a sua manutenção conseguida através de reforços.

Dollard e col., citados por Howells e Hollin, 1989 referem que se a agressividade for constantemente reforçada, manifestar-se-á com frequência, caso contrário tenderá a desaparecer. Estes autores propuseram uma relação entre a agressão e a frustração (toda a frustração produz um impulso agressivo e todo o acto agressivo pode ter a sua origem numa frustração).

Na linha psicanalítica, a agressividade pode ser entendida como tendências que se actualizam em comportamentos reais ou fantasmáticos, que visam prejudicar outrem. A agressão conhece outras modalidades para além da acção motora violenta, não existindo comportamentos, negativos ou positivos que não possam funcionar como agressão (Laplanche & Pontalis, 1990). Freud conceptualizou a pulsão de vida (que inclui a pulsão sexual) como oposta à pulsão de morte, e esta entendida como o referente da agressividade (Kerueberg, 1995). O comportamentos agressivo pode assim ser entendido como uma forma de descarrega da tensão, movimento característico das pulsões de morte (Marty, 1993). Fairbairn (1981) associa a agressividade ao problema das relações de objecto. A agressão será, uma reacção à frustração e à privação, sendo na procura de objecto e não apenas na descarga de tensão que se encontra o impulso. Bergeret (1998), coloca a agressividade em relação à noção de violência fundamental, sendo esta originária em vivências precoces.

A perspectiva integrativa tem sido valorizada pela capacidade de utilização de conceptualizações provenientes de diferentes orientações teóricas. Segundo Vasco (2000), esta integração, no sentido de uma “diferenciação esclarecida”, pode aumentar a compreensão e eficácia terapêuticas.

Pretendemos assim, com base em dois modelos teóricos descritos consensualmente como distintos, delimitar um sentido conceptual para a compreensão dos indivíduos, emergente dos seus próprios discursos.

A partir destas duas matrizes teóricas, sócio-cognitiva e psicanalítica, o objectivo deste estudo é a identificação da representação que os grupos de jovens delinquentes e não delinquentes têm sobre a delinquência, procurando descrever a relevância de cada matriz teórica no discurso dos jovens, a partir da análise de conteúdo de entrevistas semi-directivas.

Método

Participantes

Foi utilizada uma amostra de conveniência constituída por 16 alunos de uma escola do 2º e 3º ciclos do ensino básico. Destes, 8 alunos apresentavam comportamentos anti-sociais (CCAS) e 8 alunos foram identificados sem comportamentos anti-sociais (SCAS). A selecção da amostra baseou-se na sinalização efectuada pelos professores e pela psicóloga com base nos critérios de aproveitamento escolar (mau aproveitamento escolar, com reprovações e frequência do 5º ou 6º ano, para a amostra CCAS; bom aproveitamento escolar e frequência do 8º ano, para a amostra SCAS), de comportamento na escola (com participações disciplinares para a amostra CCAS, sem participações disciplinares para a amostra SCAS), de participações no Tribunal de Menores por prática de factos qualificados como crime (só para a amostra CCAS) e enquadramento sócio-familiar (residentes em bairro de realojamento, precariedade económica e fraco apoio familiar para a amostra com comportamentos anti-sociais: CCAS, com apoio familiar e sem evidência de precariedade económica para a amostra sem comportamentos anti-sociais: SCAS). Os jovens tinham idades entre os 13 e os 15 anos, género masculino, sem hábitos aditivos.

Instrumentos

Foi utilizada uma entrevista semi-estruturada cujas questões se basearam em constructos paralelos entre a matriz teórica sócio-cognitiva e a matriz teórica psicanalítica. A entrevista compõe-se de quatro partes:

(I) Integração Escolar e Familiar - com quatro questões abertas e genéricas sobre a integração escolar (aproveitamento, relações com os colegas e professores, comportamento, motivação para as actividades escolares e resolução de problemas) e sobre a família (relações familiares, regras educativas, condições socioeconómicas), para avaliar a forma como o jovem percebe a escola e a família e que estilo de comportamento utiliza nas relações com os pares e adultos.

(II) Problemas do Adolescente - com seis itens da versão traduzida de Adolescent Problems Inventory – Short Form (API-SF; Gibbs et al., 1995) que representa uma simplificação e adaptação da API original (Freedman, Rosenthal, Donahue, Schlundt, & McFall, 1978). A API foi desenhada com o intuito de fornecer um perfil de respostas dos jovens a um leque de situações sociais,

seguindo a hipótese de que os delinquentes mostram um deficit de competências nessas situações, comparados com os jovens não delinquentes (McFall, 1982). Segundo Palmer e Hollin (1996), a API não é em si mesma preditiva da delinquência, mas oferece uma avaliação de deficits relacionados com o comportamento delincente. É constituída por 22 itens que sugerem uma série de situações sociais potencialmente problemáticas acerca das quais os jovens são levados a pronunciar-se. Com as questões seleccionadas procuramos efectuar uma descrição do tipo de soluções propostas por ambos os grupos.

(III) Atitudes Face à Lei e ao Futuro - com cinco questões abertas que procuraram levar o jovem a exprimir a sua opinião sobre os seus problemas com a lei, como reagiria face aos problemas com os outros, como via o seu futuro, como deveria um jovem delincente resolver os seus problemas de comportamento e como perspectivava o futuro de um jovem delincente.

(IV) Explicações da Delinquência - aplicamos nove questões de resposta alternativa. As questões apresentam duas alternativas explicativas para a delinquência, sendo uma formulada de acordo com o Modelo Sócio-Cognitivo e a outra de acordo com o Modelo Psicanalítico, devendo o indivíduo escolher a que melhor explica, para si, as causas do comportamento anti-social. Estas questões apresentam situações relacionadas com a agressividade, desobediência, roubo, violência e faltas às aulas. Seis destas questões foram formuladas de forma a que o jovem emitisse primeiro a sua opinião, e em seguida, escolhesse uma das duas opções.

Procedimento

As entrevistas foram administradas individual e oralmente no gabinete do Serviço de Psicologia e Orientação da escola, tendo sido, em média, despendidos entre 45-60 minutos com cada indivíduo. As questões foram aprofundadas ou reformuladas directamente pelo entrevistador, sendo pedido ao jovem que explicasse a sua situação e o que fazia mais frequentemente nas questões genéricas sobre a integração escolar e familiar (parte I - Integração Escolar e Familiar); que se imaginasse nas situações e dissesse o que diria ou faria se fosse confrontado com a situação (parte II - Problemas do Adolescente): "Vou-te apresentar algumas situações e imagina que és tu que estás nessas situações. Vais dizer-me em seguida o que dizias ou fazias"; que exprimisse a sua opinião sobre os seus problemas de comportamento e o seu futuro (parte III - Atitudes Face à Lei e ao Futuro); que desse a sua opinião sobre as causas da delinquência, e em seguida, escolhesse uma das duas opções explicativas (parte IV - Explicações da Delinquência): "Vou apresentar-te algumas questões sobre alguns problemas que os jovens podem ter. Gostaria que primeiro desses a tua opinião e depois escolheesses em duas respostas aquela que te pareça mais indicada para explicação

do comportamento desses jovens”. As respostas foram escritas pelo entrevistador.

Resultados

Para a compreensão do discurso dos indivíduos de acordo com as matrizes teóricas sócio-cognitiva e psicanalítica, as repostas foram submetidas a uma análise de conteúdo.

À parte (I – Integração Escolar e Familiar), os do grupo com comportamentos anti-sociais (CCAS) responderam, genericamente, que se sentiam bem na escola, mas que não gostavam dos professores “*são chatos*”, “*culpam de tudo*”, “*falam de mais...são fofoqueiros*”. Alguns salientaram uma boa relação só com um professor. Todos assumiram que as avaliações eram más, que não iam às aulas, mas que gostavam dos colegas. O grupo sem comportamentos anti-sociais (SCAS) respondeu, no geral, que a escola corria bem, o aproveitamento era bom e as relações com os colegas e professores igualmente boas. O grupo CCAS apresentou soluções para a resolução de problemas com colegas e professores entre o estilo passivo e agressivo: “*não digo nada e vou para a rua*”, “*dei um pontapé na porta*”, “*já tratei mal os outros*”. O grupo SCAS apresentou maioritariamente soluções de tipo assertivo: “*falo, para ficar mais calmo*”, “*não dou razões para emburrar*”, “*nem tentei baixar o meu nível...*”.

Tanto o grupo CCAS como o SCAS, descreveu as relações familiares de uma forma idealizada “*(a família) estão muito tempo juntos*”, “*nunca houve problemas*”, apresentando, nos dois grupos, relações preferenciais no seio da família, com a mãe ou um irmão. O grupo CCAS fez descrições mais simplistas da família “*é boa como as outras*”, “*é direita*”, “*é normal*”.

Em relação à parte (II – Problemas do Adolescente), o grupo CCAS apresentou respostas menos elaboradas que variaram predominantemente, entre a passividade e a hostilidade. Os indivíduos do grupo SCAS deram respostas mais elaboradas, apresentando tentativas de negociação e assinalando valores morais éticos.

Na parte (III – Atitudes Face à Lei e ao Futuro), as respostas foram idênticas nos dois grupos, em relação à questão sobre os problemas com a lei, variando entre a resposta negativa (não tem problemas) e a resposta positiva (tem problemas), sem especificar, no geral, qual o problema.

À questão sobre os problemas com os outros, o grupo CCAS deu, maioritariamente, respostas simplistas, afirmando que resolviam a falar, ou apresentando soluções numa via mais agressiva: “*chamo nomes para ofender*”, “*luto para o meter no seu lugar*”, “*fico logo nervoso e alguém leva pancada*”. O grupo SCAS respondeu maioritariamente de uma forma mais elaborada, optando por soluções mais assertivas: “*se faz sentido o conflito, tento resolver*” ou encontram soluções numa via de assertividade escalonada, em que a agressividade aparece como último recurso: “*se a pessoa interfere com aquilo que eu tenho*”.

mais respeito...se tiver de partir para a agressividade, vou mesmo”, “se eu estiver certo e eles errados, eles é que terão que vir ter comigo”.

À questão sobre o seu futuro, ambos os grupos associaram, no geral, o futuro à profissão, embora o grupo CCAS, tivesse dado respostas idealizadas sem possibilidades reais de concretização: *“queria ser presidente, ganha-se muito bem”*, a maioria respondeu que queria ser futebolista, embora não praticasse com regularidade ou empenho, e o grupo SCAS escolhesse essencialmente profissões relacionadas com a actividade laboral dos pais.

Em relação à questão sobre as soluções para o comportamento delinquente, o grupo CCAS respondeu, em alguns casos, que não sabia e em outros, remeteu a solução para a frequência da escola ou o abandono do grupo de pares com comportamentos desviantes: *“parar de andar com colegas maus”* ou ainda, sem apresentar solução: *“desistir da escola porque já baldava, mais valia desistir”*. O grupo SCCA encontrou, na sua maioria, soluções que passaram por um pedido de ajuda aos pais, familiares ou outros: *“procurar ajuda de um psicólogo”, “consultar um médico”*.

À questão sobre o futuro de um jovem delinquente, ambos os grupos foram unânimes em afirmar a ausência de um projecto de futuro: *“não tinha futuro”* (CCAS) ou acentuando as más expectativas: *“estar lá dentro da prisão, quando saísse, ia para as obras”* (CCAS), *“dirigia-me para um hospital, onde ficasse fechado...”* (SCAS).

Em relação à parte (IV – Explicações da Delinquência), comparamos as respostas de escolha alternativa dadas pelos dois grupos, utilizando o teste Qui-quadrado. Não foram evidenciadas diferenças significativas entre os grupos nas escolhas assumidas ($\chi^2(1)=0.11$; $p=0.736$).

Comparando as respostas a cada pergunta, relativamente aos modelos escolhidos e utilizando o Qui-quadrado na comparação pergunta a pergunta, evidenciaram-se diferenças estatisticamente significativas em três questões. A questão que associa, para o Modelo Sócio-Cognitivo, a dificuldade de previsão de consequências: *“porque não pensa bem nas situações em que se mete, não pensa nas consequências do que faz?”*, e para o Modelo Psicanalítico, a angústia: *“porque tem medo de alguma coisa que não sabe bem o que é, e, por isso, parte para a violência?”*, o resultado foi de 93.75% para a escolha referente ao Modelo Sócio-Cognitivo, evidenciando uma diferença significativa ($\chi^2(1)=5.14$; $p=0.02$). A questão que para o Modelo Sócio-Cognitivo, está associada a aprendizagem social: *“porque aprendeu com os outros que o uso da violência é um bom meio para resolver os problemas?”*, e para o Modelo Psicanalítico, a falha na função contentora: *“porque quando era criança, a mãe não lhe ligava muito e por isso não lhe mostrou que ele podia vir a ser um bom rapaz?”*, o resultado foi de 93.75% para a escolha do Modelo Sócio-Cognitivo, evidenciando uma diferença

significativa ($\chi^2(1)=5.14$; $p=0.02$). A questão que, para o Modelo Sócio-Cognitivo, está associado o fracasso escolar: “as más notas e outros problemas na escola”, e para o Modelo Psicanalítico, a pobreza do imaginário: “a dificuldade em sonhar com uma vida melhor e imaginar coisas boas para si”, o resultado foi de 87,5% para a escolha do Modelo Psicanalítico, evidenciando uma diferença significativa ($\chi^2(1)=4.17$; $p=0.04$).

Em relação às perguntas abertas sobre as explicações para o comportamento delinvente, o grupo CCAS respondeu, em grande parte, que não sabia, ou apresentou justificações do tipo utilitário: “*se calhar não tem nada, rouba para ser igual aos outros*”, “*porque quer mesmo aquelas coisas*”, “*...vêem por exemplo, um rapaz bem visto e pensam: vou roubar para ficar mais bem vestido*”, ou justificando a violência com a provocação: “*porque se metem com ele*”, “*porque enerva-se quando alguém o provoca*”, “*os outros são abusados*”, ou argumentando com a “passagem ao acto”, denotando indiferença emocional face ao outro: “*dá-lhe na cabeça para bater e bate*”, “*fala mal com os colegas, os colegas não respondem, os colegas ficam com medo e bate nos colegas*”. O grupo SCAS argumentou mais frequentemente com problemas relacionados com os pais: “*por causa da educação dos pais*”, “*pais bêbados*”, “*má infância... pais separados*”, “*para descarregar a raiva dos pais*”, ou relacionando com a pressão dos pares: “*andam com más companhias*”, “*os outros gozam dias e dias, eles não aguentam*”, ou justificando a agressividade dos outros como gratuita: “*talvez a ausência de algo, ter adrenalina pela violência*”, “*prazer de humilhar o próximo*”, “*talvez ao roubarem sentem que têm poder*”.

Discussão

Com o objectivo de compreender o discurso dos jovens de acordo com as matrizes teóricas psicanalítica e sócio-cognitiva, as respostas abertas foram submetidas a uma análise de conteúdo e as respostas de escolha alternativa entre o Modelo Sócio-Cognitivo e o Modelo Psicanalítico, foram comparadas.

Na análise efectuada, evidenciam-se diferenças entre os grupos no tipo de argumentos utilizados nas respostas, na forma de expressão verbal e nas soluções apresentadas. O grupo sem comportamentos anti-sociais (SCAS) apresentou um discurso mais elaborado, enquanto o grupo com comportamentos anti-sociais (CCAS) manifestou-se fruste na elaboração do discurso e coartado no pensamento. A pobreza da verbalização e das ideias é interpretada segundo o Modelo Psicanalítico, como a incapacidade de simbolizar, de aceder à representação, comprometendo o pensamento, que se mantém ligado ao real de forma rígida, como foi sugerido na revisão da literatura. Por outro lado, a falta de hábito de gestão das situações através das palavras encontra, no Modelo Sócio-Cognitivo, a explicação na ausência de modelos parentais que estimulem a

procura de soluções mais elaboradas em termos cognitivos.

Ao contrário do grupo SCAS, que tenta negociar e procura explicações morais para os problemas, os jovens do grupo CCAS não elaboram a assertividade, explicando a agressão como resposta imediata à provocação, dando conta de um *locus de controlo externo*. De acordo com a Modelo Sócio-Cognitivo, Simon et al., 1991, salientam que o comportamento social inapto se associa à provocação da raiva, sendo inapropriadamente agressivo e desrespeitador do outro e estando ligado a uma exigência de resposta imediata. Estas respostas para o Modelo Psicanalítico constituem a acção como defesa; como impossibilidade de pensar (Raymond, 1999); ou recusa em pensar (Luzes, 1983), que leva os adolescentes delinquentes a rejeitar tudo o que se reporte à vida interna: rejeitam a recordação do passado e a previsão do futuro (Kerneberg, 1995; Matos, M., 1996; Strecht, 1998; Raymond, 1999). O Modelo Sócio-Cognitivo explica que nas situações de provocação, há um enviesamento atribucional hostil (Schwartz e Proctor, 2000). Por outro lado, os jovens delinquentes terão mais probabilidade de possuir crenças que suportem o uso da agressão (Canha, 2000) associadas a modelos agressivos.

É significativa, ainda, a falta de alternativas que os indivíduos do grupo CCAS têm ao seu dispor, para lidar com situações sociais, o que pode ser explicado pelo *deficit* em aptidões cognitivas e comportamentais que os jovens delinquentes apresentam quando confrontados com situações sociais complexas, tal como a falta de assertividade, de auto-controlo ou de previsão das consequência das acções, que leva a respostas inapropriadas ou mesmo anti-sociais (Hawkins, Catalano, Gillmore & Wells, 1989).

A não diferenciação, em todas as escolhas alternativas entre o Modelo Psicanalítico e o Modelo Sócio-Cognitivo para os dois grupos, sugere que ambos os modelos fornecem explicações para a delinquência valorizadas pelos jovens. No entanto, a predominância de escolha do Modelo Sócio-Cognitivo em duas questões e do Modelo Psicanalítico numa questão, estará associada ao descritivo da própria alternativa apresentada.

Na questão que relaciona a angústia para o Modelo Psicanalítico e a dificuldade de previsão de consequências para o Modelo Sócio-Cognitivo, a predominância, em ambos os grupos, da escolha do Modelo Sócio-Cognitivo, poderá estar associada à formulação do “medo” que aparece no descritivo da alternativa apresentada pelo Modelo Psicanalítico, sendo o medo, um constructo que, de um modo geral, todos os jovens desta faixa etária rejeitam, visto que procuram frequentemente pôr à prova os seus limites. O medo será, nestas idades, dificilmente assumido.

Na questão que relaciona a falha da função contentora, para o Modelo Psicanalítico, e a aprendizagem por modelos, para o Modelo Sócio-Cognitivo, a incidência na escolha da alternativa apresentada pelo Modelo Sócio-Cognitivo,

será devida à formulação da alternativa do Modelo Psicanalítico, que se referia a “...a mãe não lhe ligava muito”, o que poderá remeter para as necessidades psicológicas típicas dos rapazes desta faixa etária, de libertação da mãe e do desenvolvimento da autonomia.

Na questão que associa o Modelo Psicanalítico à pobreza do imaginário, apresentando o descritivo de “dificuldade em sonhar... imaginar coisas boas para si”, a escolha predominante poderá estar relacionada com a actividade imaginativa, típica da adolescência, sendo por isso muito valorizada por ambos os grupos. Sugerimos assim, que as diferenças encontradas na opção de um modelo em relação ao outro, consonante nos dois grupos, remetem para as questões do desenvolvimento, considerando as especificidades da fase da adolescência.

O futuro, sendo um tempo longínquo para qualquer adolescente, que vive centrado no presente a braços com as tarefas próprias do desenvolvimento, será ainda mais ausente nas representações dos adolescentes delinquentes. A definição de futuro baseada nas profissões, apresentada pela maioria dos jovens de ambos os grupos, revelará um lado pragmático, típico desta faixa etária. No entanto, no grupo SCAS, a existência de modelos parentais capazes (segundo o Modelo Sócio-Cognitivo), permitem o desenvolvimento saudável dos processos de identificação dos rapazes à figura paterna (segundo o Modelo Psicanalítico), o que explica a projecção do futuro com base no alcance das profissões dos pais, porque conseguem aprender com a experiência (Modelo Sócio-Cognitivo) e, assim, planear o futuro, imaginá-lo e enriquecê-lo com a actividade fantasmática (Modelo Psicanalítico). Para os jovens do grupo CCAS, o sentido do tempo não existe, porque o presente e o futuro só podem ser encarados de modo a repetir continuamente o passado catastrófico, Strecht, 1998 (Modelo Psicanalítico). A escolhas de profissões impossíveis de concretizar feitas por jovens, traduz a ausência de planeamento, quer no decurso de uma situação de interacção social como o planeamento de uma resposta pró-social (Modelo Sócio-Cognitivo), quer em dar um passo à frente do momento actual, típico do funcionamento em que predomina a acção, face ao empobrecimento do pensamento (Modelo Psicanalítico).

Os resultados encontrados relevam a importância das duas matrizes teóricas para compreensão da problemática da delinquência, facto comprovado nas escolhas dos jovens dos dois grupos que valorizaram nas suas escolhas ambos os modelos.

No entanto, estas considerações não poderão ser linearmente explanadas para os modelos de intervenção com a população delincente. Embora alguns autores defendam que a delinquência, de acordo com o modelo dinâmico da personalidade, é susceptível de ser reversível se for possível criar um envolvimento institucional adequado, de acordo com o apoio terapêutico dinâmico, entendido com base psicanalítica (Raymon, 1987), é consensual a

ineficácia deste tipo de tratamento. Segundo Wolff (1976), os jovens delinquentes, tal como os carentes, não beneficiam da psicoterapia interpretativa (de cariz psicanalítico) só por si, necessitariam de um tratamento intensivo de vinte e quatro horas por dia. A recuperação de uma profunda privação decorrida nos primeiros tempos de vida, será inexequível, quer no tempo, quer na intensidade do tratamento necessário se este for de orientação psicanalítica. Bergeret (1998), a este propósito, salienta que a cura de tipo analítico deverá ficar reservada ou para estruturas de personalidade neurótica, ou para os estados-limite.

De acordo com Modelo Sócio-Cognitivo, a intervenção na área dos problemas de comportamento social deslocou-se de uma perspectiva da diminuição dos comportamentos considerados inadequados, empenhando-se essencialmente em ajudar os indivíduos a desenvolver as suas capacidades pessoais e relacionais, através de novas competências sociais (Goldstein, Sprafkin, Gershaw & Klein, 1980; Goldstein, Glick, Irwin, McCartney & Rubama, 1989; Spence, 1982). Segundo vários estudos, os problemas de comportamento dos jovens podem ser ultrapassados através de um programa de competências sociais, que se baseie numa intervenção directa sobre o indivíduo e sobre o seu envolvimento relacional (Matos, M. G., 1998), existindo várias experiências de intervenções com jovens delinquentes de acordo com o programa de promoção de competências sociais (Matos, M. G., 1998; Hollin, 1996; Hawkins, Catalano, Gillmore & Wells, 1989) e de resolução de problemas (Matos, M. G., 1998) que têm mostrado resultados eficazes.

Referências

- Agra, C. (1986). Adolescência, comportamento desviante e auto-organizado: modelo de psicologia epistemanalítica. *Cadernos de Consulta Psicológica*, 2, 81-87.
- Agra, C., Poiares, C., Fonseca, E. & Quintas, J. (1997). *A criminalização da droga: da emergência à aplicação da lei*. Lisboa: Gabinete de Planeamento e Coordenação do Combate à Droga.
- A.P.A. – American Psychiatric Association (1994). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais (DSM-IV)*. Lisboa: Climepsi
- Augoustinos, M. & Walker, I. (1995). *Social cognition*. London: Sage Publications.
- Bandura, A., Ross D. & Ross A. (1961). Transmission of aggression through imitation of aggressive models. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 63.
- Bandura, A. (1976). *Social learning theory*. NJ: Prentice-Hall.
- Batista, A. (2000). Adolescentes delinquentes da perda de confiança e outros desafios. *Infância e Juventude*, 2, 97-113.

- Becker, R. & Heinberg, R. (1988). Assessment of social competências. In A. Bellack & M. Hersen (Eds). *Behavioural assessment, a practical handbook*. N.Y.: Pergamon Press.
- Bergeret, J. (1976). Dépressivité et depression dans la cadre de l'économie dépressive. *Revue Française de Psychanalyse*, 5-6, 835-937.
- Bergeret, J. (1998). *Psicologia Patológica*. Lisboa: Climepsi.
- Bowlby, J. (1958). A natureza da ligação da criança com a mãe. In M. S. Ainsworth, J. Bowlby, H. Harlow & H. Hoffman (Eds), *As ligações Infantis*. Amadora: Livraria Bertrand.
- Bowlby, J. (1990). *Apego e Perda* (A. Cabral, Trad.). S. Paulo: Martins Fontes. (Obra original publicada em 1969).
- Braconnier, A. & Marcelli, D. (2000). *As mil faces da adolescência*. Lisboa: Climepsi.
- Canha, L. (2000). *Delinquência juvenil*. Dissertação de Mestrado em Terapias Cognitivo-Comportamentais. Manuscrito não publicado, Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Lisboa.
- Coie, D., Watt, F., West, G., Hawkins, D., Asarnow, R., Markman, J. Ramey, L. Shure, B. & Long, B. (1993). The science of prevention: a conceptual framework and some directions for a national research program. *American Psychologist*, 48, 1023-1022
- Cordeiro, J. (1988). *Os adolescentes por dentro*. Lisboa: Salamandra.
- Dias, C. & Vicente, T. (1984). *A depressão no adolescente*. Porto: Afrontamento.
- Erikson, E. (1976). *Identidade juventude e crise* (A. Cabral, Trad.). Rio de Janeiro: Zahar. (Obra original publicada em 1968).
- Fairbairn, R. (1981). *Estudos psicanalíticos da personalidade*. Lisboa: Vega.
- Farrington, D. (1998). O desenvolvimento do comportamento anti-social e ofensivo desde a infância até à idade adulta. *Temas Penitenciários*, II, 7-16.
- Farrington, D. (2001). Prevenção centrada no risco. *Infância e Juventude*, 3, 9-29.
- Frechette, M. & Leblanc, M. (1987). *Délinquances et délinquants*. Montréal. Gatetan Morin Editeur.
- Fonseca, V. (2000). Exclusão escolar como processo de exclusão social. In M. Gaspar de Matos, C. Simões & S. Carvalhosa (Orgs.), *Desenvolvimento de competências de vida na prevenção do desajustamento social* (pp. 93 - 107). Lisboa: Instituto de Reinserção Social. Ministério da Justiça.
- Foucault, M. (2000). *Vigiar e Punir* (R. Ramalhe, Trad.). Petrópolis: Vozes. (Obra original publicada em 1975).
- Freedman, J., Rosenthal, L. Donahue, P., Schlundt, G. & McFall, M. (1978). A social-behavioral analysis of skill deficits in delinquent and nondelinquent adolescent boys. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, 1448-

1462.

- Gaspar, A. (1991). Prevenção do desajustamento social: caracterização inicial de uma população de alunos do ensino básico. Monografia de licenciatura. Manuscrito não publicado, Faculdade de Motricidade Humana, Lisboa.
- Gersão, E. (2000). As novas leis de protecção de crianças e jovens em perigo e de tutela educativa – uma reforma adequada aos dias de hoje. *Infância e Juventude*, 2, 9-42.
- Gibbs, G., Swillinger, A., Leeman, L., Simonian, S., Rowland, S. & Jaycox, C. (1995). Appendix B. In J. Gibbs, G. Potter & A. Goldstein (Eds.), *The equip program: Teaching youth to think and act responsibility through a peer-helping approach* (pp. 294-328). Champaign: Research Press.
- Gleitman, H. (1998). *Psicologia* (D. Silva, Trad.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. (Obra original publicada em 1986).
- Goldstein, A., Sprafkin, R., Gershaw, N. & Klein, P. (1980). *Stillstreaming the adolescent*. Illinois: Research Press.
- Goldstein, A., Glick, B., Irwin, M., McCartney, C. & Rubama, I. (1989). *Reducing delinquency*. N.Y. Pergamon Press.
- Hawkins, D., Catalano, F., Giimore, R. & Wells, A. (1989). Competências training for drug abusers: Generalization, maintenance and effects on drug use. *Psychological Bulletin*, 112, 64-105.
- Hollin, R. (1996). Yuong offenders. In C. R. Hollin (Ed.). *Working with offenders; psychological practice in offender rehabilitation*, (pp.243-266). England: John Wiley & Sons Ltd.
- Howells, K. & Hollin, C. (1989). *Clinical approaches to violence*. England: John Wiley.
- Kerneberg, O. (1995). *Agressão nos transtornos de personalidade e nas perversões*. (M. Schestatsky, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas. (Obra original publicada em 1992).
- Laplanche, J. & Pontalis, J. (1990). *Vocabulário da psicanálise* (P. Tamen, Trad.). Lisboa: Presença. (Obra original publicada em 1967).
- Leblanc, M. & Frechette, M. (1986). La prevention de la delinquence des mineurs: une approche intégrée et différentielle. *Annales de Vaucresson*, 24, 85-87
- Leblanc, M. (1995). Le development de la conduite délictueuse chez les adolescents: de la recherché fondamentale à une science appliquée. *Revue internationale de criminologie et de police technique*. 48, 167-186.
- Lochman, E. & Dodge, A. (1994). Social-cognitive processes of several violent, moderately aggressive, and nonaggressive boys. *Journal of consulting and clinical pschology*, 62, 366-374.
- Lopes, J. (2000). Distúrbios exteriorizados do comportamento: uma perspectiva desenvolvimental. In I. Soares (Coord.). *Psicopatia do desenvolvimento*

- (pp. 181–224). Coimbra: Quarteto.
- Luzes, P. (1983). Da emoção ao pensamento. Dissertação de Doutoramento. Manuscrito não publicado, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Lisboa.
- Marty, P. (1993). A psicossomática do adulto. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Matos, C. (1986). A delinquência perspectiva dinâmica. *Alter Ego*, 2, 75-83.
- Matos, M. (1996). Adolescer e delinquir. *Análise Psicológica*, 1, 23-29.
- Matos, M. G. (1993). Perturbações do comportamento social, estudo dos efeitos de um programa de competências sociais de mediatização corporal em função de diferentes percursos de desajustamento social. Dissertação de doutoramento. Manuscrito não publicado, Faculdade de Motricidade Humana, Lisboa.
- Matos, M. G. (1998). Comunicação e gestão de conflitos na escola. Lisboa: Faculdade de Motricidade Humana.
- Matos, M. G., Simões, C., Canha, L., Carvalhosa, S., Neto, F. & Reis, C. (2000). Intervenção com adolescentes no âmbito de medidas tutelares não institucionais. In M. Gaspar de Matos, C. Simões & S. Carvalhosa (Orgs.), *Desenvolvimento de competências de vida na prevenção do desajustamento social* (pp. 121-147). Lisboa: Instituto de Reinserção Social. Ministério da Justiça.
- Matos, M. G. & Carvalhosa, S. (2000). Promoção de competências de relacionamento interpessoal nos jovens. In M. Gaspar de Matos, C. Simões & S. Carvalhosa (Orgs.), *Desenvolvimento de competências de vida na prevenção do desajustamento social* (pp. 149-177). Lisboa: Instituto de Reinserção Social – Ministério da Justiça.
- Matos, M. G., Simões, C., Carvalhosa, S. & Reis, C. (2001). Aventura social e risco: promoção de competências sociais no acompanhamento de menores na comunidade. Manuscrito não publicado, Instituto de Reinserção Social. Ministério da Justiça.
- McFall, M. (1982). A review and reformulation of the concept of social competências. *Behavioral Assessment*, 4, 1-33.
- Moita, V. (1985). Identidade, identificação e delinquência: contributos para uma compreensão psicológica e clínica da agressão e do comportamento delinquente. *Infância e Juventude*, 2, 201-219.
- Negreiros, J. (2001). *Delinquências juvenis*. Lisboa: Notícias.
- Palmer, J. & Hollin, R. (1996). Assessing adolescent problems: an overview of the adolescent problems inventory. *Journal of Adolescence*, 19, 347-354.
- Patterson, G. Forgatch, M., Yoerger, K. & Stoolmiller, M. (1998). Variables that initiate and maintain an early-onset trajectory for juvenile offending. *Development and psychopathology*, 10, 531-547.

- Poiares, C. (1997). Análise psicocriminal das drogas – o discurso do legislador. Dissertação de Doutoramento. Manuscrito não publicado, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Porto.
- Raymond, M. (1987). Aspectos do trabalho com adolescentes delinquentes. *Infância e Juventude*, 3, 7-55.
- Raymond, M. (1999). Considerações acerca das perturbações do pensamento dos adolescentes. *Infância e Juventude*, 1, 9-111.
- Spence, S. (1982). Social competências training with young offenders. In P. Feldman (Ed.). *Developments in the study of criminal behaviour – vol1. The Prevention and control of offending*: Wiley and Sons.
- Spence, S. & Matos, M. G. (2000). Intervenções preventivas com crianças e adolescentes. In M. Gaspar de Matos, C. Simões & S. Carvalhosa (Orgs.), *Desenvolvimento de competências de vida na prevenção do desajustamento social* (pp. 17-33). Lisboa: Instituto de Reinserção Social. Ministério da Justiça.
- Spitz, R. (1979). *De la naissance à parole* (6 éme ed.). Paris: P.U.F.
- Strecht, P. (1998). *Crescer Vazio*. Lisboa: Assírio & Alvim.
- Vasco, A. (2000). Quanto mais melhor? Ou deveríamos começar a integrar modelos integrativos?. Comunicação apresentada no Congresso La Psicoterapia en una Europa Unificada, Barcelona, Espanha.
- Vitaro, F., Tremblay, R., Kerr, M. Pagani, L. & Bukowski, W. (1997). Disruptiveness, friends' characteristics, and delinquency in early adolescence: a test of two competing models of development. *Child Development*, 68(4), 676-689.
- Wetzels, P. & Pfeiffer, C. (1997). Childhood and violence: perspective from the viewpoint of criminology. Retirado da Medline 1/97-9/97.
- Williams, J., Watts, F., Macleod, C. & Mathews, A. (2000). *Psicologia cognitiva e perturbações emocionais*. Lisboa: Climepsi.
- Winnicott, D. (1995). *Privação e delinquência* (A. Cabral, Trad.). São Paulo: Martins Fontes. (Obra original publicada em 1984)
- Wolff, S. (1976). *Traumatismos infantis* (M. Sotto-Mayor, Trad.). Viseu: Ulisseia. (Obra original publicada em 1969).

Anexo

Entrevista semi-estruturada sobre as representações da delinquência (Ana Gaspar, Margarida Gaspar de Matos & Marina Carvalho 2002)

I – Integração Escolar e Familiar

1-Como é que tem decorrido a tua vida na escola?

(Questão aberta sobre a integração escolar, aproveitamento, reprovações, média de classificações, relações com os pares e *staff*, motivação para as actividades escolares e comportamento)

2-Já alguma vez tiveste problemas com os colegas, ou com os professores ou com funcionários? Como é que os resolveste?

3-Como é a tua família?

(Questão aberta sobre o genograma familiar: estrutura, relações familiares, aspectos educativos, disponibilidade dos pais...)

4-Como é que vive a tua família?

(Questão aberta sobre as condições sociais e económicas do agregado)

II – Problemas do Adolescente (API-SF Adaptado)

Vou apresentar-te algumas situações e imagina que és tu que estás nessas situações. Vais dizer-me em seguida o que dizias ou fazias.

1-Tu chegas a casa tarde à noite e o teu pai está acordado à tua espera e está zangado.

2-Um rapaz, um colega ou um estranho dá-te um encontrão de propósito na rua.

3-Um tipo qualquer insulta-te ou chama-te nomes enquanto jogas basquetebol ou futebol.

4-Um amigo pede para roubares alguma coisa para ele no sítio onde trabalhas.

5-Estás de castigo. Um amigo diz para saíres com ele à noite.

6-Um amigo propõe que peguem num carro na rua com as chaves lá dentro, para darem uma volta.

III- Atitudes Face à Lei e ao Futuro

1-Já alguma vez fizeste alguma coisa que sabias ser proibida pela lei?

2-Quando tens problemas com os outros, como é que costumavas reagir?

3-O que é que gostarias de fazer na vida, no futuro?~

4-Se te encontrasses com os problemas desses jovens (agredir os outros, roubar, faltar às aulas), como é que os resolvias?

5-Que possibilidades terias para o teu futuro, se te encontrasses na situação desses jovens?

IV- Explicações da Delinquência

Vou apresentar-te algumas questões sobre alguns problemas que os jovens podem ter. Gostaria que primeiro desses a tua opinião e depois escolhesses em duas respostas aquela que te parecer mais indicada para explicar o comportamentos desses jovens:

1- Imagina um jovem que costuma ter problemas com os outros (é agressivo, rouba coisas aos outros, não obedece aos adultos). Porque é que achas que isso acontece?

Achas que isso acontece, porque esse jovem via os outros a agirem sempre desse modo e então, habituou-se a fazer o mesmo?

Ou achas que isso acontece porque esse jovem teve problemas na infância e não lhe deram carinho e atenção?

2- Porque é que achas que um jovem é violento?:

Porque tem medo de alguma coisa que não sabe bem o que é, e, por isso, parte para a violência?

Ou porque não pensa bem nas situações em que se mete (não pensa nas consequências do que faz)?

3- O que é que achas que influenciou mais o comportamento desses jovens?

Foi o facto de viverem em condições difíceis (em casas degradadas, e com problemas de dinheiro e em bairros onde há muita criminalidade)?

Ou foi o facto de os pais não terem estado ao pé deles quando eram crianças?

4- Porque é que achas que um jovem reage violentamente?:

Porque quando era criança, a mãe não lhe ligava muito e por isso não lhe mostrou que ele podia vir a ser um bom rapaz?

Ou porque aprendeu com os outros que o uso da violência é um bom meio para resolver os problemas?

5- Porque é que achas que os jovens fazem tudo o que lhes apetece, nomeadamente agredir os outros e ou roubar?

Porque não conseguem ser simpáticos para os outros e perceber os sentimentos deles?

Ou porque não querem perceber que os pais não lhe ligam muito?

6- Esses problemas aparecem mais em jovens que:

Nunca tiveram amor e atenção quando eram mais novos e comportam-se dessa maneira para não se sentirem tristes?

Ou aprenderam a ver que os outros resolvem os seus problemas a agredir e a roubar e por isso acreditam que é assim que conseguem mostrar que têm força?

7- A agressividade e a delinquência nos jovens tem mais a ver com:

As más notas e outros problemas na escola?

Ou a dificuldade em sonhar com uma vida melhor e imaginar coisas boas para si?

8- Para ti, qual das duas hipóteses explica melhor a violência:

Todos nós temos tendência para a violência, mas enquanto que uns jovens conseguem ultrapassá-la e fazer coisas boas, outros não conseguem e

tornam-se violentos?

Ou quando alguns jovens querem muito alguma coisa que não conseguem alcançar, acabam por reagir com violência pois acham que essa é a única forma de a obterem?

9-O que é que achas que deve fazer um jovem tem problemas relacionados com a violência, roubos, faltas às aulas?

Pedir ajuda aos adultos e dizer-lhes que precisa de ser compreendido e de ter carinho?

Ou pensar melhor nas consequências dos seus actos?

Competência social em adolescentes com medidas tutelares

Margarida Gaspar de Matos, Celeste Simões & Lúcia Canha

Introdução

O presente estudo refere-se à aplicação de um Programa de Promoção de Competências Sociais (Matos, 1998) a jovens sujeitos a medidas tutelares pelo Tribunal de Menores do Sistema de Justiça Português (Matos, Simões & Carvalhosa, 2001). Este programa, com o enquadramento teórico referido, visa a promoção de competências de relacionamento interpessoal como estratégia preventiva do desajustamento social e pessoal e como estratégia de promoção da facilitação da inserção sócio-escolar ou laboral, e abrangeu as seguintes áreas:

- 1) Competências de comunicação interpessoal verbal e não verbal;
- 2) Competências emocionais (identificação e gestão de emoções)
- 3) Competências cognitivas de identificação e solução de problemas, gestão de conflitos e tomada de decisões;
- 4) Competências sociais (dar e pedir ajuda, expressar opiniões, expressar sentimentos, expressar acordo e desacordo, defender ideias, defender direitos próprios, resistir à pressão de pares, ver o ponto de vista do outro, negociar, manter uma conversa, lidar com o fracasso e a exclusão, lidar com a ira, lidar com o stress).

Incluiu ainda a formação de técnicos com vista à autonomia de agentes do sistema judicial no desenvolvimento de novas acções de intervenção no âmbito do trabalho de acompanhamento de menores na comunidade.

As perturbações do comportamento e a delinquência

Segundo o DSM-IV (American Psychiatric Association, 1996), a característica essencial da perturbação do comportamento é um padrão de comportamento persistente e repetitivo em que são violados os direitos dos outros ou importantes regras ou normas sociais. O DSM-IV reconhece quatro categorias de comportamento aberto observadas em crianças e adolescentes com esta perturbação: agressão a pessoas ou animais, destruição de propriedade, falsificação ou roubo e violação grave das regras.

Segundo o DSM-IV, a Perturbação do Comportamento pode ocorrer a partir dos 5-6 anos de idade mas é normalmente observada no final da infância ou início da adolescência. Na idade adulta pode ocorrer uma adaptação social e laboral adequadas (particularmente os delinquentes cujos actos desviantes acontecem pela primeira vez no início da adolescência ou os que apresentam sintomas mais ligeiros), embora uma substancial percentagem continue a revelar na idade adulta

comportamentos que se enquadram nos critérios de Perturbação Anti-Social da Personalidade. Ainda segundo o DSM-IV, o início precoce da Perturbação do Comportamento prevê um mau prognóstico e um risco maior de uma Perturbação Anti-Social da Personalidade e Perturbações Relacionadas com Substâncias. Efectivamente há autores que ligam as desordens de conduta à delinquência juvenil e à futura criminalidade em adultos.

A expressão delinquência juvenil, refere-se (Fonseca, Simões, Rebelo, Ferreira, & Yule, 1995) aos actos de menores que violam a lei e por isso correm o risco de ser acusados ou detidos. Também Shaw (1983, citado por Marcus e Betzer, 1996) define delinquência como uma forma extrema de comportamento anti-social e como um padrão de comportamento ilegal cometido por um menor. Edwards (1996) refere que os níveis da actividade delincente podem ir desde ofensas menores (comportamentos de fuga) a ofensas graves (assalto) e que os factores associados com a tendência para actos delinquentes são a vinculação social, a associação a pares delinquentes, a etiquetagem/rotulagem e a auto-estima. Por sua vez Born, Chevalier, e Humblet (1997) descrevem a população delincente segundo dois eixos, o ambiente familiar e as características psicológicas do indivíduo.

Numerosos estudos longitudinais (Patterson, 1982; Patterson, Capaldi, & Bank, 1991; Snyder & Patterson, 1987, citados por Fonseca et al., 1995) documentam o impacto de variáveis ligadas à família nos comportamentos anti-sociais da criança. Alguns deles reflectem a influência de variáveis sociodemográficas tais como o estatuto sócio-económico da família, o número de irmãos, o absentismo ou criminalidade dos pais ou outras características "anormais" da família que podem afectar o comportamento das crianças. As perturbações de comportamento aparecem associadas aos factores de ordem psicossocial, designadamente, falta de harmonia doméstica e existência de problemas anti-sociais como consumo de droga ou a criminalidade entre os familiares mais próximos (Fonseca et al., 1995). Também Patterson, Forgatch, Yoerger, e Stoolmiller (1998) defendem que as práticas parentais disruptivas são um mecanismo de produção de formas anti-sociais de desvio que ocorre durante o tempo em que o indivíduo é membro de uma família.

Clark e Shields (1997) afirmam que as diferenças de idade, o género e o status marital da família têm implicações para os comportamentos delinquentes, referem a influência de uma comunicação positiva para a optimização do funcionamento familiar e relacionam a comunicação com a percentagem de comportamento delincente.

No que diz respeito à influência dos pais e dos pares no desvio, Aseltine (1995) afirma que os amigos são a primeira fonte de influência no comportamento dos jovens e que a supervisão parental e a qualidade da vinculação, têm uma relação

fraca com a subsequente delinquência, defende deste modo a ideia de que é sobretudo pelos pares que os jovens são socializados para comportamentos delinquentes. Fergusson, Lynskey, e Horwood (1996) também afirmam que factores relacionados com os pares têm um papel de influência na alteração do comportamento na adolescência. Ainda no que diz respeito à influência dos amigos, Vitaro, Tremblay, Kerr, Pagani, e Bukowski (1997) põem em confronto dois modelos teóricos. Um é o Modelo de Influência dos Pares (ou Modelo de Facilitação Social) que vê os amigos como causa e que sugere que uma ineficácia parental conduz à associação com amigos desviantes o que, por seu lado, leva à delinquência. O outro é Modelo das Características Individuais (ou Modelo de Controlo Social) que vê os amigos como irrelevantes e que sugere que o comportamento disruptivo na infância conduz à delinquência e à associação com amigos desviantes. Num estudo destes autores, conclui-se que as características dos amigos podem influenciar algumas trajectórias de desenvolvimento de alguns rapazes mas que essa influência não é independente das suas próprias características comportamentais. A investigação nesta área tem ainda revelado que os estes jovens têm um papel activo na sua rejeição pelos pares pró-sociais. Para além do aspecto comportamental, um outro aspecto interessante se destaca em relação aos jovens agressivos e rejeitados, e que é a questão da interpretação das pistas sociais. Segundo Dodge (1986, cit. in Coie, Terry, Lenox, Lochman, & Hyman, 1995) o estilo cognitivo dos jovens agressivos e rejeitados envolve a tendência para culpar ou ver a hostilidade nas outras pessoas em vez de em si próprio pelo que estes jovens não vêem necessidade de mudança do seu comportamento, o que pode levar à continuidade do mesmo comportamento. Uma perspectiva recente apresentada por Downey, Lebolt, Ricón, e Freitas (1998), enquadra esta questão da tendência para atribuição de hostilidade ao comportamento dos outros, mas situa a sua origem nos problemas de vinculação nos primeiros anos de vida. De acordo com esta perspectiva, denominada de sensibilidade à rejeição, determinados modelos de funcionamento interno relativos às relações interpessoais podem predispor os indivíduos para atribuições e comportamentos de defesa à rejeição. Assim, quando os indivíduos têm uma expectativa de rejeição ficam muito sensíveis aos sinais de rejeição, e por mínimos que sejam, tendem a interpretá-los como intencionais, o que dá origem a um sentimento de rejeição e à prática de comportamentos agressivos como resposta a essa rejeição. Os autores salientam que relações que envolvem rejeição, seja com os pais, irmãos, professores ou pares podem também ter influência na sensibilidade à rejeição. De igual modo, o facto de pertencer a uma minoria ou a um grupo desfavorecido pode aumentar o potencial a este tipo de sensibilidade devido a experiências de discriminação e exclusão.

Em 1997, Wetzels e Pfeiffer, atribuem o aumento de crimes e de violência às

alterações nas condições de vida dos jovens, particularmente o aumento da percentagem de crianças e jovens que vivem no limiar da pobreza e sujeitas a abusos físicos e sexuais, testemunhas de violência parental e actos violentos graves cometidos por adultos com quem têm uma relação estreita. Também Yoshikawa (1995) afirma que existe associação entre factores da infância com comportamentos anti-sociais ou delinquentes, mais tarde referindo a pobreza entre as causas do envolvimento ao crime.

Os jovens que relatam altos níveis de comportamento delinvente revelam uma vida mais stressante, maior depressão e ansiedade, baixo auto-conceito e famílias menos coesas do que os outros estudantes (Weist, Paskewitz, Jackson, & Jones, 1998). A delinquência juvenil é frequentemente acompanhada por altas taxas de comorbilidade a nível psicopatológico (Steiner & Cauffman, 1998).

Num estudo realizado em 1999 por Dolan, Holloway, Bailey, e Smith sobre o estado de saúde de 192 jovens que tinham cometido crimes 19% tinham problemas médicos significativos, 42% tinham uma história de abuso de substâncias e 7% tinham problemas psiquiátricos que requeriam tratamento.

Cox (1996) ao referir-se às características demográficas e sociológicas relacionadas com comportamentos delinquentes, afirma que os adolescentes que revelaram ter cometido crimes mais graves também revelavam mais problemas de comportamento. Ainda, os adolescentes que relatavam um maior número de detenções também relatavam mais problemas escolares, sociais, pessoais e familiares. Durand e Barlow (1997, citados por Baldwin, 1999) referem que as crianças que manifestam comportamento anti-social têm mais probabilidade de mostrar estes comportamentos quando crescem. Boyle e Offord (1990, citados por Baldwin, 1999) referem que cerca de 50% das crianças com desordens da conduta exibem comportamentos anti-sociais em adultos. Segundo Baldwin (1999) as desordens na conduta são um factor de risco para delinquência juvenil.

Palmer e Hollin (1999) realizaram um estudo com transgressores jovens e encontraram relações significativas entre a competência social e a delinquência. Verificaram que a competência social é o preditor mais forte das auto-avaliações de delinquência. Referem ainda que, quando a competência social aumenta, aumenta a moralidade e o controlo interno e que, quando pelo contrário a competência social diminui, aumenta a impulsividade.

Patterson, Forgatch, Yoerger, e Stoolmiller, em 1998, sugeriram que uma trajectória ordenada no tempo por três acontecimentos seria um auxiliar muito útil para a construção de uma teoria do desenvolvimento sobre comportamentos anti-sociais. Assim, a trajectória para comportamentos anti-sociais teria um primeiro ponto nas medidas de comportamento anti-social avaliadas na infância (no 4º ano, por volta dos 9-10 anos). O segundo ponto da sequência é a idade da primeira detenção (entre os 9-10 anos até aos 14). O terceiro evento da trajectória é a

delinquência juvenil crônica ou seja a frequência de detenções anterior aos 18 anos de idade. O conceito de trajetória envolve alterações ao longo do tempo, envolve uma sequência transitiva e requer que cada evento na sequência esteja relacionado com aquele que o antecede (Patterson et al., 1998).

Os estudos longitudinais mostram que certos tipos de comportamento anti-social (v.g. agressão) são bons preditores de inadaptação social e/ou psicológica mais tarde, na adolescência e na juventude, e que apresentam também grande estabilidade e continuidade. Os dados do estudo longitudinal de Cambridge, relativo ao desenvolvimento do comportamento delincente (Farrington, 1998a, 1998b, 2001), mostram que alguns factores de risco, presentes entre os 8 e os 10 anos de idade, são preditivos de condenações no futuro. Dentro destes factores de risco encontram-se: condição sócio-económica (54% dos rapazes provenientes de famílias com baixos recursos foram condenados comparativamente com 36% dos restantes), famílias numerosas (60% dos rapazes provenientes de famílias numerosas tornaram-se anti-sociais comparativamente com 34% dos restantes), progenitores criminosos (63% dos jovens com um dos pais criminosos e 63% dos jovens com um irmão mais velho delincente foram condenados), mães adolescentes, disciplina parental severa ou inconsistente, fraca supervisão e conflito entre os pais, famílias separadas, baixo quociente de inteligência e fracos resultados escolares (quase o dobro dos rapazes com uma destas características foram condenados comparativamente com os seus pares que apresentam resultados mais positivos nestes aspectos), influências da escola (os rapazes que frequentavam escolas com elevada nível de delinquência tiveram um risco significativamente aumentado de condenações). Também factores individuais como a audácia, disposição para correr riscos, a hiperactividade, a impulsividade, a impopularidade também foram importantes preditores de condenações futuras.

Igualmente os resultados do estudo longitudinal de Pittsburgh (Kelly, Loeber, Keenan, & DeLamatre, 1997), têm oferecido suporte ao modelo desenvolvido por Loeber (Loeber & Wikström, 1993; Stouthamer-Loeber, Loeber, Homish, & Wei, 2001) que apresenta uma sequência no surgimento de determinados comportamentos problema que nos casos mais complexos culminam com a apresentação de formas graves de delinquência. Existe evidência de que o desenvolvimento de formas menos graves de delinquência precede o início de actos delinquentes mais graves. Este modelo apresenta três vias encontradas no desenvolvimento do comportamento disruptivo e delincente: a via aberta, a via coberta e a via do conflito com a autoridade. A via aberta engloba comportamentos como a provocação e a perturbação de outras pessoas (agressões menores), as lutas físicas (nível intermédio) e a violência grave que pode traduzir-se em ataques a pessoas ou violações. A via coberta representa comportamentos como os pequenos roubos e as mentiras frequentes (no seu nível menos grave),

destruição de propriedade, como o vandalismo e a colocação de fogo (nível intermédio) e delitos de gravidade moderada a séria, como as fraudes ou os assaltos. Por último a via do conflito com a autoridade engloba comportamentos como o comportamento obstinado ou teimoso, ao qual se seguem comportamentos de desafio e desobediência e que podem culminar em comportamentos de evitamento da autoridade como as fugas de casa e a vadiagem.

A idade em que as primeiras transgressões ocorrem parece assim também ser um bom preditor de uma futura "carreira" delinvente (Fonseca et al., 1995). Uma das actuais teorias mais referidas no âmbito do desenvolvimento do comportamento anti-social, e que aponta para a existência de dois grupos de delinquentes precisamente em função da idade de início deste tipo de comportamentos, é a taxonomia de Moffitt (Moffitt & Caspi, 2000, 2001; Moffitt, Caspi, Harrington, & Milne, 2002). Moffitt e colaboradores apresentam uma teoria que engloba duas trajectórias diferentes no percurso delinvente: a trajectória persistente ao longo da vida e trajectória limitada à adolescência. De acordo com os autores os indivíduos que iniciam a trajectória anti-social numa fase precoce das suas vidas e a prolongam pela vida adulta apresentam frequentemente na infância défices cognitivos, temperamento difícil e hiperactividade, para além de outros factores de risco ambientais. Por outro lado, os indivíduos com a trajectória limitada à adolescência são jovens que apresentam um desenvolvimento normal até à adolescência e que fazem um uso instrumental do comportamento anti-social, nomeadamente para obter uma certa autonomia dos adultos e aceitação social dos colegas.

Também Compas, Hinden, e Gerhardt (1995) nos apresentam diversas trajectórias ao longo da adolescência, onde é possível encontrar duas trajectórias similares às apresentadas por Moffitt e colaboradores. No entanto é ainda possível encontrar outras trajectórias genéricas que reflectem o desenvolvimento ao longo da adolescência: (1) um percurso ajustado ao longo de toda a adolescência, sem envolvimento em comportamentos de risco, provavelmente por estarem inseridos em contextos de baixo risco; (2) um percurso ajustado na infância, seguido de um certo desajustamento na adolescência, possivelmente devido ao confronto com acontecimentos negativos neste período de vida, como por exemplo, um processo de divórcio ou reconstituição da família; (3) um percurso desajustado na infância e início da adolescência, mas com uma recuperação ao longo deste período, possivelmente devido ao encontro com oportunidades que constituíram pontos de viragem nas suas vidas. A este propósito Benard (1995), apresenta não só as oportunidades de participação, como um importante factor associado à resiliência, mas também as relações afectivas e as expectativas elevadas nos principais contextos de vida dos jovens: a família, os pares, a escola e a comunidade. De um modo geral, estas posições ilustram o facto de que é fundamental, para perceber o

desenvolvimento na adolescência, olhar para também para o desenvolvimento ao longo da infância, dado que determinados comportamentos funcionam como antecedentes de um percurso mais ou menos desajustado neste período de vida (Irwin, 1987; Steinberg, 2001).

As competências sociais e o desajustamento social

Resultados consistentes ligam os défices de competências sociais aos problemas de comportamento (Cowen, Hightower, Pedro, & Work, 1989, citado por Kuperminc, Allen, & Arthur, 1996). O crescimento em maturidade e em competência social está relacionado, em parte, com o sucesso com que cada adolescente estabelece um sentido de autonomia enquanto mantêm relacionamentos positivos (Allen, Aber et al., 1990; Connell, 1990; Greenberger, 1984 citados por Kuperminc, Allen, & Arthur, 1996).

Segundo Epps (1996) a competência social refere-se a dois conjuntos abrangentes de competências e processos: os que dizem respeito ao comportamento interpessoal, tal como a empatia, a assertividade, gestão da ansiedade e da ira e competências de conversação; e os que dizem respeito ao desenvolvimento e manutenção de relações íntimas, envolvendo a comunicação, resolução de conflitos e competências de intimidade.

A aquisição de competências sociais é um aspecto importante na maturação e no ajustamento social. Segundo Dishion, Loeber, Loeber-Stouthamer, e Patterson (1984) existe um amplo conjunto de competências que se tornam importantes para alcançar os objectivos convencionais na nossa sociedade: competências interpessoais, competências académicas básicas e competências de trabalho. Segundo estes autores, o ajustamento social do adolescente pode ser afectado por dificuldades na aquisição das competências básicas. No extremo, o isolamento social e a alienação, as competências pobres de leitura e escrita, e a incapacidade para arranjar e manter um emprego podem contribuir para um estilo de vida anti-social. Patterson (1982, citado por Dishion et al., 1984), numa revisão que fez de vários documentos relacionados com crianças anti-sociais, verificou que o défice em competências sociais está associado ao comportamento anti-social.

As competências interpessoais adquirem uma importância crescente ao longo da adolescência até à vida adulta. Há provas de que nos adolescentes anti-sociais existem lacunas em dois aspectos interrelacionados das competências interpessoais: (a) o estilo de interacção interpessoal do indivíduo, que pode ter um efeito na interacção social (fricção, comportamento chocante, ou extrema timidez); (b) o estilo interpessoal de resolução de problemas, que pode resultar numa resolução inefectiva de dilemas sociais (conflitos com os pais, evitamento de possíveis problemas e resistência a situações tentadoras).

Freedman, Rosenthal, Donahue, Schlundt, e McFall (1978, citado por Dishion et

al., 1984) compararam as competências de resolução de problemas interpessoais entre delinquentes institucionalizados e não delinquentes, e verificaram que a rejeição social e a resolução de problemas interpessoais parecem ambas relevantes para a delinquência.

Dishion et al. (1984), contudo, sublinham que um aumento de competências na adolescência não resulta necessariamente numa concomitante redução do comportamento anti-social. É por isso necessário compreender o papel das competências em conjunção com preditores conhecidos, tais como práticas educativas pobres, lares desfeitos, pais com passado criminal, e associação com pares delinquentes, nos processos de trato com o comportamento anti-social na adolescência.

Segundo Matos (1998), parte das dificuldades de relacionamento interpessoal têm origem num reportório comportamental deficiente, provavelmente devido a uma lacuna na história pessoal de aprendizagem social. As dificuldades de relacionamento podem dar origem a conflitos entre os jovens e professores, pais, colegas e autoridades. Efectivamente, várias investigações apoiam a ideia de que a deficiência em competências pró-sociais são um antecedente do comportamento anti-social (Freedman, Rosenthal, Donahoe, Schlundt, & McFall, 1978; Patterson, Reid, Jones, & Conger, 1975; Spence, 1981, citados por Goldstein et al., 1989). Segundo vários estudos as dificuldades e lacunas comportamentais podem ser ultrapassadas através de um programa de competências sociais que intervenha directamente sobre o indivíduo e sobre o seu envolvimento (Matos, 1998).

Intervenções com jovens agressores

Existem várias experiências de intervenções com jovens agressores em que se utiliza o programa de promoção de competências sociais que têm mostrado a eficácia deste tipo de intervenção (Henderson & Hollin, 1983, 1986; Hollin 1990, citado por Hollin 1996).

Numa meta-análise de vários programas de reabilitação, Andrews et al. (1990, citado por McMurrin, 1996) verificaram que as abordagens comportamentais e cognitivas são mais eficazes. Também Izzo e Ross (1990, citados por McMurrin, 1996) numa meta-análise a programas de reabilitação para jovens delinquentes, verificaram que incluindo a componente cognitiva os programas se tornavam duas vezes mais eficazes.

De seguida apresentaremos uma revisão de vários programas utilizados com jovens agressores.

Auto-controlo e auto-instrução: Estudos sobre o desenvolvimento cognitivo sugerem que as crianças conseguem auto-controlo através de um discurso interno desenvolvido para controlo das acções voluntárias. Este discurso interno e as auto-afirmações podem ser modificadas de forma a conseguir um maior auto-controlo

através do treino da auto-instrução. Alguns estudos empregaram o treino da auto-instrução em jovens agressores e verificaram que aumentou o auto-controlo e em concordância diminuíram os comportamentos agressivos

Controlo da Ira: Este treino tem como objectivo a diminuição da frequência de comportamentos agressivos, através do aumento de controlo sobre a activação da ira, e consiste em três fases – preparação cognitiva, aquisição da competência e treino da sua aplicação. McDougall, Barnett, Ashurst, e Willis (1987, citado por Hollin, 1996) levaram a cabo um programa de controlo da ira com 18 jovens institucionalizadas e verificaram que diminuiu o nível de delinquência na instituição. Lochman (1992, citado por Hollin, 1996) também obteve resultados encorajadores num programa levado a cabo numa escola com jovens agressivos do género masculino. Após três anos de follow-up, comparados com o grupo de controlo, os jovens apresentavam valores mais baixos no consumo de substâncias e níveis mais altos de auto-estima e capacidade de resolução de problemas.

Descentração: Chandler (1973, citado por Hollin, 1996) descreve um programa em que pretende encorajar os jovens a ver-se na perspectiva do outro e a desenvolver eles próprios a suas capacidades de *descentração/role taking*. Este programa teve um efeito positivo, desenvolvendo a capacidade de descentração. Chalmers e Townsend (1990) obtiveram um resultado semelhante com um programa similar em que se trabalhou a tomada de perspectiva social. Neste estudo, 16 jovens do género feminino, entre os 10 e os 16 anos, institucionalizadas como resultado de comportamentos anti-sociais ou mal ajustadas socialmente, participaram em 15 sessões de um programa de *role playing* em que treinavam competências sociais específicas e representavam várias perspectivas em situações problema típicas. Comparadas com o grupo de controlo, verificou-se que uma melhoria nas medidas da perspectiva social, da análise de problemas sociais, empatia, e aceitação de diferenças individuais. Dados da observação indicaram que o treino de *role playing* resultou num aumento de comportamentos pró-sociais.

Treino de Resolução de Problemas Sociais: Spivack, Platt, e Shure (1976, citado por Hollin, 1996) sugeriram que são necessárias várias competências cognitivas de resolução de problemas para o sucesso nas interacções sociais que incluem: sensibilidade para os problemas interpessoais, capacidade de escolha de um resultado desejável perante um desafio, de previsão dos resultados prováveis das suas acções, e de gestão de diferentes caminhos para a obtenção de um resultado desejável. Segundo Matos (1998), a aceitação social está relacionada com vários factores que incluem a capacidade de se colocar no lugar do outro, a capacidade de se centrar em problemas gerando alternativas e encontrando soluções, e o sucesso académico. A ausência de aceitação social pode implicar vários tipos de desajustamento social e pessoal incluindo a delinquência. No treino de resolução

de problemas utiliza-se uma variedade de técnicas incluindo a modelação, *role playing* e discussão que são combinadas com técnicas cognitivas, principalmente com a auto-instrução. Vários estudos dão provas de que o treino de resolução de problemas leva os jovens a gerar mais soluções para os problemas sociais (Hains, 1984, citado por Hollin, 1996).

Programas multi-modais: Alguns programas incorporaram os vários métodos acima discutidos num tratamento multi-modal. Numa meta-análise levada a cabo por Lipsey (1995), em que foram analisados os resultados de 400 estudos, verificou-se que a natureza e as circunstâncias do tratamento proporcionado têm relações muito fortes com os efeitos produzidos pelos tratamentos. Nomeadamente, verificou-se que, quer para intervenções no âmbito da justiça juvenil quer para intervenções fora desse âmbito, os tratamentos que obtinham melhores resultados eram os que tinham um carácter mais concreto, comportamental, orientado para as competências, ou multi-modal.

Gross, Brigham, Hopper, e Bologna (1980, citado por Hollin, 1996) usaram a combinação do programa de promoção em competências sociais, terapia comportamental e treino de auto-gestão com 10 jovens agressoras. Verificou-se que o programa melhorou o auto-controlo, reduziu os problemas de comportamento e o absentismo escolar.

Outro programa similar é o Treino de Substituição da Agressão (TSA) - Aggression Replacement Training (ART) (Goldstein, Glick, Irwin, MacCartney e Rubama, 1989). Utiliza três abordagens centrais para a modificação do comportamento: treino da aprendizagem estruturada, incluindo programa de promoção de competências sociais e resolução de problemas; controle da ira; e educação moral (Goldstein et al., 1989). Os resultados revelaram um desenvolvimento das competências, um melhor auto-controlo e a uma melhoria no comportamento institucional. Leeman, Gibbs, e Fuller (1993, citado por Hollin, 1996) num estudo também baseado no TSA, obtiveram resultados positivos na conduta e baixa na reincidência. Neste programa, Goldstein et al. (1989), dão especial importância a quatro técnicas: modelação, em que são mostrados vários exemplos do uso correcto dos comportamentos que constituem as competências deficitárias; o role playing, dando oportunidades orientadas de prática e repetição de comportamentos interpessoais competentes; feedback da performance, dando elogios, instruções e feedback relacionado com o *role playing*; e treino de transferência, encorajando o envolvimento numa série de actividades de modo a aumentar a probabilidade de que as competências aprendidas no treino continuem e que estejam disponíveis quando necessárias nos vários contextos (escola, casa, comunidade ou instituição).

Para Farrington (1996) a impulsividade e outras características da personalidade dos agressores podem ser alteradas usando as várias técnicas do treino

comportamental e cognitivo de promoção de competências interpessoais. Neste sentido, Ross (Ross & Ewles, 1988; Ross & Ross, 1988, citado por Farrington, 1996), acredita que os delinquentes podem ser ensinados nas competências cognitivas em que são deficientes, o que pode levar a uma diminuição da sua agressividade.

Baseando-se na análise dos mediadores cognitivos da agressão em adolescentes agressores, Guerra e Slaby (1990, citado por Hollin, 1996) elaboraram um programa que altere os factores cognitivos associados à agressão. Estes autores referem que o programa obteve sucesso no aumento das competências de resolução de problemas, abalou a crença na legitimidade da agressão e reduziu a frequência do comportamento agressivo.

O programa "Pensamento e Reabilitação", desenvolvido por Ross e Fabiano (1985, citado por Hollin, 1996), também incorpora vários métodos e técnicas. Este programa pretende modificar o pensamento impulsivo e egocêntrico dos delinquentes, ensinar a parar e a pensar antes de actuar, a considerar as consequências dos seus comportamentos, a conceptualizar caminhos alternativos de resolução de problemas interpessoais, e a considerar o impacto dos seus comportamentos nas outras pessoas, especialmente nas vítimas. Este treino inclui o programa de promoção de competências sociais, pensamento lateral (ensino de resolução de problemas de forma criativa), pensamento crítico (ensino de pensamento lógico), educação de valores (ensino de valores), treino da assertividade (ensino de formas não agressivas e apropriadas socialmente de obtenção de resultados desejados), promoção das competências de negociação, treino cognitivo da resolução de problemas interpessoal (ensino de competências de pensamento para resolução de problemas interpessoais), treino da tomada de perspectiva social (ensino do como reconhecer e compreender os sentimentos dos outros), *role playing* e modelação (demonstração e prática de comportamentos interpessoais efectivos e aceitáveis). O programa levou a uma diminuição significativa na agressão para uma pequena amostra, num período de follow-up de nove meses.

Outro programa de promoção de competências sociais foi levado a cabo por Sarason (1978, citado por Farrington, 1996) numa instituição juvenil com 299 agressores do género masculino. Foram compostos aleatoriamente três grupos de trabalho: modelação, discussão e controlo. Os grupos de modelação e discussão focaram-se no trabalho em formas pró-sociais de alcançar objectivos, no trato com as frustrações, na resistência a tentações e na capacidade de atraso da gratificação. Após cinco anos de follow-up verificou-se que a percentagem de reincidentes nos grupos de modelação e discussão era metade do grupo de controlo.

A Família e o Programa de promoção de Competências Sociais

Tendo em conta que a ausência de supervisão parental e a má educação parental das crianças são causas da delinquência, Farrington (1996) refere que o treino com os pais é uma forma de intervenção importante na redução da agressão. Também nesta matéria, é de opinião que a combinação de intervenções é mais eficaz do que só um método. Kazdin, Siegle, e Bass (1992, citado por Farrington, 1996), verificaram que o treino de auto-gestão dos pais e o treino de competências de resolução de problemas, é mais eficaz na redução da delinquência auto-relatada do que outro método sozinho. Um dos mais importantes estudos longitudinais de intervenção experimental, foi levado a cabo por Trembley et al. (1991, 1992, citado por Farrington, 1996). Foram escolhidos 250 rapazes com 6 anos de idade que manifestavam comportamentos disruptivos, para uma experiência de prevenção. Entre os 6 e os 9 anos estiveram sujeitos a um programa de promoção de competências sociais e auto-controlo, enquanto que os pais estiveram sujeitos a um programa de auto-gestão comportamental de Patterson. Este método orienta os pais no sentido de reforço do comportamento apropriado e utilização de uma disciplina apropriada para os comportamentos inadequados. Verificou-se que aos 12 anos os rapazes cometiam menos roubos, e tinham menos tendência para ficar embriagados do que os de controlo. Curiosamente, as diferenças no comportamento social entre o grupo experimental e o de controlo aumentaram à medida que o follow-up progredia.

Clark e Shields (1997), levaram a cabo um estudo em que é sublinhada a importância de uma boa comunicação para o bom funcionamento das famílias, e a sua implicação no comportamento delincente. Usando dados da delinquência auto-relatada em conjugação com a auto-percepção de uma comunicação aberta ou fechada com os pais dos jovens, os resultados indicaram que a comunicação está relacionada com a percentagem de comportamento delincente.

De algum modo, a importância da comunicação no comportamento delincente é consubstanciada numa experiência levada a cabo por Hawkins, Von Cleve, e Catalano (1991, citado por Farrington, 1996). Estes autores combinaram o treino de pais, o treino de professores e o treino de competências em 21 classes do primeiro ano, distribuídas aleatoriamente entre classes de controlo e classes experimentais. As crianças das classes experimentais receberam um tratamento especial em casa e na escola com o intuito de aumentar a ligação aos pais e o vínculo à escola. Os pais foram treinados para reparar e reforçar os comportamentos socialmente desejáveis. Os professores foram treinados na auto-gestão da sala de aula (p.e., dando instruções claras e específicas, recompensando as crianças pela participação em comportamentos desejáveis e ensinando métodos pró-sociais de resolução de problemas). Numa avaliação do programa 18 meses depois, os investigadores verificaram que os rapazes que receberam o programa experimental estavam significativamente menos agressivos que os das classes de

controlo. As raparigas não se encontravam significativamente menos agressivas. Contudo, estavam menos auto-destrutivas, ansiosas ou destrutivas. No quinto ano as crianças das classes experimentais tinham menos tendência para se iniciar na delinquência e no consumo de álcool.

O Programa de Promoção de Competências Pessoais e Sociais elaborado por nós (Matos, 1998), é um programa que inclui como conteúdos básicos: identificação e utilização das componentes do comportamento aberto na comunicação interpessoal verbal e não verbal; identificação e gestão de emoções, utilização de estratégias de identificação e solução de problemas e gestão de conflitos; identificação e utilização de comportamentos assertivos em diferentes contextos.

Os objectivos gerais dos conteúdos trabalhados nas sessões são: análise dos comportamentos relacionais usuais, nos seus aspectos verbais e não verbais; reflexão em grupo sobre as vantagens e inconvenientes de diferentes tipos relacionais através da discussão de situações problema; aprendizagem de um método de abordagem de situações problema através de uma metodologia de resolução de problemas; análise e modificação de determinadas cognições associadas a sequências habituais de comportamentos abertos; manutenção e generalização das aquisições das sessões.

Os presentes estudos consistem na aplicação desse Programa de Promoção de Competências Sociais (Matos, 1998) a jovens sujeitos a medidas tutelares pelo Tribunal de Menores do Sistema de Justiça Português, tendo como objectivo a adaptação e avaliação dos efeitos do Programa de Promoção de Competências Pessoais e Sociais para adolescentes em acompanhamento na comunidade.

Metodologia

Estudo 1

Sujeitos

Participaram neste estudo 13 menores, do género masculino, com idades compreendidas entre os 14 e os 16 anos, sujeitos a medidas de acompanhamento, sem hábitos aditivos, que apresentavam perturbações no comportamento social traduzidas em comportamentos desviantes. A maioria destes jovens tem o 5º ano de escolaridade, vive com ambos os progenitores, tem uma situação económica familiar precária e uma habitação também precária. O grande motivo que os conduziu ao Instituto de Reinserção Social (IRS), foi o comportamento anti-social. O projecto foi iniciado com 13 jovens, tendo sido conseguida, ao longo do seu decurso, uma participação regular de 8 jovens.

Procedimentos

O trabalho realizou-se nas instalações da Faculdade de Motricidade Humana ao longo de 23 sessões durante o ano lectivo, em sessões semanais de 90 minutos. A

selecção dos jovens foi feita pelos técnicos do IRS que os acompanham. Foi dito aos jovens que a sua participação tinha carácter voluntário e que os dados recolhidos eram confidenciais. Foram-lhes pagas as deslocações. Participaram neste estudo seis técnicos formados no programa de Promoção de Competência Sociais (Matos, 1998; Matos, Simões, & Carvalhosa, 2001).

O programa está integrado num projecto que visa a prevenção dos problemas de comportamento social nos jovens. Através de um conjunto de exercícios de carácter lúdico e da utilização de estratégias de discussão em grupo pretende-se facilitar, nestes jovens, o reconhecimento das suas capacidades e a possibilidade de as aplicar no seu relacionamento com o envolvimento social (escola, casa e grupo social). O programa foi adaptado às características destes jovens, tanto nas competências trabalhadas como nas metodologias utilizadas, tendo em conta as suas necessidades sociais, características de aprendizagem e características motivacionais. Foram trabalhadas essencialmente duas componentes do programa: resolução de problemas e treino da assertividade.

As sessões tiveram uma regularidade semanal, segundo a seguinte estrutura base:

- Diálogo inicial em pequeno grupo (grupos de dois a três jovens com um técnico)
- em que é revisto o trabalho da última sessão e discutida a aplicação na vida diária das situações trabalhadas na sessão anterior.
- Jogo de cooperação em grande grupo (todos os elementos) - em que se pretende promover a entre-ajuda e união de acções para a prossecução de objectivos comuns.
- Trabalho das competências em pequeno grupo (grupos de dois a três jovens com um técnico) - em que são propostas situações específicas relacionadas com as componentes do programa que estão a ser trabalhadas.
- Jogo de regras em grande grupo - em que se pretende identificar a regra como estrutura organizadora de um trabalho de equipa.
- Relaxação em pequeno grupo - momento de retorno à calma, controlo da respiração, controlo da ansiedade/agressividade e consciencialização corporal.
- Diálogo final e trabalho de casa em pequeno grupo - em que se faz uma reflexão sobre a sessão e se atribui trabalho de casa (identificação, análise, transferência e aplicação à vida diária das situações aprendidas na sessão).

Foram também proporcionadas algumas sessões com estrutura e contexto diferentes com o objectivo de envolver os pais e a comunidade: jantar com os pais, saídas ao exterior e festa final.

A avaliação inicial realizou-se na segunda sessão; a avaliação contínua foi realizada sessão a sessão. A avaliação inicial não foi tomada em consideração para a avaliação do programa dada a dificuldade e oposição dos jovens ao preenchimento dos questionários. Os resultados que referiremos para a avaliação do programa, dizem respeito à avaliação contínua.

Instrumentos de avaliação

Os dados relativos à caracterização dos sujeitos (idade, escolaridade, com quem vivem, situação familiar económica e profissional, habitação e motivações) foram fornecidos pelo IRS. Os sujeitos foram avaliados nas sessões iniciais, através do preenchimento de instrumentos de auto-avaliação. Esta avaliação não foi levada em consideração por problemas vários relacionados com o preenchimento dos questionários.

Profile Of Moods States (POMS). Foi desenvolvido por McNair e cols. (1971) para identificar e avaliar estados afectivos transitórios e flutuantes. Foi utilizado o inventário da versão em Língua Portuguesa - Perfil de Estados de Humor (Azevedo, Silva e Veiga, 1992).

Estratégias de Coping. Versão traduzida em português da versão francesa desenvolvida por Graziani, Rusinek, Servant, Hautekeete-Sence, e Hautekeete (1998) do original de Folkman e Lazarus (1985 in Graziani et al., 1998).

Escala AQ. É um dos questionários mais utilizados sobre agressividade. Foi utilizada uma versão traduzida em português da escala original desenvolvida por Buss e Perry (1992), que através de uma análise factorial produziu 4 escalas: agressividade física, agressividade verbal, ira e hostilidade.

Escala de Ajustamento Social. Instrumento construído e desenvolvido pela Aventura Social/FMH (Matos et al., 1995) com o objectivo de verificar o tipo de respostas comportamentais dos indivíduos perante situações do dia-a-dia. É uma banda desenhada com 14 situações. Todas as respostas implicam escolha de uma de três opções apresentadas. A cada resposta dada é atribuído um valor: “agressiva”, “inibida” ou “assertiva”.

A avaliação contínua foi realizada com os seguintes instrumentos:

Grelha de avaliação diária (pelos técnicos) - avalia o comportamento do sujeito na sessão em vários itens: 1) participação, 2) comportamento interpessoal em relação ao grupo, 3) comportamento interpessoal em relação aos técnicos, 4) reacção ao insucesso, 5) concentração nas tarefas, 6) agitação e 7) distração, numa escala de 1 (deficitário) a 5 (excelente). Esta avaliação foi considerada parcelarmente e como avaliação global do “comportamento social” sempre que a consistência interna dos itens o permitiu.

Auto-avaliação (pelos jovens) - realizada no final de cada sessão, consiste no registo de 1) comportamento durante a sessão e 2) agrado ou desagrado por esse comportamento numa escala de 1 (Mau) a 3 (Bom).

Resultados

A maioria dos jovens que comete actos anti-sociais apresenta lacunas nas competências interpessoais e pessoais a nível comportamental e cognitivo. Para

alguns autores a competência social é um dos preditores da delinquência (Palmer & Hollin, 1999). Várias modalidades de intervenções comportamentais e cognitivas que focam a sua intervenção no desenvolvimento de competências sociais têm-se mostrado eficazes na redução da delinquência. Na intervenção do presente estudo foram empregues algumas das modalidades de intervenção referidas na literatura e que têm obtido resultados positivos com jovens com problemas de comportamento anti-social. Os principais resultados são: diminuição do comportamento agressivo e da impulsividade, uma maior capacidade de gerar soluções, uma diminuição da reincidência na delinquência, uma crença menos marcante na legitimidade da agressão e uma melhoria no auto-controlo. Os resultados presentes (Matos, Simões, & Carvalhosa, 2001), ainda que prejudicados pela impossibilidade de ter em conta uma avaliação pré-pós, como inicialmente previsto, consubstanciam alguns dos resultados observados nos estudos referidos. Embora não tenham sido aspectos focados pela avaliação formal, verificou-se que com o decorrer das sessões a capacidade de verbalização e reflexão dos jovens foi aumentando, notando-se uma maior capacidade de produção de alternativas pró-sociais para os problemas propostos. Verificou-se também uma aquisição de rotinas relacionadas com o trabalho que extinguiu a existência de problemas na gestão do espaço da sessão por parte dos técnicos. De salientar o aumento de competências empáticas dos jovens entre si e com os técnicos. Note-se ainda que a literatura nos refere que é habitual uma desistência de 50% ou mais dos jovens com perturbações de conduta, mesmo em contextos clínicos onde o "pedido" vem por via do jovem ou respectiva família. É pois de realçar que oito jovens (61%) se mantiveram no programa de forma regular sem qualquer benefício extrínseco.

Follow-up

Na sequência deste piloto foi levado a cabo um estudo de follow-up a um e a dois anos. Dos oito jovens que concluíram o programa com pelo menos 75% de presenças, num estudo de follow-up a um e a dois anos registamos: um jovem falecido (afogamento), um jovem institucionalizado (por delito anterior ao programa), dois jovens não localizados (isto é, no mínimo sem novo processo tutelar), quatro jovens a estudar/trabalhar (isto é, no mínimo inseridos a nível escolar ou vocacional). Estes resultados indicam claramente, (no mínimo), um comportamento não recidivo em metade dos jovens.

Estudo 2

Objectivo do estudo

No presente trabalho pretende-se avaliar o projecto "Aventura Social & Risco" desenvolvido entre 1999 e 2001 numa parceria entre a Faculdade de Motricidade Humana (FMH) e o Instituto de Reinserção Social (IRS), na sequência do estudo 1 (estudo piloto).

Metodologia

Amostra

A partir de um universo inicial de 113 jovens, foram seleccionados aleatoriamente 16 jovens por equipa, num total de 90 menores, do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 12 e os 18 anos de idade, sem graves problemas de consumo de drogas. Numa primeira descrição da amostra verificamos uma maior percentagem de jovens com 15 anos (27%), sendo a média de idade de 15.2 anos, um maior número de jovens de nacionalidade portuguesa (92%) e com um agregado familiar constituído por 5 pessoas. A escolaridade varia entre o 3º e o 8º ano, embora a maioria dos jovens (38.8%) tenha o 4º ano de escolaridade. Dos jovens que têm processo tutelar (58%) o motivo mais referido é o “furto”. Dos jovens que têm medida tutelar (42%) a mais referida é o “acompanhamento educativo”. Em relação à história de consumo de substâncias, o tabaco é referido como o mais consumido e depois o álcool: afirmam fumar tabaco 48.6% dos jovens e 7.3% afirmam beber álcool. O consumo de drogas ilícitas não foi assinalado por nenhum jovem. Como já referimos, este critério (não consumo regular de drogas) foi um dos requisitos na selecção da amostra.

De acordo com a opinião dos técnicos, os jovens foram caracterizados, numa escala de 1 a 5, nas seguintes áreas: capacidade de verbalização - vocabulário e organização da frase, comportamento (empático, indiferente, inibido, hostil, agitado) e agressividade (reactiva - quando é provocado, e pró-activa - inicia provocações). A capacidade de verbalização (tanto para o vocabulário como para a organização da frase) situou-se num nível considerado médio/inferior, bem como o comportamento empático. Em relação à agitação e às manifestações agressivas, grande parte dos jovens apresenta, quase sempre, um comportamento agitado e reage agressivamente nomeadamente quando provocado.

Procedimentos

O estudo incluiu uma formação para Técnicos do IRS. A formação incluiu um primeiro nível, 17 profissionais e técnicos do IRS, um segundo nível, 29 técnicos. A partir desta formação foram elaborados e implementados seis projectos-piloto do “Programa de Promoção de Competências Sociais” realizados a nível nacional por técnicos do IRS e respectivas parcerias. Participaram no estudo 6 Projectos de diferentes regiões do país. As 23 sessões decorreram durante 6 meses, em sessões semanais de 90 minutos.

Programa de intervenção

O programa proposto e utilizado foi o mesmo que para o estudo 1, embora tivesse sido levado a cabo pelos técnicos de reinserção social após formação e com supervisão.

Instrumentos de avaliação

Foi realizada uma avaliação aos jovens, aos pais e aos técnicos participantes.

A avaliação aos jovens divide-se em 4 momentos: Avaliação Inicial (com o objectivo de caracterizar os sujeitos participantes); Avaliação Contínua (com o objectivo de avaliar a participação do jovem em cada sessão); Avaliação Final/processo (com o objectivo de perceber como os jovens envolvidos avaliam a sua participação); Avaliação Final/produto (com o objectivo de avaliar o efeito das sessões). A caracterização dos jovens foi feita através de auto e hetero avaliação (jovens, pais e técnicos), tendo sido utilizados os instrumentos que a seguir se descrevem.

Auto-avaliação

- Questionário de Agressividade (Buss & Perry, 1992, tradução e adaptação de Matos, Simões, Carvalhosa & Reis, 1999). Os itens estão distribuídos por quatro escalas, destinadas a avaliar tipos específicos de agressividade: agressividade física, agressividade verbal, ira e hostilidade.
- Inventário de Resolução de Problemas Sociais. Inventário de Dugas, Ladouceur, e Freeston (1996, tradução e adaptação de Matos, Simões, Carvalhosa, & Reis, 1999).
- Escala de Resiliência. A escala de Resiliência de Grotberg (1995, tradução e adaptação de Matos, Simões, Carvalhosa, & Reis, 1999) é constituída por um conjunto de 15 itens agrupados em 2 áreas: "Eu tenho" e "Eu sou capaz"
- Escala de Competências Sociais. O questionário utilizado é a versão adaptada de Goldstein (1980, tradução e adaptação de Matos, Simões, Carvalhosa, & Reis, 1999), constituído por uma listagem de 18 itens apresentada numa escala de 5 pontos.
- Escalas de Auto-conceito (Harter, 1988, tradução e adaptação de Matos, Simões, Carvalhosa, & Reis, 1999), Auto-eficácia (Schwartz, 1993, tradução e adaptação de Matos, Simões, Carvalhosa, & Reis, 1999) e Satisfação com a vida (Huebner, 1991, tradução e adaptação de Matos, Simões, Carvalhosa, & Reis, 1999). Listagem de 16 itens relativos a duas áreas auto-eficácia e satisfação com a vida.
- Questionário de Comportamentos Delinquentes e de Lazer. Listagem de comportamentos delinquentes (12 itens) que alternam com situações de ocupação de tempos livres (11 itens) (Vieira, 1999).
- Psychopathy Screening Device (PSD). A escala de Psicopatia (EAP) (Frick & Ellis, 1999, tradução e adaptação de Matos, Simões, Carvalhosa, & Reis, 1999) é uma listagem de 20 situações apresentadas numa escala de 3 pontos (0 = nunca é verdade; 1 = às vezes é verdade; 2 = é sempre verdade). Dezoito destas fazem parte de 3 sub-escalas: narcisismo, impulsividade e não-emotividade.
- Tipo de família. Avaliado pelos 14 itens utilizados por Vieira (1999), a partir do estudo de Wu e Kendal (1995). Esta escala divide-se em três sub-escalas: família envolvente/permisiva (com 6 itens, ex.: "Recebo elogios e/ou sou encorajado"),

família punitiva (com 5 itens, ex.: “Mandam-me para o quarto quando algo corre mal”) e família com regras (com 3 itens, ex.: “Dizem-me que não consuma drogas”).

- Questões Health Behavior in School-aged Children (Currie, Hurrelmann, Settertobulte, Smith, & Todd, 2000; Matos, Simões, Carvalhosa, Reis, & Canha, 2000). Conjunto de 34 questões retiradas do estudo nacional HBSC 1996-1998, com foco em vários comportamentos de saúde – expectativas futuras, ambiente na escola, história de consumos, bem-estar e apoio familiar, queixas psicológicas e somáticas, crenças e atitudes face ao VIH/SIDA.

Avaliação pelos técnicos e pais

- Psychopathy Screening Device (PSD). A escala de Psicopatia (EAP) (Frick & Ellis, 1999, tradução e adaptação de Matos, Simões, Carvalhosa, & Reis, 1999) versão pais e técnicos do instrumento de auto-avaliação.

- Os técnicos preencheram fichas de identificação contendo questões sobre: caracterização do jovem (ex.: idade, nível de escolaridade, agregado familiar), situação jurídica (ex.: processo ou medida tutelar), capacidade de verbalização, comportamento do jovem, entre outros.

-A avaliação realizada aos técnicos foi, também, feita através de um questionário aos técnicos sobre as dificuldades e estratégias da equipa, um questionário aos técnicos sobre os progressos dos jovens ao longo do projecto e ainda um questionário aos técnicos sobre a avaliação global do projecto.

Avaliação Contínua

- A avaliação contínua foi realizada pelos técnicos presentes nas sessões através de uma grelha de avaliação diária do comportamento do sujeito na sessão em vários itens: participação, permanência e empenho nas tarefas; agressividade e isolamento /inibição face aos técnicos; agressividade e desistência /desalento face aos outros jovens; agressividade e desistência /desalento face ao fracasso; participação, agitação, distração, isolamento, agressividade e perturbação no Global da sessão.

Avaliação Final/Processo

Questionário aos jovens contendo 18 perguntas com o objectivo de perceber aquilo que consideraram ter aprendido até à altura, no âmbito das competências sociais, com este programa. As perguntas apresentadas eram sobre conteúdos trabalhados ao longo do projecto: 3 questões da área da Comunicação Interpessoal, 3 sobre a Resolução de Problemas, 3 do Treino da Assertividade e 9 sobre tarefas não relacionadas com o programa.

Apresentação e discussão dos resultados

Avaliação inicial

Os resultados que se seguem são referentes aos 90 jovens seleccionados para a amostra. A avaliação pré-pós diz respeito apenas aos que 40 compareceram a pelo menos 14 sessões (mais de 60% de assiduidade).

Da totalidade dos jovens, 68 responderam à questão sobre a profissão dos pais. Para este grupo podemos constatar que a maioria (66%) das profissões dos pais se situa num nível fraco (ex.: serralheiro, pintor, entre outros) e a grande maioria das mães é doméstica ou desempregada (62%). A maioria dos pais tem nacionalidade portuguesa (82.9%), assim como as mães (80.9%) e mais frequentemente se identificam como brancos (75.3%). Cerca de 60.9% dizem que não falam em casa outra língua para além da portuguesa.

Sobre o contacto com a justiça, 66.2% da amostra refere já ter tido contacto com a justiça, sendo o motivo mais referido o “estar sujeito a medidas tutelares não institucionais”. No que diz respeito à situação familiar face à justiça, 60.9% dos jovens diz que tem familiares que já contactaram com a justiça, sendo o motivo mais referido: “estar preso” (47.8%). O familiar mais referido como já tendo tido contacto com a justiça é o irmão (31.8%).

Dos 69 jovens que responderam a esta questão, 69.6% estavam na altura a frequentar a escola. Quanto às expectativas de futuro, 44.4% dos jovens dizem que pretendem arranjar emprego. Em relação aquilo que pensam fazer da vida, 84.3% pensam contar com a sorte, 60.9% pensam estudar, 92.6% pensam trabalhar muito, 71.0% pensam pedir ajuda à família, 73.5% pensam pedir ajuda aos amigos, e 98.5% pensam arranjar vontade para fazer algo que esteja ao seu alcance. Em relação à escola, 68% dizem que gostam da escola, no entanto, 39% referem que frequentemente é aborrecido ir à escola, e 43% dizem que faltaram às aulas 4 dias ou mais no período lectivo decorrente. Cerca de 50% dos jovens dizem que abandonaram a escola há menos de 1 ano, sendo o motivo mais apresentado pela maioria para este abandono escolar a falta de interesse (47%).

Consumos, Saúde e Bem-estar

Relativamente ao consumo de tabaco e álcool, podemos observar que 54% dizem que fumam (49% consomem tabaco diariamente), 49% consomem cerveja, 62% consomem bebidas espirituosas e 63% já ficaram embriagados. A maioria (89%) diz que nunca experimentou qualquer tipo de drogas.

Mais de metade sentem-se nervosos (61%) ou irritáveis (55%) uma vez por semana ou mais. O conhecimento sobre as formas de transmissão do VIH é limitado (apenas 36% conhecem as formas de transmissão).

A maioria (84%) fica com os amigos depois das aulas ou do trabalho dois ou mais dias por semana.

Relacionamento com Familiares

Relativamente às pessoas com quem vivem é de referir que 23% não tem ou não vê o pai.

Comportamentos Violentos

Em relação a provocações ocorridas, 76% dos jovens referem que já foram provocados e também 73% já provocaram outros. Quando questionados sobre o envolvimento em lutas nos últimos 12 meses, 43% dos jovens diz que esteve envolvido 4 ou mais vezes mas não sofreu nenhuma lesão (84%).

Comparando estes resultados com os resultado do estudo HBSC realizado no ano de 1998, em 191 escolas nacionais (Matos, Simões, Carvalhosa, Reis & Canha, 2000) sobre a saúde dos adolescentes portugueses, englobando 6903 jovens com idades entre os 11 e os 16 anos, podemos observar que os jovens do presente estudo (amostra IRS) tencionam mais frequentemente arranjar emprego ou realizar uma formação profissional, enquanto que os jovens da amostra nacional (amostra HBSC) tencionam prosseguir estudos ou ter estudos orientados para a vida activa. Uma maior percentagem nos jovens do HBSC diz que gosta da escola. Na amostra nacional HBSC, é muito inferior a percentagem de jovens que não tem ou não vê o pai. Uma maior percentagem de jovens do IRS refere ser provocado e provocar os colegas, refere ainda ter-se envolvido em lutas nos últimos 12 meses e refere também ter andado com armas nos últimos 30 dias. Os jovens da amostra do IRS referem ainda com mais frequência consumos de álcool, tabaco e drogas. Referem com maior frequência a companhia dos amigos depois das aulas ou do trabalho, duas ou mais vezes por semana. Em síntese, menor relação com a família e escola, laços mais próximos com os pares em contexto extra-escolar, maior envolvimento em situações de violência e maiores consumos de álcool, tabaco e droga se comparados com os resultados nacionais (Matos et al., 2000).

Escala de avaliação da psicopatia (auto e hetero avaliação - jovens, pais e técnicos)

Em relação à escala da psicopatia, fomos caracterizar os jovens de acordo com as três sub-escalas: narcisismo, impulsividade e não-emotividade. Assim consideramos que os jovens eram narcísicos, impulsivos ou não-emotivos, quando os seus valores se afastavam mais de um desvio padrão da média da variável. As pontuações com um desvio padrão acima da média na auto-avaliação são de 7.7 para o narcisismo, 6.2 para a impulsividade e 6.7 para a não-emotividade. No entanto, para estas mesmas sub-escalas, os valores obtidos na hetero-avaliação (tanto de pais como de técnicos) é o dobro da obtida na auto-avaliação. Os pais e os técnicos têm uma avaliação mais severa das perturbações anti-sociais dos

jovens, com valores de aproximadamente o dobro para qualquer dos sub-grupos.

Comparação das avaliações inicial e final (t de Student para amostras emparelhadas)

Os jovens apresentam resultados finais significativamente mais elevados nas competências de solução de problemas sociais na avaliação final ($M = 10.03$) do que na inicial ($M = 8.35$; $t = -2.61$; $p < .05$; $n=40$); menor satisfação com a vida ($M = 11.87$) do que na inicial ($M = 10.26$; $t = -2.41$; $p < .05$; $n=38$); menos comportamentos delinquentes ($M = 17.45$) do que na inicial ($M = 20.03$; $t = 2.79$; $p < .01$; $n=29$); menor agressividade física ($M = 23.84$) do que na inicial ($M = 29.38$; $t = 3.66$; $p \leq .001$; $n=31$); ainda menos agressividade verbal ($M = 13.79$) do que na inicial ($M = 15.73$; $t = 2.74$; $p < .01$; $n=38$). Há ainda diferenças significativas no porte de arma: diminuiu para ($M = 1.12$) do inicial ($M = 1.59$; $t = 2.20$; $p < .05$; $n=41$).

Estes resultados mostram que a frequência deste programa esteve relacionada com a diminuição de comportamentos delinquentes, com a diminuição do porte de arma, com a diminuição dos comportamentos agressivos tanto a nível da agressão física como da agressão verbal. A frequência do programa esteve ainda relacionada com um aumento da capacidade de solução de problemas e com uma diminuição da percepção da qualidade de vida. Este resultado, embora se traduza numa avaliação negativa de bem-estar, pode ser em si considerado um resultado positivo em termos da aquisição de padrões comportamentais alternativos pró-sociais, isto é este resultado pode apontar para o facto de que os jovens começam a preocupar-se com a sua vida e, muito naturalmente, começam a ver dificuldades. No entanto, esta situação remete-nos para a necessidade da continuidade de programas deste tipo, uma vez que, instituído o “conflito” intrapessoal face às opções habituais de vida, é absolutamente necessário que sejam disponibilizadas alternativas reais.

Avaliação contínua

A avaliação contínua foi realizada através do preenchimento de uma ficha em cada sessão, em que se avaliava o comportamento do aluno numa escala de 1 (mau) a 5 (bom). O padrão de resultados sugere uma ligeira, mas sistemática, melhoria nos vários indicadores do comportamento, face à tarefa, face ao técnico e face aos colegas.

Avaliação final

Cerca de dois terços dos jovens refere que com o projecto aprendeu a “falar melhor com as outras pessoas”, a “pensar mais antes de resolver um problema”, a “falar com menos agressividade”. Estes dados sugerem que os jovens gostaram

das actividades, conotando-as em geral com jogos, que apreciaram. A “conversa” foi a parte menos apreciada, o que corresponde nas sessões e em geral a um nível lexical pobre e uma estrutura do discurso pouco elaborada. No entanto, apesar desta falta de gosto pelas “conversas”, a maior parte dos jovens gostaria de voltar a frequentar (65.1%) e aconselharia o programa a um amigo (74.4%).

Note-se ainda que as alterações referidas pelos jovens em relação ao seu comportamento interpessoal correspondem aos objectivos do programa.

Avaliação Inicial e Final - Subgrupos da Escala de Auto-Avaliação da Psicopatia (EAP)

Dividiram-se os jovens da amostra em jovens narcísicos (acima da média mais do que um desvio padrão), impulsivos (acima da média mais do que um desvio padrão), não-emotivos (acima da média mais do que um desvio padrão) e não incluídos em nenhum destes três grupos. Para esta sub-divisão foram utilizados os dados da auto-avaliação.

A distribuição da totalidade dos jovens identifica 10.6% de jovens narcísicos, 7.6% de jovens impulsivos e 15.2% de jovens não emotivos. Ao analisar as diferenças entre a avaliação inicial e a avaliação final, para cada um dos grupos, registamos que os jovens do grupo “não-emotivo” apresentaram a maior taxa de desistência (de 10 iniciais apenas um concluiu o programa e mesmo assim sem evolução positiva).

Avaliação final-Processo

Foi pedido aos jovens que, de uma lista de 18 tarefas, assinalassem as que tinham aprendido com o Programa de Promoção de Competências Sociais. Da totalidade das tarefas apresentadas: 3 correspondiam aos aspectos trabalhados no conteúdo da Comunicação Interpessoal, 3 ao conteúdo da Solução de Problemas, 3 ao conteúdo do Treino da Assertividade e 9 eram tarefas que não se relacionavam com o programa. Salientamos que 68% assinalaram correctamente duas ou mais tarefas da Comunicação Interpessoal, 70% assinalaram correctamente duas ou mais tarefas da Solução de Problemas e 77% assinalaram correctamente duas ou mais tarefas do Treino da Assertividade. Estes resultados sugerem que os jovens identificam os objectivos do programa que frequentaram e assinalam aprendizagens correspondentes a esses objectivos.

A avaliação aos técnicos foi realizada através de 3 questionários de perguntas abertas.

Questionário aos técnicos sobre as dificuldades e estratégias da equipa

Os aspectos mais referidos pelos técnicos como dificuldades e estratégias da equipa foram o excesso de trabalho (acumulação de funções com o trabalho

desempenhado no IRS, sugerindo que as equipas deveriam ter mais um elemento); a carga excessiva de trabalho exigida pela equipa científica (envio de planeamentos antecipadamente à sessão e relatórios); conflitos e dificuldades de articulação entre equipas e entidades parceiras; falta de confiança/experiência de trabalho com este programa; necessidade de maior formação e supervisão nas seguintes áreas: construção de relações interpessoais, trato com comportamentos disruptivos, realização de actividades práticas, ligação com parceiros locais, ligação às famílias.

Questionário aos técnicos sobre os progressos dos jovens

As características mais referidas como progressos dos jovens ao longo do programa foram o aumento de: participação em actividades, comunicação verbal, controlo da agressividade, controlo da impulsividade; expressão de sentimentos e opiniões, comunicação não verbal, capacidade de reflexão, liderança, relação com os colegas, relação com os monitores, tolerância ao fracasso, aceitação das opiniões dos outros, proximidade.

Questionário aos técnicos – avaliação global do projecto

No final do projecto, foi pedido aos técnicos (técnicos com intervenção directa e sem intervenção directa com os jovens) que realizassem uma avaliação qualitativa do desenrolamento do projecto. Foi-lhes pedido que assinalassem o que consideraram mais positivo e mais negativo, assim como sugestões para o futuro.

Foram considerados pontos positivos do projecto: o estabelecimento de relações afectivas entre jovens e técnicos, a proximidade que se foi desenvolvendo entre jovens e técnicos, a possibilidade de trabalho em equipa, a possibilidade de aumento dos conhecimentos pessoais na área das competências sociais.

Foram considerados pontos negativos do projecto: a dificuldade de controlo da agressividade manifestada pelos jovens, o pouco tempo disponível para trabalho em equipa, o excesso de documentos de avaliação, a ausência de supervisão na relação técnico/jovem, o reduzido número de sugestões de actividades a realizar com os jovens.

Follow-up

Num follow-up a cinco meses localizaram-se 66 dos 90 jovens inicialmente incluídos. Assim, após 5 meses, grande parte deles encontrava-se na escola (47.0%) ou a trabalhar (25.8%), 6.1% inactivos, 13.6% com processo no IRS em meio não institucional e 4.5% (3 jovens) com processo no IRS em meio institucional e 3% em formação profissional.

De acordo com a assiduidade ao programa, fomos dividir os 66 jovens em grupos: grupo assíduo - assiduidade superior ou igual a 60% das sessões; grupo não

assíduo - assiduidade inferior a 60%.

Identificamos assim 32 dos jovens no grupo assíduo e 34 dos jovens do grupo não assíduo.

Podemos constatar no follow-up que os jovens do grupo assíduo se encontram mais frequentemente na escola e que do grupo não assíduo mais frequentemente a trabalhar ($\chi^2 = 15.30$, g. l. = 5, $p < .01$). Dos jovens do grupo assíduo 3.1% estão com processo no IRS em meio institucional enquanto que no grupo não assíduo, 5.9% estão com processo no IRS em meio institucional.

Síntese e Conclusões

No ano 1999 foi realizado na FMH um estudo piloto para aplicação de um programa de promoção de competências pessoais e sociais com jovens sujeitos a medidas tutelares não institucionais. O relatório deste estudo piloto (estudo 1) pode ser consultado noutra trabalho (Matos, Simões & Carvalhosa, 2000). Nos anos 1999 e 2001 foram realizadas acções de formação de nível I e II, com técnicos do IRS e respectivos parceiros nas equipas. Seis projectos nacionais foram seleccionados para implementação, supervisão e avaliação pela Equipa do Aventura Social & Risco: trata-se de projectos de aplicação do programa, levados a cabo pelos técnicos do IRS com jovens sujeitos a medidas educativas ou jovens identificados com graves problemas de comportamento. A partir de uma amostra inicial de 113 jovens propostos pelas seis equipas do projecto, foram aleatoriamente seleccionados 90 menores para participação neste estudo.

Os jovens seleccionados são todos do sexo masculino, com idades entre os 12 e os 18 anos de idade, sem graves problemas de consumos de drogas, média de idades de 15.2 anos, maioritariamente portugueses, brancos e estudantes, uma maioria de jovens com o 4º ano de escolaridade. Na maioria provêm de famílias com nível socio-económico baixo. Estavam, na maioria, em acompanhamento educativo, sendo o furto o delito mais referido. Em relação à história de consumo de substâncias, o tabaco foi referido como o mais consumido, seguido do álcool. A capacidade de verbalização destes jovens (tanto para o vocabulário como para a organização da frase) encontrava-se num nível considerado médio/inferior pelos técnicos, tinham frequentemente um comportamento agitado e reacções agressivas, nomeadamente quando provocados.

Quanto às expectativas de futuro, a maioria dos jovens pretendia arranjar emprego, enquanto que, em geral, nos adolescentes portugueses destas idades a maioria pretende prosseguir estudos. No que diz respeito ao sentimento em relação à escola, a maioria gosta da escola mas, por outro, lado acha aborrecido ir à escola, o que não acontece com a maioria dos adolescentes portugueses destas idades (Matos, Simões, Carvalhosa, Reis & Canha, 2000). Cerca de metade dos jovens diz que abandonou a escola há menos de 1 ano, sendo o motivo mais

apresentado para o abandono escolar a falta de interesse.

A percepção de saúde e bem-estar destes jovens é inferior à dos adolescentes portugueses das mesmas idades. A maior parte tem dúvidas sobre as formas de transmissão do HIV/SIDA, o que não acontece em geral com os jovens portugueses destas idades. A maioria fica com os amigos depois das aulas ou do trabalho dois ou mais dias por semana, envolvem-se em situações de violência e apresentam hábitos de consumos superiores ao geral dos adolescentes portugueses.

Em relação à escala da psicopatia, caracterizamos os jovens de acordo com as três sub-escalas: narcisismo, impulsividade e não-emotividade. Assim consideramos que os jovens eram narcísicos, impulsivos ou não-emotivos, se os seus valores eram superiores à soma da média da variável mais um desvio padrão. Comparando os resultados da auto-avaliação com a dos pais e técnicos, constatamos que pais e técnicos fazem uma avaliação bastante mais agravada/severa, em termos de sinais psico-patológicos.

Na comparação da avaliação inicial com a final, os jovens apresentaram indicadores de alterações positivas significativas: a frequência deste programa esteve relacionada com a diminuição de comportamentos delinquentes, com a diminuição do “andar com armas”, com a diminuição dos comportamentos agressivos tanto a nível da agressão física como da agressão verbal. A frequência do programa esteve ainda relacionada com um aumento da capacidade de solução de problemas e com uma diminuição da percepção da qualidade de vida. Este último resultado, embora se traduza numa avaliação negativa de bem-estar, pode ser em si considerado um resultado positivo em termos da aquisição de padrões comportamentais alternativos pró-sociais, isto é, este resultado pode apontar para o facto de os jovens começarem a preocupar-se com a sua vida e, muito naturalmente começarem a ver dificuldades.

Como se vem referindo, esta situação remete para a necessidade de programas deste tipo terem continuidade, uma vez que, instituído o “conflito” intrapessoal face às opções habituais de vida, é absolutamente necessário que sejam disponibilizadas alternativas reais. Na comparação entre a avaliação inicial e a final, no grupo não-emotivo apenas um de dez jovens considerados “ não emotivos” concluiu o programa e ainda assim sem evolução positiva em nenhuma medida. Estes resultados remetem-nos para várias referências na literatura que sublinham a dificuldade em trabalhar com jovens com traços identificados como “psicopatia”, nomeadamente no sub grupo que apresenta uma frieza emocional (não-emotivos). Este é um importante passo para tentar definir os jovens para os quais este tipo de programas tem resultados mais reservados.

De acordo com a assiduidade no Programa, fomos dividir os jovens em grupos: grupo assíduo - grupo com assiduidade superior ou igual a 60% das sessões;

grupo não assíduo - grupo com assiduidade inferior a 60%. Constatou-se no follow-up a cinco meses, que os jovens do grupo assíduo mais frequentemente se encontram na escola e que o grupo não assíduo mais frequentemente se encontra a trabalhar .

Considerando a opinião dos jovens sobre o programa, os resultados sugerem que os jovens gostaram das actividades, conotando-as em geral com jogos, que apreciaram. A “conversa” foi a parte menos apreciada o que estará sem dúvida, pelo menos parcialmente, ligado a um nível lexical pobre, a uma estrutura do discurso pouco elaborada e a uma dificuldade em elaborar, ao nível do discurso, sentimentos e emoções. No entanto, sublinha-se, esta verbalização, é fundamental. Para que uma evolução positiva seja viável, é essencial que o programa não seja apenas identificado com um conjunto de jogos de diversão cujo único objectivo é o “entretenimento” ou o “divertimento”. Para isso, é necessário, ainda que passo a passo, ir procedendo a uma reflexão sobre as acções propostas, e suas implicações no desenvolvimento pessoal e social dos jovens. Sem esta reflexão e consciencialização, o programa poderá tender a provocar mudanças significativas, mas que se perdem a muito curto prazo, isto é provoca estados passageiros de alterações positivas.

No entanto, apesar desta falta de gosto pelas “conversas”, a maior parte dos jovens gostava de voltar a frequentar e aconselharia o programa a um amigo.

De referir ainda que os jovens referiram, na sua maioria, alterações percebidas no seu comportamento interpessoal que correspondem aos objectivos do programa que frequentaram. No que diz respeito à representação/conhecimento que os jovens têm sobre os conteúdos do programa, os jovens identificam correctamente os objectivos do programa que frequentaram e assinalaram aprendizagens correspondentes a esses objectivos. Os resultados sugerem uma compreensão por parte dos jovens, do processo de aprendizagem de que foram alvo.

No que diz respeito à avaliação contínua dos técnicos ao longo das sessões, é sabido que esta avaliação é necessariamente subjectiva, mas o padrão de resultados obtido sugere por um lado uma ligeira mas sistemática melhoria nos vários indicadores do comportamento durante a sessão. Tanto no que diz respeito ao comportamento na sessão face às tarefas, como no comportamento face ao técnico e aos colegas. A melhoria demonstrada pelos jovens em alguns indicadores na avaliação final, quando comparada com a avaliação inicial foi pois, acompanhada de uma evolução no mesmo sentido na avaliação contínua. Esta avaliação serve, no mínimo, como tendência, de acordo com a sugestão metodológica habitual de utilizar, na avaliação de um programa, multi-métodos, multi-informantes e avaliação através de diferentes contextos.

No que diz respeito à percepção dos técnicos sobre a evolução dos jovens durante o período do programa, as características mais referidas como progressos dos

jovens ao longo deste programa situaram-se claramente nas áreas de intervenção isto é, nos conteúdos abordados no âmbito dos objectivos do programa.

No que diz respeito às dificuldades referidas pelos técnicos, durante a aplicação do programa, os aspectos mais referidos pelos técnicos têm a ver com a sua insegurança, falta de experiência e excesso de trabalho, tudo situações necessariamente transitórias se considerarmos a implementação do programa numa escala alargada.

Foi ainda pedido aos técnicos que assinalassem aquilo que consideraram mais positivo e negativo, assim como sugestões futuras. No geral os técnicos encararam o projecto como um factor de crescimento pessoal e profissional tendo os pontos negativos mais a ver com situações transitórias de falta de segurança, experiência e condições de trabalho (sobrecarga de trabalho sem contrapartidas). Sugeriram a sua continuidade, e alargamento a outras equipas regionais.

No que diz respeito ao Sistema da Justiça de Menores em Portugal, apresentamos então uma matriz teórica, uma metodologia de intervenção, instrumentos de avaliação, um programa de formação e supervisão de técnicos de reinserção social a nível nacional, um procedimento de avaliação numa amostra aleatória, procedimentos de controlo na implementação do programa, uma avaliação de follow-up. Utilizamos uma avaliação multi-informantes, multi-métodos, multi-contextos com utilização de uma metodologia de avaliação qualitativa e quantitativa. De referir que este projecto foi seleccionado como uma “best practise” para a promoção da saúde mental e bem-estar em adolescentes, sendo um dos seis projectos nacionais seleccionados (Mental Health Europe, 2001). Agora o desafio é a aposta na continuidade, na injeção do programa no sistema, permitindo uma generalização e uma maior acessibilidade ao Sistema. A aposta é também a melhoria das condições de trabalho das equipas que aderiram ao programa e a rentabilização da formação e experiência adquirida por estes técnicos, bem como um controlo da qualidade na implementação do programa a nível nacional.

Referências:

- American Psychiatric Association. (1996). Manual de Diagnóstico e Estatística dos Distúrbios Mentais (4^a ed.). Washington, DC: Author. (Obra original publicada em 1993).
- Aseltine, R. (1995). A reconsideration of parental and peer influence on adolescent deviance. Retirado da Medline 1/97-9/97.
- Azevedo, M., Silva, C. & Veiga, M. (1992). Manual de Utilização do POMS. Manuscrito não publicado, Faculdade de Medicina e de Psicologia, Coimbra.
- Baldwin, A. (1999). Conduit disorder and it's link to juvenil delinquency. Retirado

- a 25 de Julho de 199 da World Web: www.personal.psu.edu
- Benard, B. (1995). Fostering resilience in children. Retirado em 06-06-2002, de http://www.ed.gov/databases/ERIC_Digests/ed386327.html
- Born, M., Chevalier, V. & Humblet, I. (1997). Resilience, desistance and delinquent career of adolescent offenders. Retirado em 22 de Julho de 1999 da World Wide Web: www.ncbi.nlm.nih.gov
- Buss, A. & Perry, M. (1992). The Agression Questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63 (3), 452-459.
- Chalmers, J. B. & Townsend, M. A. R. (1990). The effects of training in social perspective taking on socially maladjusted girls. *Child Development*, 61, 178-190.
- Clark, R. D. & Shields, G. (1997). Family communication and delinquency. Retirado da Medline 1/97-9/97.
- Coie, J., Terry, R., Lenox, K., Lochman, J., & Hyman, C. (1995). Childhood peer rejection and agression as predictors of stable patterns of adolescent disorder. *Development and Psychopathology*, 7, 697-713.
- Compas, B. E., Hinden, B. R., & Gerhardt, C. A. (1995). Adolescent development: Pathways and processes of risk and resilience. *Annual Review of Psychology*, 46, 265-293.
- Cornell, D., Peterson, C. & Richards, H. (1999). Anger as a predictor of agression among incarcerated adolescents. Retirado em 22 de Julho de 1999 da World Wide Web: www.ncbi.nlm.nih.gov
- Cox, R. (1996). An exploration of the demographic and social correlates of criminal behavior among adolescent males. Retirado da Medline 1/97-9/97.
- Dishion, T. J., Stouthamer-Loeber, M. & Patterson, G. R. (1984). Skill deficits and male adolescent delinquency. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 1 (12), 37-54.
- Dolan, M., Holloway, J., Bailey, S. & Smith, C. (1999). Health status of juvenile offenders: a survey of young offenders appearing before the juvenile courts. Retirado em 22 de Julho de 1999 da World Wide Web: www.ncbi.nlm.nih.gov
- Downey, G., Lebolt, A., Ricón, C., & Freitas, A. L. (1998). Rejection sensitivity and children's interpersonal difficulties. *Child Development*, 69(4), 1074-1091.
- Edwards, W. (1996). A measurement of delinquency differences between a delinquent and nondelinquent sample: what are the implications?. Retirado da Medline 1/97-9/97.
- Epps, K. (1996). Sex offenders. In C. R. Hollin (Eds.). *Working with Offenders:*

- psychological practice in offender rehabilitation (pp. 150-187). England: John Wiley & Sons Ltd.
- Farrington, D. P. (1996). Criminological psychology: individual and family factors in the explanation and prevention of offending. In C. R. Hollin (Eds.). *Working with Offenders: psychological practice in offender rehabilitation* (pp. 3-39). England: John Wiley & Sons Ltd.
- Farrington, D. P. (1998a). O desenvolvimento do comportamento anti-social e ofensivo desde a infância até à idade adulta. *Temas Penitenciários*, II(1), 7-16.
- Farrington, D. P. (1998b). Youth crime and antisocial behaviour. In A. Campbell & S. Muncer (Eds.), *The Social Child* (pp. 353-392). Hove, East Sussex: Psychology Press.
- Farrington, D. P. (2001). Prevenção centrada no risco. *Infância e Juventude*, 3, 9-29.
- Ferguson, D., Lynskey, M. & Horwood, L. (1996). Factors associated with continuity and changes in disruptive behavior patterns between childhood and adolescence. Retirado da Medline 1/97-9/97.
- Fonseca, A., Simões, A., Rebelo, J., Ferreira, J. & Yule, W. (1995). Distúrbios do Comportamento em crianças e adolescentes: estado actual da questão. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 3, 5-29
- Goldstein, A. P., Glick, B., Irwin, M. J., McCartney & Rubama, I. (1989). *Reducing delinquency: intervention in the community*. New York: Praeger Press.
- Graziani, P., Rusinek, S., Servant, D., Hautekeete-Sence, D. & Hautekeete, M. (1998). Validation Française du Questionnaire de *Coping* «Way of Coping Check-list-revised» (W.C.C.-R.) et Analyse des Événements Stressants du Quotidien. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 8 (3), 100-112.
- Hollin, C. R. (1996). Young offenders. In C. R. Hollin (Eds.). *Working with Offenders: psychological practice in offender rehabilitation* (pp. 243-266). England: John Wiley & Sons Ltd.
- Irwin, C. E., Jr. (1987). *Adolescent social behavior and health*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Kelly, B. T., Loeber, R., Keenan, K., & DeLamatre, M. (1997). Developmental pathways in boys' disruptive and delinquent behavior. Retirado em 15-01-2000, de http://www.ncjrs.org/jjbulletins/jjbul2_1297
- Kuperminc, G., Allen, J. & Arthur, M. (1996). Autonomy, Relatedness, and Male Adolescent Delinquency. *Journal of Adolescent Research*, 11 (4), 397-420.
- Lipsey, W. L. (1995). Que concluímos nós de 400 estudos de investigação sobre a eficácia do tratamento com jovens delinquentes?. *Infância e Juventude*, 3,

11-31.

- Loeber, R., & Wikström, P.-O. (1993). Individual pathways to crime in different types of neighborhood. In D. P. Farrington, R. J. Sampson & P.-O. Wikström (Eds.), *Integrating Individual and Ecological Aspects of Crime* (pp. 169-204). Stockholm: National Council for Crime Prevention.
- Marcus, R. & Betzer, P. (1996). Attachment and Antisocial Behavior in Early Adolescence. *Journal of Early Adolescence*, 16 (2), 229-248.
- Matos, M. G. & col. (1995). Avaliação do comportamento social nos adolescentes: alguns factores de risco. In Silva & col. (Ed.), *Os Jovens e a Justiça*. Lisboa: APPORT.
- Matos, M. G. & col. (1997). Social Behaviour among juvenile offenders. Simpósio Anger treatment and management of aggressive behaviour. Paper presented to the 27th Congress of EABCT. Setembro:Veneza.
- Matos, M. (1998). Comunicação e gestão de conflitos na escola. Lisboa: Faculdade de Motricidade Humana Serviço de Edições.
- Matos, M. G, Simões, C., Canha, L., Carvalhosa, S., Neto, F. & Reis, C. (2000). Intervenção com adolescentes no âmbito de medidas tutelares não institucionais. In M. Gaspar de Matos, C. Simões & S. Carvalhosa (Orgs.), *Desenvolvimento de competências de vida na prevenção do desajustamento social* (pp. 121-147). Lisboa: Instituto de Reinserção Social. Ministério da Justiça.
- McMurrin, M. (1996). Alcohol, drugs and criminal behaviour. In C. R. Hollin (Eds.). *Working with Offenders: psychological practice in offender rehabilitation* (pp. 211-242). England: John Wiley & Sons Ltd.
- Mental Health Europe. (2001). *Mental health promotion of adolescents and young people*. Brussels: Author.
- Moffitt, T. E., & Caspi, A. (2000). Comportamento anti-social persistente ao longo da vida e comportamento anti-social limitado à adolescência: Seus preditores e suas etiologias. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, XXXIV(1,2,3), 65-106.
- Moffitt, T. E., & Caspi, A. (2001). Childhood predictors differentiate life-course persistent and adolescence-limited antisocial pathways among males and females. *Development and Psychopathology*, 13, 355-375.
- Moffitt, T. E., Caspi, A., Harrington, H., & Milne, B. J. (2002). Males on the life-course-persistent and adolescent-limited antisocial pathways: Follow-up at age 26 years. *Development and Psychopathology*, 14, 179-207.
- Palmer, E. J. & Hollin, C. R. (1999). Social competence and sociomoral reasoning in young offenders. *Applied Cognitive Psychology*, 1, 13, 79-87.
- Patterson, G., Forgatch, M., Yoerger, K. & Stoolmiller, M. (1998). Variables that

- initiate and maintain an early-onset trajectory for juvenile offending. *Development and Psychopathology*, 10, 531-547.
- Steinberg, L. (2001). The role of family in adolescent development: Preventing risk, promoting resilience. Retirado em 15-11-2001, de www.cyfernet.org
- Steiner, H. & Cauffman, E. (1998). Juvenile justice, delinquency, and psychiatry. Retirado em 22 de Julho de 1999 da World Wide Web: www.ncbi.nlm.nih.gov
- Stouthamer-Loeber, M., Loeber, R., Homish, D. L., & Wei, E. (2001). Maltreatment of boys and development of disruptive and delinquent behavior. *Development and Psychopathology*, 13, 941-955.
- Vieira, A. (1999). Comportamento delinquente na adolescência: influência social e identidade social. Manuscrito não publicado, Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa, Lisboa.
- Vitaro, F., Tremblay, R., Kerr, M., Pagani, L. & Bukowski, W. (1997). Disruptiveness, Friends' Characteristics, and Delinquency in Early Adolescence: A Test of Two Competing Models of Development. *Child Development*, 68 (4), 676-689.
- Weist, M., Paskewitz, D., Jackson, C. & Jones, D. (1998). Self-reported delinquent behavior and psychosocial functioning in inner-city teenagers: a brief report. Retirado em 22 de Julho de 1999 da World Wide Web: www.ncbi.nlm.nih.gov
- Wetzels, P. & Pfeiffer, C. (1997). Childhood and violence: perspective from the viewpoint of criminology. Retirado da Medline 1/97-9/97.
- Yoshikawa, H. (1995). Long-term effects of early childhood programs on social outcomes and delinquency. Retirado da Medline 1/97-9/97.

Anexo

Programa de PROMOÇÃO DE COMPETÊNCIAS SOCIAIS (Matos, Simões & Carvalhosa, 2002)

O Programa de Promoção de Competências Sociais têm como objectivo "...ajudar as crianças e adolescentes a desenvolverem as capacidades pessoais e relacionais, permitindo a cada indivíduo reflectir sobre o modo de se relacionar com os outros, encontrando alternativas adequadas à situação"(Matos, 1998).

No presente estudo, e devido às características e necessidades dos jovens, as competências trabalhadas integram-se essencialmente no âmbito dos conteúdos assertividade e resolução de problemas:

ASSERTIVIDADE - Com o conteúdo assertividade pretende-se desenvolver a capacidade de encetar e manter relações interpessoais; identificar e usar respostas

e assertivas; reconhecer respostas inibidas e agressivas; valorizar os direitos do próprio e dos outros; diminuir a ansiedade face a contextos que exijam respostas assertivas, desenvolver competências de auto-controlo e percepção de eficácia pessoal.

SOLUÇÃO DE PROBLEMAS - Com o conteúdo solução de problemas pretende-se ensinar uma metodologia de abordagem de resolução de problemas e conflitos, de forma a minimizar as respostas impulsivas ou a ausência de resposta. Este método implica toda uma lógica de pensamento alternativo e consequencial, apelando à capacidade de planeamento, previsão e execução em cooperação através da seguinte sequência: compreender e pensar na situação problema, procurar alternativas para a sua resolução; antecipar as consequências de cada uma das possíveis alternativas; escolher a alternativa considerada mais adequada; aplicar a alternativa escolhida e avaliar as consequências da sua opção.

As estratégias utilizadas nas sessões incluem técnicas de simulação (dramatização), diálogo em pequeno grupo, exploração das competências a serem trabalhadas, transposição para o quotidiano, relato de experiências relacionadas com as competências trabalhadas, identificação de problemas, pesquisa de alternativas e antecipação das consequências, utilização de técnicas de auto-controlo e auto-instrução, exercícios de cooperação e jogos colectivos com regras adaptadas, realizados em grande grupo. No final, discussão em pequeno grupo sobre a sessão.

Sessão 1:

Objectivos: Primeiro contacto. Visita às instalações e lanche.

Sessão 2:

Conteúdo trabalhado: Assertividade (grupos de dois com um monitor)

Objectivos: Observação do grupo nas dinâmicas que se pretendem implementar.

Observação da capacidade de cada um estabelecer relações no grupo.

Promover a cooperação e a criação de clima positivo no grupo.

Trabalhar a competência "defender uma opinião".

Generalização ao quotidiano (TPC).

Sessão 3:

Conteúdo trabalhado: Assertividade (grupos de dois com um monitor)

Objectivos: Observação do grupo nas dinâmicas que se pretendem implementar.

Observação da capacidade de cada um estabelecer relações no grupo.

Promover a cooperação, a inter-ajuda e a criação de clima positivo no grupo.

Trabalhar a competência "dizer que não".

Generalização ao quotidiano (TPC).

Sessão 4:

Conteúdo trabalhado: Assertividade (grupos de dois com um monitor)

Objectivos: Desenvolvimento da capacidade de cada um estabelecer relações no grupo.

Promoção da capacidade de cada um estabelecer relações no grupo.

Trabalhar a competência "aceitar críticas".

Generalização ao quotidiano (TPC).

Sessão 5:

Conteúdo trabalhado: Assertividade (grupos de dois com um monitor)

Objectivos: Desenvolvimento da capacidade de cada um estabelecer relações no grupo.

Promoção da capacidade de cada um estabelecer relações no grupo.

Trabalhar a competência "lidar com o não se sentir aceite".

Generalização ao quotidiano (TPC).

Sessão 6:

Conteúdo trabalhado: Assertividade (grupos de dois com um monitor)

Objectivos: Desenvolvimento do "self".

Promoção da cooperação e respeito por regras em situação de jogo.

Trabalhar a competência "o ponto de vista do outro".

Generalização ao quotidiano (TPC).

Sessão 7:

Conteúdo trabalhado: Assertividade (grupos de dois com um monitor)

Objectivos: Desenvolvimento do "self".

Promoção da cooperação e respeito por regras em situação de jogo.

Consolidação das competências trabalhadas.

Generalização ao quotidiano (TPC).

Sessão 8:

Conteúdo trabalhado: Assertividade (grupos de dois com um monitor)

Objectivos: Desenvolvimento do "self".

Promoção da cooperação e respeito por regras em situação de jogo.

Consolidação das competências trabalhadas.

Generalização ao quotidiano (TPC).

Sessão 9:

Conteúdo trabalhado: Assertividade (grupos de dois com um monitor)

Objectivos: Desenvolvimento do "self".

Promoção da cooperação e respeito por regras em situação de jogo.

Consolidação das competências trabalhadas.

Generalização ao quotidiano (TPC).

Sessão 10:

Conteúdo trabalhado: Assertividade (grupos de dois com um monitor)

Objectivos: Desenvolvimento da "auto-estima e auto-confiança".

Promoção da cooperação e respeito por regras em situação de jogo.

Consolidação das competências trabalhadas.

Generalização ao quotidiano (TPC).

Sessão 11:

Actividade: Visita a um ginásio e realização de um conjunto de provas físicas.

Objectivos: Promoção da cooperação e respeito por regras em situação de jogo.

Participação numa prova de actividade física orientada.

Generalização ao quotidiano (TPC).

Sessão 12:

Conteúdo trabalhado: Solução de problemas (grupos de dois com um monitor)

Objectivos: Discussão sobre a "construção do futuro e expectativas".

Promoção da cooperação e respeito por regras em situação de jogo.

Generalização ao quotidiano (TPC).

Sessão 13:

Conteúdo trabalhado: Assertividade (grupos de dois com um monitor)

Objectivos: Desenvolvimento do "auto-controlo".

Promoção da cooperação e respeito por regras em situação de jogo.

Generalização ao quotidiano (TPC).

Sessão 14:

Conteúdo trabalhado: Assertividade (grupos de dois com um monitor)

Objectivos: Desenvolvimento do "fazer críticas".

Promoção da cooperação e respeito por regras em situação de jogo.

Generalização ao quotidiano (TPC).

Sessão 15:

Conteúdo trabalhado: Assertividade/Solução de problemas (grupos de dois com um monitor)

Objectivos: Revisão das competências trabalhadas em sessões anteriores.
Promoção da cooperação e respeito por regras em situação de jogo.
Generalização ao quotidiano (TPC).

Sessão 16:

Conteúdo trabalhado: Assertividade (grupos de dois com um monitor)
Objectivos: Trabalho da competência "lidar com os sentimentos dos outros".
Promoção da cooperação e respeito por regras em situação de jogo.
Generalização ao quotidiano (TPC).

Sessão 17:

Conteúdo trabalhado: Solução de problemas (grande grupo)
Objectivos: Aprendizagem de uma metodologia de abordagem de resolução de problemas - o gerar alternativas e o pensamento consequencial.
Promoção da cooperação e respeito por regras em situação de jogo.
Generalização ao quotidiano (TPC).

Sessão 18:

Actividade: Jantar *fora*.
Objectivos: Convívio entre pais, jovens e técnicos.

Sessão 19:

Conteúdo trabalhado: Solução de problemas (grande grupo)
Objectivos: Solução, em conjunto, de problemas.
Promoção do respeito pelas ideias dos outros.
Promoção da cooperação e respeito por regras em situação de jogo.
Generalização ao quotidiano (TPC).

Sessão 20:

Actividade: Jogo de ténis no Estádio Nacional.
Objectivos: Promoção e cumprimento de regra numa actividade física em contexto comunitário.
Generalização ao quotidiano (TPC).

Sessão 21:

Conteúdo: Solução de problemas (grande grupo)
Objectivos: Solução de problemas colocados pelos jovens.
Promoção da cooperação e respeito por regras em situação de jogo.
Generalização ao quotidiano (TPC).

Sessão 22:

Actividade: Danças africanas.

Sessão 23:

Actividade: Encerramento com festa final com entrega de diplomas

Promoção de competências para a saúde

Sílvia Lapa & Margarida Gaspar de Matos

Introdução

Nas últimas décadas verificou-se uma transformação do conceito de saúde, que se baseava na dicotomia "saúde/doença", para um âmbito mais lato e presentemente já reconhecido, a "saúde positiva". Este conceito foi reafirmado na 1ª Conferência Internacional para a Promoção da Saúde, em Ottawa como referente "não apenas a ausência de doença mas um completo estado de bem-estar físico, mental e social" (OMS, 1986). A Conferência constituiu-se como uma resposta às expectativas crescentes sobre uma nova perspectiva de promoção da saúde em todo o mundo e teve como finalidade a reflexão sobre a promoção da saúde como um processo de capacitação das pessoas para o controlo e melhoria da saúde e bem-estar.

Esta perspectiva de saúde positiva deve ser enquadrada em termos não só individuais como interpessoais e ambientais, sendo que o significado de saúde/bem-estar varia de grupo para grupo e de cultura para cultura. Assim a saúde não deve ser só um objectivo individual mas antes um objectivo de cada comunidade nas suas rotinas do dia-a-dia e na adopção de práticas promotoras da saúde. Pretende-se que o indivíduo ou o grupo seja capaz de identificar aspirações, satisfazer necessidades e adaptar-se ao envolvimento.

Paralelamente, surge o conceito de comportamentos de saúde, que define qualquer actividade desenvolvida por um indivíduo, indiferente do seu estado de saúde actual ou percebido, com o objectivo de promover, proteger ou manter a saúde, quer esse comportamento seja eficiente para o fim ou não.

Matarazzo (1984, cit. in Ogden, 1999) definiu comportamentos ligados à saúde em termos de comportamentos prejudiciais para a saúde – como fumar, fazer uma alimentação rica em gorduras, consumir álcool em excesso – e comportamentos de protecção da saúde – tais como lavar os dentes, usar cinto de segurança, prática de actividade física, procurar informação relacionada com saúde, realizar "check-up" regularmente, etc.

Muitos factores ligados à protecção e ao risco na área da saúde tiveram a sua génese na infância e na adolescência, fruto de uma aprendizagem social, de uma experimentação ou de uma adesão a um grupo de pertença, que se tornou uma alternativa. Assim, numa perspectiva de promoção da saúde, os jovens são um importante alvo, sendo de prever acções específicas para cenários e idades específicas. Por outro lado, estes jovens enquadrados no sistema de ensino regular tornam-se mais acessíveis a programas que os apoiam nas suas escolhas

relacionadas com a saúde e estilos de vida saudáveis.

O foco sobre os indivíduos tem de incluir não só acções educativas, mas também acções de facilitação do desenvolvimento pessoal e social que promovam competência de vida que permitam aos indivíduos preferir comportamentos de saúde e estilos de vida saudáveis.

Existe em Portugal, desde 1999, um programa escolar de Educação Sexual que se aproxima do que se propõe neste estudo em termos de educação e promoção da saúde em adolescente. Os principais objectivos do programa são a informação sobre sexualidade humana, reprodução, métodos contraceptivos, planeamento familiar e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis. Estipulado na Lei n.º 120/99, o programa de educação sexual deverá ser implementado nos estabelecimentos do ensino básico e secundário com vista ao desenvolvimento de uma atitude individual responsável quanto à sexualidade e uma futura maternidade e paternidade conscientes. Este decreto prevê ainda a criação de um gabinete de apoio aos alunos que, entre outras finalidades, realize acções diversas para a promoção da saúde, particularmente sobre sexualidade humana e saúde reprodutiva, em articulação com os serviços de saúde. Este programa tem tido, no entanto, algumas limitações ao nível da aplicação, já que está disponível em apenas algumas escolas; limitações ao nível dos conteúdos, por colocar o enfoque nas questões de saúde relacionadas directamente com a sexualidade e ignorar aspectos como o consumo de substâncias, a prática de actividade física ou os hábitos alimentares, p.e.; e limitações ao nível da formação dos professores, visto ainda não haver consenso sobre quem ensina educação sexual e com que formação.

Adolescência e Comportamentos de risco

O conceito de comportamento de risco surge frequentemente relacionado com uma variedade de comportamentos potencialmente prejudiciais para a saúde, entre outros, o uso de substâncias, o comportamento sexual precoce ou de risco, condução negligente de veículos, comportamentos homicidas e suicidas, desordens alimentares e delinquência. (Igra e Irwin 1996, in DiClemente, 1996)

Trimpop (1994) define comportamento de risco como qualquer comportamento controlado de forma intencional ou não, cujos benefícios e/ou custos a nível físico, económico ou do bem-estar psicossocial no próprio ou nos outros são desconhecidos ou incertos.

Vários autores consideram o comportamento rebelde e a procura do risco como processos normais no decorrer da adolescência tomando mesmo um papel importante na transição para a vida adulta. Jessor (1977, cit. in DiClemente, Hansen & Ponton, 1996) afirma que o comportamento desviante na adolescência pode ser instrumental com o objectivo de conseguir a aceitação e respeito dos

pares, de construir a autonomia em relação aos pais, de lidar com a ansiedade, frustração e antecipação do falhanço, de afirmação da personalidade e atributos particulares, afirmação da maturidade e recusa de normas e regras de autoridade.

Dentro da ampla estrutura da promoção da saúde, os comportamentos de risco podem ser vistos como uma resposta, ou mecanismo para lidar com condições de vida adversas. É no entanto necessário distinguir o comportamento desviante que serve propósitos adaptativos e que, portanto, se apresenta com carácter transitório, do comportamento desadequado e de carácter patológico.

Diferentes modelos causais explicam o que podem ser os principais factores que contribuem para o comportamento de risco na adolescência.

Numa perspectiva bio-psicossocial, (Igra e Irwin, cit. in DiClemente et al, 1996) consideram-se os factores da esfera biológica, desde as predisposições genéticas, às influências hormonais durante o período de desenvolvimento da adolescência; as contribuições a nível psicológico que incluem aspectos da personalidade, capacidade cognitiva e resiliência; e os aspectos sociais ou ambientais tais como os papéis assumidos perante os pares, a estrutura familiar, e instituições sociais. Este modelo propõe ainda factores protectores que contribuem para a prevenção do comportamento de risco. São eles factores endógenos como estados de afectividade, boa auto-estima, religiosidade, maturidade cognitiva e factores exógenos como o sucesso académico, o equilíbrio familiar, relações parentais próximas e securizantes, desaprovação dos pares e relação ao comportamento de risco, envolvimento em actividades escolares e desportivas e estilo parental autoritário.

Um segundo modelo sublinha a importância dos estilos de vida no comportamento de risco e dá ênfase à interrelação de factores que contribuem para um comportamento. Nesta óptica, comportamentos específicos são entendidos como inseridos em estilos gerais de adaptação que são mantidos por redes complexas de reforço social e cultural (Nutbeam, 1989, cit. in DiClemente et al, 1996).

Spence e Matos (2000) reforçam a ideia de factores de risco e factores protectores durante a adolescência sublinhando que a psicopatologia no jovem resulta de uma complexa interacção de numerosas variáveis sendo que nenhum factor é suficiente para explicar nenhuma perturbação comportamental ou emocional específica.

Como factores de risco podemos referir as tendências genéticas ou biológicas, o envolvimento familiar (nível sócio-económico, relações inter-familiares, psicopatologia parental, ansiedade ou depressão dos pais, abuso de substâncias dos pais, etc.), acontecimentos de vida negativos que afectem profundamente o jovem e características intrínsecas como o temperamento e o funcionamento intelectual do jovem.

Como influências protectoras que produzem resiliência contra o risco surgem os já

referidos factores familiares (competências parentais e comunicação positiva); características intrínsecas do jovem; sucesso escolar e valorização das capacidades pessoais (“eu sou capaz”, auto-estima) e valorização da saúde (“eu quero ter saúde”).

Apesar de um objectivo importante de programas preventivos ser reduzir a exposição dos jovens a factores de risco, na maior parte das vezes tal não é possível. Para estes jovens o objectivo de prevenção poderá ser reduzir o impacto de factores de risco promovendo as competências pessoais e sociais dos jovens e aumentar as competências parentais.

Saúde e Actividade Física e Lazer

Existe hoje uma consciência crescente de que a actividade física pode ser uma contribuição significativa para a promoção da saúde e prevenção da doença. De facto, formas adequadas de actividade física têm um papel fundamental no aumento do bem-estar psicológico e na redução do risco de problemas de saúde, tanto físicos como mentais (Biddle, 1993). Juntamente com uma dieta saudável, uma vida sem tabaco e livre de substâncias nocivas para a saúde, a actividade física está associada a um estilo de vida saudável.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2003), a prática regular de actividade física ajuda as crianças e jovens a desenvolver e manter ossos, músculos e articulações saudáveis, a controlar o peso corporal, a reduzir a gordura corporal e a conseguir um funcionamento eficiente do sistema circulatório e respiratório. Facilita ainda a percepção de bem-estar e de auto-eficácia e ajuda a prevenir e controlar o sentimento de ansiedade e depressão. A adesão a jogos de equipa e desportos dá aos jovens uma oportunidade natural para a expressão pessoal e auto-confiança, para o libertar de tensões, para a experiência do sucesso, da interacção social e da cooperação.

Vários estudos demonstram que, entre adolescentes, quanto maior a participação em programas de actividade física, menor a tendência para o consumo de tabaco. Também foi demonstrado que as crianças fisicamente mais activas apresentavam melhor performance académica. (OMS, 2003)

Segundo Sallis et al (1992), os hábitos de actividade física estabelecidos na infância e adolescência tendem a persistir na idade adulta. Por outro lado, hábitos sedentários são considerados factores de risco para doenças como obesidade e doenças cardiovasculares que persistem ao longo da vida.

O auto-conceito e a auto-estima, como elementos básicos do desenvolvimento da personalidade de uma criança e como plataforma motivacional para experiências futuras, podem ser também influenciados pela prática de actividade física. Estudos de Gruber indicam que a participação em programas de desporto e educação física influenciam o desenvolvimento da auto-estima e auto-conceito em crianças e

jovens. Estes conceitos desenvolvem-se a partir das experiências corporais em que o corpo é um instrumento de acção e comunicação donde emerge a percepção do self (auto-conceito) e o valor que atribuímos à nossa imagem (auto-estima).

Dados da OMS revelam que mais de 60% da população adulta em todo o mundo não apresenta um nível saudável de actividade física. A inactividade física tem mais prevalência nas mulheres, na terceira idade, nos grupos com baixo nível sócio-económico e nos grupos com deficiência.

Ao mesmo tempo, a prevalência de altos índices de massa corporal (obesidade/excesso de peso) está a aumentar entre os jovens. Este facto está relacionado, em parte, com a falta de actividade física nos tempos de lazer mas surge, principalmente, como resultado dos comportamentos sedentários que cada vez mais as pessoas manifestam.

Segundo o relatório português do Estudo HBSC 2002 (Matos, M. et al, 2003), a prática desportiva regular é maior nos rapazes e nos mais novos, verificando-se uma tendência para a diminuição da actividade física com a idade, sendo esta diminuição significativa no grupo de jovens com 16 ou mais anos. Na ocupação dos tempos livres, são as raparigas e os mais velhos que mais referem hábitos sedentários como audição de música, conversar, ver televisão e jogar computador.

Os locais mais frequentados pelos rapazes portugueses (entre os 11 e os 16 anos) nos tempos livres são a escola, a rua e os espaços desportivos enquanto que as raparigas da mesma idade preferem estar em sua casa ou na casa de outros.

As escolas têm uma oportunidade ímpar para promoção da actividade física adequada em todos os adolescentes não só através dos programas de educação física mas também com os programas de desporto escolar e iniciativas de tempos livres. Ter alunos saudáveis, activos e "em forma" requer a integração da actividade física em todos os aspectos da vida escolar (OMS, 2003).

Violência

Imagens e relatos de violência prevalecem nos *media*; ocorrem nas ruas, nos lares, escolas, locais de emprego e instituições. A violência afecta o tecido das comunidades e ameaça a vida, a saúde e a felicidade de todos.

A Organização Mundial de Saúde define violência como o uso intencional de força física ou de poder, real ou sob forma de ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou comunidade, que resulte ou possa resultar em danos ou ofensas físicas ou psicológicas, morte, ou carências de algum tipo. Este é um fenómeno complexo e extremamente difuso.

Num contexto muito específico – na escola, existe um tipo de violência entre os alunos, que muitas vezes é ignorado. Quando um ou vários alunos exercem acções negativas (como por exemplo insulto, bater, excluir alguém de actividades, assediar sexualmente) sobre outro(s) e se essa situação tem intencionalidade de

provocar mal-estar, se acontece repetidamente e ao longo do tempo e se existe um desequilíbrio de poder entre as partes envolvidas, está-se perante um caso de *bullying*/provocação. (Matos & Aventura Social, 2003)

Segundo Ferreira (2004), parece registar-se um sentimento generalizado entre os alunos de que a "pequena violência" constitui um acontecimento generalizado em ambiente escolar. Mais de metade dos alunos do 8º ano (abrangidos pela amostra deste estudo) afirmam haver situações de furto dentro das instalações da escola. Ainda nesta amostra, 33,6% e 41,6% dos alunos do 8º ano referem acontecimentos de humilhação e de ameaça respectivamente, o que nos alerta para a evidência do *bullying*.

A violência juvenil, que envolve idades entre os 10 e os 29 anos, inclui um conjunto de actos agressivos desde *bullying* e das lutas físicas até formas mais sérias de agressão e mesmo homicídio. Em todos os países, os jovens do género masculino são ao mesmo tempo os principais agressores e as principais vítimas de agressão. (OMS, 2002)

A violência juvenil pode surgir de diferentes formas. Algumas crianças exibem problemas de comportamento na infância que gradualmente se convertem em formas mais graves de agressão antes e durante a adolescência. Entre 20% e 45% dos rapazes e 47% e 69% das raparigas agressores em actos violentos entre os 16-17 anos incluem-se no chamado "via desenvolvimental persistente ao longo da vida" ("life-course persistent developmental pathway"). Isto significa que os jovens incluídos nesta categoria cometem actos perigosos e violentos mantendo esses comportamentos agressivos ao longo da idade adulta. (OMS, 2002)

Quanto às percepções dos alunos face à violência, Cortez e Vilhena concluíram, num estudo português de 2003 com 38 crianças de 10 anos, que existem quatro dimensões principais do comportamento violento, são elas: violência familiar, escolar, social e ambiental. As duas primeiras traduzem de certo modo as vivências quotidianas das crianças, enquanto as últimas possuem um carácter mais generalista, mas igualmente importantes, podendo-se considerar situações que afectam indirectamente o mundo das crianças.

Os resultados do estudo português do HBSC (2002) sugerem que, no geral, os jovens que se envolvem em actos de violência apresentam um perfil de afastamento em relação à casa, à família e à escola, aparecendo com mais frequência um grupo de amigos com quem se dão fora e depois da escola. Apresentam também com mais frequência envolvimento com experimentação e consumo de tabaco e álcool, envolvimento em lutas e porte de armas.

Krug et al (2002) sistematizam de forma interessante as diferentes tipologias da violência (auto-infligida, interpessoal e colectiva) bem como a sua natureza (física, sexual, psicológica, privação ou negligência).

Resta agora entender que relevo assumem os aspectos relacionados com a

violência, qualquer que seja a tipologia com que esta se manifeste, na vida, nas percepções e nos sentimentos dos jovens.

Hábitos Alimentares e Imagem do Corpo

Durante a adolescência existe uma baixa prevalência de infecções como a pneumonia ou gastroenterites, comparativamente com crianças mais novas, e de doenças crónicas, comparativamente com pessoas de mais idade. Este facto faz com que se tenha, desde sempre, dado menos atenção aos aspectos de saúde e de alimentação nesta fase da vida. Segundo a OMS, a adolescência é o momento por excelência para adoptar e consolidar hábitos alimentares adequados e estilos de vida saudáveis e, conseqüentemente, prevenir o aparecimento, na vida adulta, de doenças crónicas relacionadas com uma alimentação incorrecta.

O aumento do consumo de alimentos muito energéticos, pobres em nutrientes essenciais, com níveis elevados de açúcares e gorduras saturadas, combinado com a falta de actividade física, tem conduzido a uma prevalência de casos de obesidade fora do normal. A obesidade e o excesso de peso são já considerados uma epidemia que constitui um factor de risco para doenças crónicas, incluindo dois tipos de diabetes, doenças cardiovasculares, hipertensão e algumas formas de cancro. Isto torna-se especialmente preocupante quando falamos do aumento da incidência de obesidade em crianças e da persistência de comportamentos alimentares desadequados quer na infância quer na adolescência. Torna-se por isso importante, para a prevenção de problemas de saúde graves, uma educação nutricional, promovendo uma alimentação diversificada e de densidade calórica moderada aliada à promoção da actividade física.

É também em adolescentes, e principalmente em raparigas, que surge a maioria dos casos de Perturbações do Comportamento Alimentar – Anorexia Nervosa e Bulimia Nervosa. A alimentação tem repercussões no bem-estar físico e emocional podendo também ser o reflexo destes, nas situações de perturbações psíquicas ou fisiológicas que condicionem e influenciem os hábitos alimentares. A Anorexia é o exemplo de uma perturbação nervosa que afecta o bem-estar e a saúde. Segundo o DSM-IV (1996), existe nestes casos uma motivação radical para manter o peso abaixo do limite mínimo esperado para a idade e altura; um medo intenso de engordar; uma percepção distorcida do corpo; e mesmo amenorreia (suspensão do ciclo menstrual por 3 meses ou mais). A bulimia nervosa, por outro lado, caracteriza-se por episódios de ingestão excessiva e descontrolada de alimentos seguidos de comportamentos compensatórios como a auto-indução do vómito, a ingestão de laxantes ou o excesso de actividade física; a auto-estima surge baixa e é influenciada pela imagem negativa que a pessoa bulímica tem do seu corpo.

Analisando os hábitos alimentares dos adolescentes portugueses, verifica-se que,

segundo o estudo HBSC de 2002, o consumo de fruta, vegetais e leite diminuiu com o aumento da idade (entre os 11 e os 16 ou mais anos). Por outro lado o consumo de hambúrgueres, cachorros quentes e/ou salsichas vai aumentando à medida que a idade aumenta, sendo que quase metade dos jovens consome colas ou outros refrigerantes pelo menos uma vez por semana.

Comparando os resultados de 1998 com os de 2002, constata-se uma tendência de agravamento dos maus hábitos alimentares. Assim, verifica-se uma diminuição do consumo de fruta e aumento do consumo de refrigerantes em ambos os géneros. Apenas no que respeita aos hambúrgueres, cachorros quentes e salsichas se verifica uma diminuição no consumo pelas raparigas apesar do aumento do consumo pelos rapazes.

Perante estes resultados, nota-se que as opções alimentares dos jovens portugueses não são as mais correctas o que começa já a ter um impacto negativo na sua saúde. Em termos de índice de massa corporal³, o mesmo estudo dá conta de 14,8% de jovens com excesso de peso e ainda 3,1% com obesidade.

Bem-Estar, família, escola e comunidade

A definição de saúde, actualmente, acentua a noção de bem-estar como uma das suas componentes mais importantes (OMS, 2000). O conceito de bem-estar é multifacetado, englobando a ausência de doenças e a presença de estados emocionais/afectivos positivos, bem como, uma componente cognitiva de bem-estar. A percepção de bem-estar tem sido assinalada como um forte indicador de problemas na adolescência uma vez que, na ausência ou fragilidade da percepção de bem-estar, parecem ocorrer com mais frequência situações de depressão, suicídio ou problemas de relacionamento, sendo estes distúrbios muitas vezes revelados por sinais físicos ou psicológicos (Green & Pope, 2000; Hansen, Holstein, Due & Currie, 2003, cit in Matos & Aventura Social, 2003).

Vários estudos, citados no relatório do estudo português do HBSC (2003), referem que as relações positivas na família, o apoio emocional e social dos pais e um estilo de disciplina parental construtivo e consistente tendem a estar relacionados com maiores índices de bem-estar e de ajustamento na adolescência bem como um menor envolvimento em comportamentos de risco e em grupos de pares desviantes.

A comunicação pais-filhos tem sido identificada como uma das variáveis importantes no comportamento adolescente, nomeadamente na prevenção de consumos de tabaco, álcool e drogas. Sullivan, Marshall e Schonert-Reichl (2002, cit. in. Matos et al, 2003) que estudaram as relações entre a comunicação estabelecida com os pais e com os pares, referem que os adolescentes têm mais

³ O índice de massa corporal (IMC) é determinado através da fórmula peso/estatura². A classificação excesso de peso/obesidade foi definida segundo parâmetros de Cole, Bellizzi & Dietz (2000).

probabilidade de pedir ajuda a uma amigo quando se trata de problemas interpessoais e pedir ajuda aos pais para questões relacionadas com a escola e saúde. Estes resultados demonstram que as relações com os pais e as relações com os pares, com dinâmicas específicas e, não se substituindo, contribuem ambas para o desenvolvimento do adolescente.

De facto, considera-se que durante a adolescência as interações sociais se estendem do núcleo familiar para outros contextos sociais com os seus pares e outros adultos, devendo-se este facto aos processos naturais associados ao desenvolvimento neste período, e também por uma grande parte do tempo ser passada na escola, em espaços recreativos e comunitários.

No contexto da interação social, a relação com os colegas ou amigos é considerada por muitos autores como uma das influências da criança e do jovem mais importantes para o seu desenvolvimento social e emocional.

Uso de substâncias

A iniciação do uso de substâncias antes dos 15, 16 anos é um factor de risco para uma variedade de problemas de saúde mental, de eventual abuso de drogas e má adaptação no mundo adulto. Para além de dar a conhecer as consequências nefastas do consumo de substâncias, é essencial ter em conta as expectativas e vantagens percebidas pelos jovens quanto ao consumo de substâncias, tais como: menor limitação cognitiva e comportamental, mais relaxamento, redução de tensão e "stress", facilidade/desinibição social e sexual e efeito anti-depressivo.

Drogas ilícitas

Há muitas definições da palavra droga mas a mais vulgarmente usada é a seguinte: "droga é qualquer substância química que, quando tomada, modifica o funcionamento do organismo, o comportamento, os pensamentos e os sentimentos de uma pessoa" (Corrigan, 1985, cit. in Williams & Young, 2001). Trata-se de uma definição simplista já que exclui drogas naturais como a marijuana, o tabaco ou o café que têm já uma tradição de consumo de muitos anos e que são consideradas actualmente no âmbito da dependência de drogas.

Reportando-nos aos jovens portugueses, nota-se um aumento no consumo de droga para o dobro de 1998 para 2002 (resultados do estudo português HBSC, 2002), sendo que os rapazes consomem significativamente mais do que as raparigas. Ao mesmo tempo, verifica-se que o consumo vai aumentando à medida que aumenta a idade. Tanto para os rapazes como para as raparigas a droga mais popular é o haxixe, seguido pelos estimulantes e por último a

Álcool

Os níveis elevados de consumo de álcool por adolescentes têm sido associados com as três formas mais frequentes de mortalidade na adolescência, nomeadamente, mortes por acidente (p.e. acidentes de viação), homicídios e

suicídios. O consumo de álcool entre os jovens está ainda relacionado com a incidência de outros problemas incluindo o aumento do risco de contrair o VIH e outras doenças sexualmente transmissíveis, a gravidez na adolescência, o insucesso escolar e o abandono escolar. (DiClemente et al, 1996). A literatura de investigação encontrou já um grande número de factores de risco para o consumo de álcool que foram sumarizados em cinco domínios – social e comunidade, escola, família, pares e individual (Hawkins, Catalano & Miller, 1992, cit. in DiClemente, 1996). Nesta óptica, são reunidas várias determinantes provenientes de diferentes esferas de relacionamento e funcionamento e que compõem a matriz bio-psicossocial do risco de consumo de álcool pelos jovens, podendo ser estendido ao consumo de outras substâncias. Deste modo, podemos atribuir o consumo de álcool a determinantes genéticas e a vulnerabilidades fisiológicas por um lado; a influências sociais quer dos pares, quer da sociedade (p.e. encorajamento do consumo nos media) por outro; e ainda a práticas parentais inconsistentes ou efeitos de modelação de hábitos de risco associados a experiências de insucesso escolar. Salienta-se ainda que, geralmente, estes factores não ocorrem isoladamente mas antes num quadro de influências recíprocas que concorrem para o comportamento desajustado.

A maioria dos jovens portugueses (71%) refere já ter consumido bebidas alcoólicas pelo menos numa ocasião. Existe ainda um número preocupante de jovens (11%) que afirma já ter ficado embriagado duas vezes ou mais (Matos et al, 2003). Estes comportamentos podem resultar em situações de dependência que podem levar a um desajustamento social bem como a inúmeros problemas de saúde desde as doenças hepáticas até mesmo à doença mental.

Tabaco

O consumo de tabaco por crianças e adolescentes merece especial atenção já que as suas consequências adversas para a saúde são já reconhecidas como um problema de saúde pública. Por ser altamente aditivo, o uso regular do tabaco na adolescência desenvolve uma dependência de nicotina, dependência esta que tende a prolongar-se pela idade adulta, aumentando a probabilidade de ocorrência de consequências adversas para a saúde a longo prazo. A adolescência é considerada o período do ciclo vital em que é maior a probabilidade de os indivíduos experimentarem o primeiro cigarro e em que é maior o risco de se iniciar um hábito tabágico. (Lima, in Sardinha et al 1999)

Vários autores propuseram modelos diferentes que conceptualizam o desenvolvimento do hábito de fumar. Lima (in Sardinha et al, 1999) sintetiza as perspectivas dos diferentes autores num modelo de quatro etapas: (1) preparação, (2) Iniciação/experimentação, (3) habituação, e (4) manutenção/dependência. Na primeira, de preparação, a criança ou jovem faz as primeiras aprendizagens relativamente a fumar, formando atitudes e crenças acerca das suas consequências

e aceitação social. É durante o período de iniciação que os jovens são encorajados a experimentar o comportamento de fumar sendo essencial a interação com figuras modelo e outras influências sociais. A persistência neste comportamento de fumar conduz à habituação que pode resultar finalmente numa situação de dependência com consequências para a saúde. A dependência nos jovens por vezes não é ainda fisiológica mas antes resultado de processos de vinculação com pares e influência do consumo em pessoas próximas.

Este modelo realça a necessidade de investir numa prevenção primária que actue antes do comportamento de fumar se instalar e que forneça aos jovens alternativas, dando-lhes a oportunidade de optar por um comportamento mais saudável. Várias doenças têm sido relacionadas com o tabagismo desde o cancro do pulmão e de outros órgãos (garganta, estômago, etc.) à doença cardíaca. Além disso, o aumento na expectativa média de vida ao longo dos últimos 150 anos foi consideravelmente menor para os fumadores do que para os não fumadores (Ogden, 1999). Nos últimos 4 anos, assiste-se a um aumento no número de jovens portugueses que experimentam tabaco tanto nos rapazes como nas raparigas (37% dos jovens até aos 16 anos já experimentaram tabaco). No entanto, nas raparigas este aumento é maior, atingindo valores semelhantes à experimentação por parte dos rapazes (Matos et al, 2003).

Afectos, Sexualidade e Relações Interpessoais

A qualidade das relações interpessoais fornece a base da vida em sociedade e, por conseguinte, é de importância vital em qualquer situação que envolva a saúde no seu sentido estrito ou alargado. São complexas, mas de importância capital, as emoções desencadeadas por diferentes tipos de relações e a maneira como aprendemos a lidar com elas e a enfrentá-las; mas negligenciam-se frequentemente como parte constituinte do processo educativo. Como é evidente, também a sexualidade irá ter uma importância considerável no contexto destas relações.

A adolescência é uma etapa crucial na busca e desenvolvimento da identidade e portanto da construção de um "eu" sexual, no qual se têm de integrar novos sentimentos, crenças e vivências sexuais. Ainda que em muitos casos estas experiências contribuam para um desenvolvimento positivo da identidade, é certo que noutros casos os jovens assumem riscos que podem gerar problemas importantes no seu crescimento pessoal e social (Fuertes et al, 2002). Segundo a OMS, a vida de milhões de adolescentes por todo o mundo está em risco por não terem acesso à informação, às competências pessoais e aos serviços de saúde e apoio (p.e. serviços de planeamento familiar) de que necessitam para enfrentar o desenvolvimento sexual durante a adolescência e adiar a experiência sexual até estarem física e socialmente maduros, sendo capazes de tomar decisões

responsáveis e bem informadas.

A opinião pública e os pais acreditam frequentemente que ocultar informação sobre sexualidade e reprodução dos jovens possa adiar o início da sua vida sexual. No entanto, uma educação sexual adequada não conduz a uma vida sexual precoce nem a uma actividade sexual mais intensa entre adolescentes (Williams & Young, 2001). Um dos principais riscos associados à falta de informação sobre sexualidade, nomeadamente sobre formas de protecção a utilizar nas relações sexuais, e ao comportamento sexual irresponsável é a transmissão de doenças sexualmente transmissíveis (DST) e principalmente a infecção por VIH (vírus de imunodeficiência humana).

Apesar da infecção por VIH ser a mais divulgada – por poder resultar numa doença fatal, a Sida ou síndrome de Imunodeficiência Adquirida – existem inúmeras outras doenças que são transmitidas por via sexual (p.e. gonorreia, úlceras, herpes, e outras) e que merecem a nossa atenção pelas suas implicações ao nível da saúde. Vários estudos (DiClemente et al, 1996) demonstram que o uso de preservativos de latex é a forma mais eficaz de prevenção de transmissão das DST's, quando usados de forma consistentes em todas as relações sexuais.

A ocorrência de uma gravidez na adolescência como resultado de um comportamento sexual de risco, pode ser realmente limitativa para o desenvolvimento pleno de uma jovem quer ao nível da realização académica, quer a nível do desenvolvimento pessoal e social. Por outro lado, a falta de maturidade e de conhecimentos para assumir a maternidade de forma responsável pode prejudicar a prestação de cuidados que o bebé precisa.

É portanto necessária uma educação para a sexualidade que, desde cedo, dote os adolescentes de conhecimentos e informações de planeamento familiar, contraceção, e meios de protecção de DST's e assim os prepare para uma vida sexual saudável.

Paralelamente, este apoio que se deve constituir como parte integrante dos programas educativos para a promoção da saúde (como o que propomos neste estudo), deve ser um espaço de disponibilidade para todas as dúvidas sobre sexualidade e afectos que por vezes não são claramente esclarecidas noutros contextos (p.e. amigos, família e outros).

Percepções dos adolescentes sobre o risco e a protecção na saúde -"focus group"

Este trabalho pretende complementar através de uma metodologia qualitativa, vários estudos realizados na área do comportamento social e estilos de vida em jovens. Procurou-se igualmente reunir aspectos importantes para a construção de um currículo para um programa de educação para a saúde. Foram de uma forma geral abordadas duas questões fundamentais:

- 1) Quais os conhecimentos dos alunos face aos temas de saúde abordados – nomeadamente actividade física e lazer, violência, hábitos alimentares e imagem do corpo, bem-estar, uso de substâncias e afectos e relações interpessoais, e quais as principais necessidades de informação no âmbito da educação para a saúde?
- 2) Quais os comportamentos de saúde e quais os comportamentos de risco mais adoptados pelos jovens? Quais as suas necessidades em termos de informação e desenvolvimento de alternativas saudáveis para comportamentos de risco?

Análise Qualitativa e Metodologia dos “Grupos Focais”

Optou-se por uma abordagem qualitativa que pudesse contribuir para a compreensão dos sentimentos, percepções e atitudes dos jovens face às questões da saúde e do comportamento social. Pretendeu-se assim investigar com maior profundidade e proximidade face aos jovens o problema dos comportamentos de risco e do desconhecimento face à prevenção da doença e de estilos de vida pouco saudáveis. Para este estudo qualitativo, escolheu-se o método dos “Grupos Focais” – “Focus Groups”/grupos de discussão centrados num tema (Lambert et al., 2002) -, apresentado em seguida.

Um grupo focal é uma entrevista baseada num debate que envolve o uso simultâneo de vários intervenientes de forma a reunir dados sobre um determinado tema ou assunto (foco). O objectivo desta abordagem é chegar mais próximo dos participantes e das suas opiniões, atitudes, crenças, valores e conhecimentos (ou a falta deles) perante os assuntos em investigação.

O método dos grupos focais apresenta algumas vantagens em relação a outros métodos de análise qualitativa como as entrevistas individuais ou algumas técnicas de observação, entre as quais:

- 1) O facto dos participantes desenvolverem uma conversa informal entre eles em vez de se dirigirem directamente ao investigador, diminui o recurso a respostas defensivas uma vez que a distância psicológica entre os participantes é menor.
- 2) A importância do debate entre pares ao sugerir para a discussão tópicos e ideias que não seriam discutidos caso a discussão fosse guiada e orientada na totalidade pelo investigador, com base nas suas hipóteses, interpretações e ideias.
- 3) A possibilidade do investigador tomar contacto com os conceitos e terminologia usada pelos membros do grupo focal e da população em estudo.
- 4) O facto dos participantes serem levados a construir e elaborar os seus pontos de vista e opiniões sendo explicitamente convidados o olhar de forma crítica para os seus comentários bem como os comentários dos outros elementos.

Na convicção destes aspectos, foi construído um programa de grupos focais com o intuito de permitir a análise qualitativa em questão e de contribuir para o que mais à frente se apresentará como uma proposta de um programa de promoção da saúde e de estilos de vida saudáveis.

Procedimentos - Organização do Programa

O programa implementado é composto por oito sessões com frequência mensal decorrentes numa Escola E.B. 2, 3. Cada sessão estava destinada à discussão, no âmbito de um grupo focal, de um tema relacionado com a saúde e estilos de vida saudáveis. A escolha dos temas foi inspirada nos factores em análise no estudo internacional HBSC (2002) distribuindo-se pelos sete meses numa progressão do tema mais acessível para o tema mais intrusivo. – actividade física e lazer, violência, hábitos alimentares e imagem do corpo, bem-estar e contextos (família, escola, amigos), uso de substâncias, afectos, sexualidade e relações interpessoais.

A duração das sessões foi bastante variável consoante: 1) o interesse dos alunos no tema em debate; 2) a necessidade de clarificar alguns desses assuntos ou fornecer informações relevantes ainda desconhecidas ou pouco claras para os alunos. Assim, pode dizer-se que a duração média do debate no grupo focal foi de aproximadamente 1 hora e 30 minutos.

O grupo focal decorreu segundo uma disposição física específica que permitisse o debate entre todos os elementos sentados em torno de uma mesa oval. Os tópicos de discussão são explorados pelos alunos. O debate de ideias divergentes foi sempre incentivado e cada opinião foi analisada sem, no entanto, colocar o seu autor em posição de julgamento desconfortável. Obtida a autorização dos alunos, procedeu-se à gravação sonora dos diálogos para posterior análise.

O final de cada sessão foi destinado à reflexão através do preenchimento de uma ficha de avaliação onde são ponderadas a importância e utilidade do tema abordado, e onde cada aluno procede a uma auto-avaliação da sua participação no grupo focal e dos seus sentimentos após o debate. Geralmente, este foi também o momento para entregar alguma documentação que sintetizava aspectos importantes do assunto da sessão ou introduziam assuntos de sessões posteriores.

Amostra

O grupo em análise foi constituído por 11 adolescentes de uma turma do 8º ano de escolaridade com idades entre os 13 e os 15 anos e com proporções aproximadas de sujeitos dos dois géneros

A grande maioria destes adolescentes vive actualmente com o pai e a mãe tendo em média um irmão. Apenas um dos elementos não tem irmãos. Analisando a actividade profissional dos pais dos alunos verifica-se uma predominância de profissões ligadas ao comércio bem como de mães domésticas. Segundo a Notação Social das Famílias (Graffar), os núcleos familiares dos participantes localizam-se em torno da "classe média".

Avaliação

Tendo em conta o carácter não obrigatório das sessões (grupos focais), pode-se

fazer um balanço positivo da assiduidade dos participantes que, de uma forma geral, compareceram pontualmente e em grande grupo. Sublinha-se ainda o interesse dos elementos do grupo nas sessões já que abdicavam da totalidade da sua hora de almoço para assistir e participar nos debates.

Avaliação pelos Participantes

Como referido anteriormente, cada participante avaliou individualmente todas as sessões quanto ao interesse e utilidade e auto-avaliou-se quanto à participação e quanto aos sentimentos no final de cada sessão. De uma forma geral, a utilidade das sessões manteve-se segundo os participantes num nível bastante elevado (4-5 para um máximo de 5) com um tendência para aumentar do primeiro para o último tema. Já o interesse dos alunos nos temas apresenta dois picos máximos em relação ao "Uso de Substâncias" e "Afectos e Relações Interpessoais" e um pico mínimo relativo à sessão sobre o "Bem-estar e Contextos". O sentimento de segurança tal como o sentimento de felicidade auto-reportados, no final das sessões situaram-se acima do "3".

Sugestões Expressas pelos Participantes

A grande importância da efectivação de programas para a promoção da saúde e bem-estar nas escolas é consensual no grupo dos participantes. Estes sugerem que o ideal nestes programas seria a frequência opcional das sessões embora reconheçam que desta forma se perderia a adesão de grande parte dos alunos.

Confessam que quando concordaram em participar no programa não sabiam o que iriam encontrar e que talvez este desconhecimento leve outros colegas a optar por não frequentar o programa. Deste modo, acham necessário alguma divulgação do programa, objectivos e funcionamento das sessões junto dos jovens, divulgação esta que poderia passar por uma primeira sessão de demonstração para todos os alunos. A partir desta sessão os alunos optariam por se inscrever ou não na "disciplina" de promoção da saúde e bem-estar.

Foi realçada a importância das sessões se realizarem em pequeno grupo por facilitar a discussão dos vários assuntos e permitir a expressão de pensamentos e percepções pessoais. Depois de uma reflexão grupal, foi decidido pelos participantes que o ideal seria uma frequência semanal e como forma de avaliação consideraram que um teste final seria sensato para avaliar a retenção dos conhecimentos.

Sobre o conteúdo das sessões, sugerem que uma sessão de 90 minutos é suficiente para cada tema e que deveriam ser abordadas mais temáticas. Parece útil para todos a realização de uma breve revisão sobre o tema anterior no início de cada sessão para assegurar a retenção dos conhecimentos.

Prevaleceu a dúvida sobre quem deveria ser o responsável pelo programa (quem deveria leccionar a "disciplina") contudo, ficou patente a importância de ser alguém com formação especializada e com sensibilidade para falar e compreender

os jovens. Acabou por ser apontado um psicólogo, um médico ou voluntários com formação adequada sendo que a idade do responsável não teria influência na aceitação ou sucesso do programa.

Promoção da saúde e bem-estar nos adolescentes

Pela análise dos grupos focais efectuados, verifica-se alguma falta de conhecimentos sobre os vários temas e até algumas dúvidas e ansiedades por resolver. Existem óbvias necessidades de informação no que concerne ao uso de substâncias perigosas (droga, tabaco, álcool) e à sexualidade. Apenas em relação aos hábitos alimentares e aos vários componentes de uma alimentação equilibrada, os participantes revelaram um conhecimento suficiente.

A avaliação das sessões mostra que os alunos ficaram satisfeitos com o programa, mais seguros, e que reconhecem o interesse e utilidade da abordagem das questões da saúde e bem-estar.

De facto, verifica-se uma grande adesão por parte dos participantes, nomeadamente no que se refere aos temas "Uso de Substâncias", "Afectos e Relações Interpessoais" e "Hábitos Alimentares e Imagem do Corpo". O interesse particular nestes temas é atribuído à proximidade dos assuntos abordados com os seus próprios problemas. Foi nestas sessões que o ganho de conhecimentos foi mais relevante.

Os aspectos que mais agradaram aos participantes foram a possibilidade de falar livremente sobre vários assuntos inclusivamente sobre assuntos pessoais e a introdução de actividades que estabeleceram a "ponte" entre o lúdico e o debate temático. Transmitiram uma certa necessidade de encontrar, na investigadora, alguém disponível para ouvir os seus pensamentos e as suas dúvidas sem qualquer julgamento.

A frequência das sessões revelou-se insuficiente para promover nos alunos uma verdadeira mudança de hábitos pouco saudáveis para comportamentos de saúde. Os temas eram debatidos com a distância de um mês o que dificultou o vínculo com a investigadora numa primeira fase. Esta descontinuidade foi várias vezes apontada pelos alunos como um aspecto negativo do programa, no entanto, os próprios participantes estabeleceram várias vezes pontos de contacto entre os vários temas relacionando cada tema com aspectos anteriormente debatidos e posteriormente lembrados por todos.

Recomendações

Considera-se de toda a pertinência a construção de um programa para a promoção da saúde a aplicar nas escolas portuguesas desde o ensino básico. Já vários países tomaram esta iniciativa de criar um currículo nacional que se articula com as restantes disciplinas do plano de estudos dos alunos e que actua de forma profiláctica no âmbito da saúde mental e dos estilos de vida saudáveis.

É necessário conceber um currículo de promoção da saúde e bem-estar coerente e progressivo, que forneça uma proposta consistente no decurso da vida das crianças e dos adolescentes. Este programa deverá ter em consideração os agentes de influência mais significativos (professores, pais, figuras públicas, pares) e o facto de esses agentes poderem eles próprios ser influenciados.

A divulgação do programa é uma preocupação fundamental quando consideramos uma frequência opcional das sessões. Assim, num trabalho futuro, muito deverá ser feito no sentido de cativar os jovens para um programa deste âmbito. Sugere-se uma sessão de demonstração, folhetos de divulgação ou outros meios devidamente organizados para atrair os alunos.

Considera-se que o menor impacto do programa deste estudo poderia ser compensado com uma frequência semanal de sessões de 50 minutos em que fossem dedicadas pelo menos duas sessões a cada tema. Neste âmbito, a realização de actividades de grupo seria indispensável.

Face às claras necessidades de informação por parte dos jovens da amostra, faria todo o sentido a introdução de cada tema de saúde e bem-estar com uma exposição sobre os aspectos fundamentais. Nunca negligenciando a componente de disponibilidade para ouvir e esclarecer as dúvidas de cada um, sugere-se uma transmissão de informações de uma forma preferivelmente cativante. A revisão no final de cada tema com o intuito de consolidar os conhecimentos adquiridos seria uma mais-valia, bem como a realização de algumas visitas de estudo relevantes.

Para a avaliação do programa, sugere-se a elaboração de um teste global com a classificação de "apto"/"não apto" ou a realização de um trabalho em grupo sobre um tema à escolha.

É necessária uma nova abordagem na formação de docentes, imbuída na importância de incluir, em várias disciplinas, conceitos de saúde, entendida numa vertente mais global já referida neste estudo. Será pertinente contemplar uma formação especializada para aqueles profissionais que leccionarem a disciplina de promoção da saúde e bem-estar.

Temos já a confirmação da importância inegável que um programa de educação/promoção da saúde e bem-estar poderia ter junto dos adolescentes numa perspectiva de prevenção e de mudança de comportamentos. Resta saber se vamos conseguir aceitar o desafio de agitar as fundações rígidas dos nossos currículos escolares, distintos e estanques, para responder a uma questão a que somos cada vez mais sensíveis, a saúde dos adolescentes portugueses.

Referências

- American Psychiatric Association (1996), Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais – DSM-IV, 4ª Edição, Lisboa: Climepsi Editores.
- Bennett, P. & Murphy, S. (1999) Psicologia e Promoção da Saúde. Lisboa:

- Climepsi Editores. 1ª Edição.
- Biddle, S. (1993), Children, Exercise and Mental Health, *International Journal of Sport and Psychology*, nº 24, (200-216).
- Bizarro, L. (2001) A Avaliação do Bem-Estar Psicológico na Adolescência. *Revista Portuguesa de Psicologia*, 35, pp. 81 – 111.
- Cortez, M. & Vilhena, M. (2003), Violência na Escola – O que Pensam os Alunos, *O Professor* Nº 79, III série, Janeiro-Fevereiro (17-21).
- David, Carla (1995) Desenvolvimento Pessoal e Social - Estudo de 3 Instrumentos de Avaliação do Comportamento Social numa População de grávidas Adolescentes”Trabalho de Seminário Cruz Quebrada: FMH – UTL.
- DiClemente, J., Hansen & W., Ponton, L. (Eds.) (1996) *Handbook of Adolescent Health Risk Behavior*. New York: Plenum Press.
- Ferreira, M. (2004) A Escola do Desassossego – Um Estudo Sobre os Sentimentos de Segurança dos Alunos, nas Escolas em Portugal. Tese de Doutoramento não publicada. Universidade da Beira Interior. Departamento de Sociologia.
- Fuertes, A. et al (2002). Factores Asociados a las Conductas Sexuales de Riesgo en la Adolescencia. *Infância y Aprendizaje*. 25 (347-361)
- Gordon, R. (2000) *Eating Disorders – Anatomy of a Social Epidemic* 2ª Edição. Oxford. UK: Blackwell Publishers.
- Gruber, J. (1991) Physical Activity and Self-Esteem Development in Children: A Meta-Analysis, *Self-Esteem Development* (30-43).
- Krug et al., eds. (2002) *World Report on Violence and Health*. Geneva, Organização Mundial de Saúde. Disponível em <http://www.who.int>.
- Lambert, M.; Verduyck, A. & Broucke, L. (2002) Report on the Project Gender Differences in Smoking in Young People, Flemish Institute for Health Promotion, Brussels, Belgium
- Marques, A. & Prazeres, V. (Coord.) (2000) *Educação Sexual em Meio Escolar – Linhas Orientadoras*. Editorial do Ministério da Educação.
- Matos, M. (1998) *Comunicação e Gestão de Conflitos na Escola*, Lisboa: FMH Edições, FMH – UTL
- Matos, M. (1993) *Perturbações do Comportamento Social – Estudo dos Efeitos de um Programa de Competências Sociais de Mediação Corporal em Função de Diferentes Percursos de Desajustamento Social*. Tese de Doutoramento não publicada. Cruz Quebrada: Faculdade de Motricidade Humana – Universidade Técnica de Lisboa.
- Matos, M.; Simões, C.; Carvalhosa, S. (2000) *Desenvolvimento de Competências de Vida na Prevenção do Desajustamento Social*. Faculdade de Motricidade Humana. Instituto de Reinserção Social, Ministério da Justiça.

- Matos, M.; Simões, C.; Carvalhosa, S.; Canha, L. (2001) A Saúde dos Adolescentes de Lisboa. Faculdade de Motricidade Humana. Gabinete de Prevenção da Toxicoddependência da Câmara Municipal de Lisboa: Gráfica 2000.
- Matos, M. & Equipa do Projecto AVENTURA SOCIAL (2003), A Saúde dos Adolescentes Portugueses (Quatro Anos Depois), Lisboa: Edições FMH.
- Muratori, F. et al (2001) Les Troubles de la Cunduite à L'adolescence: Violence, Agressivité et Identification. *Psychiatrie de L'Enfant*, XLIV, 2 (415-446)
- Ogden, Jane (1999) *Psicologia da Saúde. Manuais Universitários 11*. Climepsi Editores, 1ª Edição, Lisboa.
- Organização Mundial de Saúde (2003) *Health and Development Through Physical Activity and Sport*, Geneva, Switzerland. Disponível em <http://www.who.int>.
- Organização Mundial de Saúde (2003) *Annual Global Move for Health Initiative: A Concept Paper*, Geneva, Switzerland. Disponível em <http://www.who.int>.
- Organização Mundial de Saúde (2003) *Diet, Nutrition and The Prevention of Chronic Diseases – Report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation*, Geneva, Switzerland. Disponível em <http://www.who.int>.
- Rodrigues, D. (1994) *Comportamento Social/Sexual na Adolescência – A Sexualidade dos Adolescentes*. Trabalho de Seminário. Cruz Quebrada: FMH – UTL.
- Sallis, J. et al (1992) Determinants of Physical Activity and Interventions in Youth. *Medicine and Science in Sports and Exercise*. 24 (6) (248-255).
- Sardinha, L.; Matos, M.; Loureiro, I. (Eds.) (1999) *Promoção da Saúde – Modelos e Práticas de Intervenção nos Âmbitos da Actividade Física, Nutrição e Tabagismo*. Cruz Quebrada: FMH Edições.
- Trimpop, R. (1994) *The Psychology of Risk Taking Behavior*. North Holland Elsevier Science B.V. Amsterdam, The Netherlands.
- Vannier, Maryhelen (1974) *Teaching Health in Elementary Schools*. Philadelphia: Lea & Febiger.
- Williams. M.; Young, I. (Eds.) (2001) *Promover a Saúde da Juventude Europeia. Educação para a Saúde nas Escolas. Manual de Formação para Professores e outros Profissionais que Trabalham com Jovens*. Mem Martins: Comissão de Coordenação da Promoção e Educação para a Saúde. Comissão das Comunidades Europeias. Editorial do Ministério da Educação.

Anexo

Programa de promoção de competências para a saúde

(Silvia Lapa & Margarida Gaspar de Matos, 2004)

1ª SESSÃO -Apresentação

Objectivos da Sessão:

A sessão teve como principal objectivo a apresentação da investigadora e apresentação do programa (temas, datas e funcionamento das várias sessões). Foram realizadas actividades de quebra-gelo com o intuito de dar a conhecer os nomes e interesses dos alunos. Foram propostos alguns tópicos de discussão sobre actividades de tempos livres e dia-a-dia de forma a introduzir aos alunos o funcionamento dos grupos focais e também conhecer o seu comportamento face ao debate.

Neste grupo focal, tal como geralmente se verifica nas dinâmicas de grupo, existem vários indivíduos com diferentes percursos, estilos de vida e personalidades variadas o que faz com que a forma de participação no debate varie. Enquanto alguns partilham livremente tudo o que o tema lhes suscita outros chegam a não proferir uma única opinião durante toda a sessão. Assim sendo, torna-se essencial a adopção de estratégias de condução do debate que apelem a todos e convidem à participação respeitando a possível reserva de alguns elementos mas mostrando sempre disponibilidade para ouvir o que queiram partilhar.

Os trechos serão transcritos usando nomes fictícios de alunos.

2ª SESSÃO- Actividade Física e Lazer

Objectivos da Sessão:

Debate de ideias e opiniões sobre o tema, através de alguns pontos propostos:

Quais as motivações para a prática de actividade física;

Rapazes e raparigas escolhem modalidades diferentes?;

A pratica de actividade física influencia o tipo de alimentação;

A prática de actividade física influencia o consumo de tabaco e/ou drogas;

Qual a oferta de actividades para tempos livres existente para os jovens;

Que grupos existem no âmbito das culturas juvenis e como se caracterizam.

Entrega de um folheto "Mexe-te" sobre a temática.

De salientar que a maioria dos alunos pratica actividade física pelo menos três vezes por semana, no entanto, ressalta também a despreocupação dos poucos que não praticam actividade física perante a sua inactividade.

Barreiras à Prática de Actividade Física

Os alunos referiram a dificuldade em aderir a certas modalidades devido a questões financeiras "Há ténis ali no parque desportivo, só que é muito caro, são 4 euros por hora" e devido à incompatibilidades com o horário escolar "eu estava

inscrito na natação, mas tive de sair porque o nosso horário não dava”(Francisco). Os alunos referiram ainda que há jovens que não aderem a uma modalidade desportiva por medo de falhar e não ter um bom desempenho”Têm medo de depois não serem tão bons como os outros”(Filipe).

Um aluno referiu existir discriminação para a prática de desporto nas colectividades e no futebol:”Eu queria entrar para a equipa de futebol da minha terra, mas como eles vêem que eu sou gordo não me deixam entrar, mas há um colega meu que nem joga melhor do que eu que foi lá e deixaram-no entrar logo.””Já me quis inscrever algumas vezes e fui rejeitado.”

Locais de Prática da Actividade Física

Os alunos revelaram um bom conhecimento das instituições, clubes, colectividades e parques desportivos da zona onde podem praticar de actividade física. No entanto, poucos revelaram frequentar estes locais. De uma forma geral, jogam com bolas (futebol, basquetebol e voleibol) no recreio e na rua perto de casa. Foram referidas partidas de futebol informais, ao fim de semana.

Actividade Física, Consumos e Alimentação

A influência entre a actividade física e a alimentação ou os consumos de droga e tabaco não se revelou um tema muito sugestivo para estes alunos. Verificou-se que existe uma noção do efeito negativo das drogas e tabaco na prática desportiva:”Há quem diga que o tabaco prejudica o desempenho no desporto”;”Drogas é um bocado mau, porque quando fazem aqueles testes são apanhados”(Beatriz);”Hoje em dia os jovens já têm mais informação sobre as drogas (doping) e já não se metem nisso”(Filipe)

Por outro lado, a prática desportiva parece afastar os jovens de certos comportamentos relacionados com o consumo:”Os jovens têm essa ocupação e estão mesmo empenhados naquilo que esquecem os problemas e não se metem por maus caminhos”(Ana)

Tempos livres

Alguns alunos referiram frequentar a biblioteca municipal nas horas livres quer para requisitar livros quer para ir à internet. Para o grupo, a escola deveria ter mais espaços disponíveis para a prática desportiva.

Em casa, parece não haver problemas quanto à variedade de actividades para ocupar os tempos livres destes alunos. As actividades ver televisão e jogar computador não foram contudo muito referidas, quanto à internet, não representa um hábito neste grupo já que apenas dois alunos têm internet em casa.

Foi debatido o tema relativo às culturas juvenis que despertou o interesse de todos os alunos, proporcionando uma troca de opiniões bastante e uma discussão bastante”acesa”. Esta pareceu ser, para a maioria, uma primeira oportunidade para reflectir sobre os aspectos (e a sua pertinência e relevância) que os levam a distinguir e julgar os pares pela aparência.

A participação de alguns alunos revelou-se algo desorganizada, enquanto que outros tiveram uma intervenção muito reduzida pelo que se tornam necessárias estratégias para as próximas sessões com o intuito de facilitar uma intervenção adequada de todos os alunos do grupo focal.

3ª SESSÃO- Violência

Objectivos da Sessão:

Debate de ideias e opiniões sobre o tema, através de alguns pontos propostos:

A violência está a aumentar?;

Em que cenários ocorre a violência?;

A violência é só física?;

Que comportamentos ou actos violentos existem na escola?;

Que comportamentos ou actos violentos existem na zona de residência?;

O que está na origem de actos violentos/o que leva as pessoas a serem violentas?;

Quem se envolve mais em actos violentos, rapazes ou raparigas? Porquê?

Experiências com armas: onde? Quem? Porquê?

Os roubos foram a primeira forma de violência referida pelos alunos, bem como, o facto de serem vítimas de ameaças e de agressões físicas caso não dêem dinheiro ou outro bem aos colegas mais velhos. Foram identificadas 6 categorias distintas de situações de violência enunciadas de seguida:

Violência na Escola

Um dos tipos de violência mais próximos das experiências dos alunos prende-se com actos de bullying. Insultos, ameaças, pequenos roubos e algumas agressões físicas sem grandes consequências são algumas das situações presenciadas e vividas na escola.

Parece existir unanimidade quanto ao facto de serem os rapazes quem mais se envolve em actos de violência. Isto parece dever-se a alguma impulsividade e à sua imaturidade face às raparigas da mesma idade, uma vez que não param para pensar nas consequências e reagem de imediato a insultos. Todos concordam igualmente que se torna difícil reagir de forma controlada a insultos relacionados, não directamente com o próprio jovem, mas com pessoas que lhe são queridas, nomeadamente a mãe. "Para mim só há uma coisa me pode fazer ser violenta, que é meterem a minha mãe ao barulho!" (Susana)

No que respeita à violência na escola, todos concordam que as participações formais que as funcionárias fazem dos alunos que se envolvem em "brigas" ao Conselho Executivo não são solução. Faltaram no entanto propostas para uma solução adequada.

Violência Social/Cultural

O racismo foi referido, não como sendo violento por si só, mas como possível fonte de actos violentos como ofensas verbais, desprezo ou agressões físicas. Por

outro lado, a guerra surge como forma de violência que recorre a armas poderosas e que exerce um efeito marcante nas pessoas: "A guerra é uma violência não só física como mental, porque há pessoas que ficam traumatizadas para o resto da vida" (Daniel)

Curiosamente, os acidentes automóveis foram considerados por unanimidade uma violência que afecta muitas pessoas. Os alunos relataram situações de falta de civismo de alguns condutores que representam uma agressão para os outros condutores podendo causar lesões físicas ou mesmo a morte.

Violência Familiar

Uma das facetas da violência mais explorada pelos alunos foi a violência familiar: "Há pais que batem nos filhos e os tratam mal." (Ana); "E também há mulheres que são vítimas de violência doméstica dos maridos." (Daniel)

Os alunos acham que, numa família, os filhos são vítimas indirectas da violência entre os pais referindo que as discussões dos pais os afectam.

"Eu acho que aqueles alunos que são mais violentos têm mais problemas em casa." (Filipe)

As discussões conjugais e as separações dos pais foram referidas como acontecimentos muito violentos e que podem ter consequências para os filhos.

Os alunos atribuem os actos de violência familiar (ditas discussões e agressões físicas) à falta de diálogo entre as pessoas considerando que com compreensão poder-se-iam evitar tais situações.

Violência no Desporto

A violência foi associada também ao desporto, nomeadamente aos jogos de futebol. Os alunos fizeram alusão a alguns relatos de confrontos entre adeptos de futebol transmitidos recentemente na televisão.

Foram analisadas modalidades desportivas de luta como o judo ou as artes marciais, no entanto não foram consideradas como violência, já que têm como principal objectivo capacitar a pessoa para sua defesa pessoal e não para a agressão.

Violência na Televisão

Foram referidos pelos alunos alguns estudos realizados com crianças pequenas em que se observou o seu comportamento enquanto assistiam a desenhos animados violentos e desenhos animados não violentos que evidenciam o efeito negativo da violência na televisão para as crianças. Este estudo é do conhecimento da maioria já que foi transmitido recentemente na televisão. Os alunos classificaram o canal PANDA como inofensivo para as crianças mas classificaram alguns desenhos animados da SIC como demasiado violentos.

Violência e Consumos

Os actos violentos foram associados a situações de consumo de álcool e drogas embora esta associação não tenha constituído grande pretexto para discussão.

Os alunos consideram que os vários actos violentos que referiram acontecem com muita frequência e que têm vindo a aumentar, no entanto, parecem ter pouco contacto com eles, isto é, não presenciaram muitas situações semelhantes apenas as viram na televisão.

As conclusões que retiram desta sessão prendem-se maioritariamente com apreciações negativas dos actos violentos e com a constatação da necessidade de reflexão antes de reagir impulsivamente a situações quotidianas. As categorias mais frequentes nesta sessão foram a violência familiar e a violência escolar (bullying), que parecem ser as que mais afectam a vida e os sentimentos dos alunos do grupo. Estes assuntos foram debatidos de forma bastante reflectida tendo suscitado a expressão de algumas emoções associadas a experiências nestes contextos.

4ª SESSÃO- Hábitos Alimentares e Imagem do Corpo

Objectivos da Sessão:

Debate de ideias e opiniões sobre o tema, através de alguns pontos propostos:

Perturbações do comportamento alimentar;

Mudança de hábitos alimentares nos últimos tempos;

Obesidade, causas e consequências;

Influência da imagem do corpo nas amizades:

Influência entre imagem do corpo, hábitos alimentares e bem-estar;

O que fazer para ter uma alimentação saudável;

Como avaliam a alimentação na escola; em casa; nos espaços públicos.

Todos os alunos concordam com o facto de se verificar uma mudança nos hábitos alimentares das pessoas nos últimos anos.”Eu acho que cada vez se come mais comida de plástico”(Filipe) Esta mudança é atribuída em vertentes diferentes à influência da televisão e a um estilo de vida acelerado.

“As pessoas começam a comer menos carne ou menos frango, por causa da televisão... e dos casos que falam de gripe das aves”(Filipe)”As pessoas querem o que é mais rápido e mais fácil”(Francisco)

Obesidade

A obesidade foi referida como consequência da actual mudança de comportamentos alimentares, sendo avaliada como muito perigosa e motivo de preocupação.”Pode levar à morte!”(Francisco)”Conheço algumas pessoas assim”;;”E cada vez há mais casos desses”(Daniel)

Estabelecem ainda uma relação entre o excesso de alimentação, os hábitos sedentários e a instalação da obesidade e do excesso de peso.

Perturbações do Comportamento Alimentar

Os elementos do grupo não identificam a designação perturbações do comportamento alimentar, mas quando explicado que se trata de doenças

psiquiátricas que influenciam a alimentação, rapidamente referem a anorexia nervosa.

A anorexia não foi espontaneamente distinguida da bulimia nervosa, distinção essa que foi posteriormente feita pela investigadora.

Todos consideram ser um problema mais relacionado com as raparigas e que só se manifesta a partir dos 15 anos daí que, apesar de conhecerem relativamente bem a patologia, não reconhecem casos semelhantes nem exteriorizam preocupações relacionadas com aspectos estéticos da gordura e da imagem corporal.

Alimentação Saudável

No que respeita aos comportamentos a optar para ter uma alimentação saudável, foram várias as sugestões expressadas desde uma alimentação variada, o consumo frequente de água, legumes e fruta, o hábito de fazer várias refeições ao longo do dia, evitar fritos, refrigerantes e *fast food*, etc. De facto, todos sabem qual o procedimento mais saudável mas confessam que nem sempre é fácil adoptá-lo devido à falta de tempo e ao apelo tentador de alguns alimentos menos saudáveis.

Opções Disponíveis

De uma forma geral, a alimentação proporcionada em casa (confeccionada pelos familiares) é considerada a mais saudável. Os alunos consideram que os pais têm informação suficiente acerca do que é mais adequado para uma alimentação equilibrada.

Apesar das refeições nem sempre serem tão saborosas como o esperado, a alimentação servida na escola (quer no refeitório, quer no bar) é avaliada como suficientemente saudável.

Muitas vezes a opção mais tentadora são os restaurantes que existem perto da escola, que têm características de comida rápida e cuja comida é avaliada pelos alunos como prejudicial à saúde mas difícil de resistir, pelo que a ela recorrem com alguma frequência.

Nos locais públicos, (entenda-se restaurantes em geral, nos centros comerciais ou na rua, fora da área envolvente da escola) a oferta é, segundo os alunos, muito variada e está associada a uma questão de tempo disponível. Se houver uma preocupação em comer no menos tempo possível, a pessoa acaba por optar por uma refeição menos saudável.

Imagem do Corpo e Amizades

Parece existir uma ideia generalizada de que os adolescentes mais bonitos e mais próximos de um padrão de beleza (nem gordo nem magro) tem maior facilidade em fazer amizades e é facilmente aceite por um grupo.

“As raparigas que são giras e que têm um corpo normal arranjam amigos mais rapidamente”(Filipe)

Por outro lado, os alunos assumem que os jovens mais gordos ou menos bonitos encaram dificuldades de relacionamento com os outros devido a atitudes de

rejeição e/ou gozo.

“E se for uma pessoa gorda ou feia já pode não ser aceite pelos outros”(Beatriz)”Eu, por exemplo, sou assim um bocadinho gordo, e nas aulas de educação física sou sempre o último a ser escolhido para fazer equipas. Uma pessoa sente-se mal com isso”(Filipe)

As aulas de Educação Física surgem como um dos espaços/situações em que esta rejeição face aos alunos que se afastam do padrão de beleza e de normalidade toma proporções mais acentuadas.

Os alunos parecem possuir uma informação bastante completa e correcta acerca das características de uma alimentação saudável. Acreditam também que, os familiares que cozinham para si têm igualmente essa informação pelo que confiam plenamente na alimentação que lhes é proporcionada em casa e que classificam como muito saudável.

As perturbações do comportamento alimentar não lhes suscitam grandes comentários e consideram que a preocupação com a imagem do corpo e o recurso às dietas surge apenas em adolescentes mais velhos (acima dos 15 anos).

Reconhecem os locais em que a alimentação é menos saudável e tentam evitá-los apesar de ser difícil já que estas refeições são muito saborosas e acessíveis (perto da escola).

Atribuem a obesidade e excesso de peso a uma mudança de comportamentos e a estilos de vida acelerados que levam a opções incorrectas e ao sedentarismo.

5ª SESSÃO- Bem-Estar e Contextos (Familiar, Escolar e Amizades)

Objectivos da Sessão:

Debata de ideias e opiniões sobre o tema, através de alguns pontos propostos:

Aspectos contribuem para a felicidade;

O que é mais importante para se sentirem felizes?

Aspectos que contribuem para o bem-estar?

Diferenças e semelhanças entre bem-estar e felicidade;

Actividades que contribuem para o bem-estar nos contextos (escola, família/casa e na relação com os amigos;

Percepção da saúde pessoal. Percepção da felicidade pessoal.

Bem-estar associado a saúde negativa (álcool, drogas, tabaco);

Quando estão tristes, a quem recorrem? O que fazem?

Quando estão confusos ou com dúvidas a quem recorrem? O que fazem?

No debate grupal, o bem-estar surgiu associado a situações de aceitação social, a critérios de aparência positiva e a sintomas físicos de ausência de doença ou dor.”Para estarmos bem é preciso falarmos bem com os nossos amigos”;”Se a pessoa tiver um corpo melhor pensa que se sente melhor””Às vezes perder uns quilinhos a mais faz a pessoa sentir-se melhor.””As pessoas quando estão doentes

não podem conviver tanto com os outros e ficam um bocado tristes por causa das suas limitações.”

Bem-estar e comportamentos negativos

Os alunos consideram que por vezes o sentimento de superioridade em alguns aspectos pode trazer bem-estar (“Ela é a melhor aluna da turma e eu quando tenho uma nota melhor que ela fico feliz”) daí que algumas pessoas usem comportamentos negativos para se superiorizarem, rebaixando os outros.

“Há pessoas que gostam de gozar os outros para se sentirem superiores e isso fá-los sentir bem”.

Também os comportamentos de consumo foram associados indirectamente ao bem-estar pela eliminação de sintomas de stress e de tristeza. No entanto, foram sugeridas várias alternativas pelos vários elementos do grupo para conseguir esse bem-estar sem recorrer a substâncias prejudiciais.

“Vale mais fazer um desporto”(Pedro);”...ou ficar sozinho um bocado para pensar”(Francisco);”ou então estar com os amigos”(Sofia).

Formas de lidar com a tristeza/mal-estar

Para além da prática de actividade física e de actividades de lazer com amigos/passear, jogar) os alunos sugeriram alguns comportamentos que utilizam em situações de tristeza:”Vou para o meu quarto e fico sozinho a pensar”(Tiago)”Vou para casa e fico a chorar”(Ana)”O melhor é procurar um amigo para conversar”.

Bem-Estar na Escola

De uma forma geral, o convívio e principalmente as conversas com os amigos parecem transmitir bem-estar aos alunos quando estão na escola.

“Eu e alguns colegas costumamos jogar xadrez e Uno que são jogos que dão para conviver mais”(Filipe);”Eu e as minhas amigas vamos passear pela escola e conversar”(Filipa)

Também o sucesso escolar surge como fonte de bem-estar e mesmo de felicidade.”Quando temos boas notas, parece que as coisas correm logo melhor”(Daniel)

Bem-Estar em Casa

Ouvir música no quarto e conviver com os amigos da rua (vizinhos) são as principais formas de lidar com o mal-estar e a tristeza. Muitos alunos referem o isolamento como primeiro recurso para situações de stress ou tristeza. De uma forma geral, os alunos confessam que o ambiente familiar influencia o seu bem-estar e o sentimento de felicidade.”Eu era mais feliz se tivesse paz em casa”(Sofia).

Percepção da saúde pessoal

Vários alunos referem sintomas de saúde negativa tais como dores de cabeça e dores nas costas. Quanto às primeiras, os jovens não sabem ao que se devem e as

segundas são atribuídas principalmente ao peso dos livros nas mochilas. Dois dos alunos confessam recorrer a analgésicos com alguma frequência.

Felicidade

Verificaram-se algumas dificuldades em definir a felicidade e em avaliação o nível de felicidade de cada um. Os namoros foram considerados como uma fonte de felicidade assim como as boas relações com os amigos.

“As pessoas quando namoram até andam mais simpáticas e mais felizes”(Ana) “É bom sentir que alguém gosta de nós...”(Filipe)

Este grupo focal leva-nos a uma conclusão curiosa: menos de metade dos alunos se consideram felizes e alguns sentem-se mesmo pouco saudáveis devido a sintomas de dor e cansaço. Apontam a falta de espaços desportivos e de actividades lúdicas e de lazer na escola que promovam o bem-estar dos alunos.

As relações privilegiadas em caso de tristeza ou dúvida são claramente as amizades, contudo, uma parte significativa do grupo admite ter uma relação bastante aberta com os pais recorrendo a estes para conversas e desabafos. Inevitavelmente, revelaram-se na discussão alguns assuntos tabu que raramente são discutidos com qualquer adulto, são eles, os namoros e as dúvidas sobre sexualidade.

Um ponto-chave deste debate foi a reflexão sobre o papel do psicólogo escolar o que levou a uma diferença explícita de opiniões entre rapazes e raparigas. De facto, enquanto que as raparigas referem que procurariam o psicólogo em caso de sentirem necessidade de desabafar sobre um problema, os rapazes muito dificilmente se deslocariam até ao gabinete de psicologia em qualquer circunstância. Na discussão grupal, as raparigas do grupo tentaram chamar os colegas à razão explicando-lhes (utilizando até relatos de experiências pessoais) a importância de um psicólogo e tentando demovê-los da visão de que o psicólogo é para os “malucos”.

Parece assim imprescindível pensar não só na prevenção de comportamentos negativos para a saúde e desajustados do ponto de vista social, mas principalmente fornecer mais alternativas saudáveis aos jovens para que obtenham o bem-estar que procuram nesses comportamentos desviantes.

6ª SESSÃO -Uso de Substâncias (álcool, tabaco e drogas)

Objectivos da Sessão:

Debate de ideias e opiniões sobre o tema, através de alguns pontos propostos:

O que leva os jovens a experimentar/consumir bebidas alcoólicas?;

Como são os jovens que bebem habitualmente?;

Aceitação do álcool em ambiente familiar;

Que proporção tem o problema do alcoolismo (na escola, em Mafra, no país)?;

Diferenças entre rapazes e raparigas;

O que leva os jovens a fumar?

Que percepção têm dos jovens que fumam?;

Que proporção tem o problema do tabagismo (na escola, em Mafra, no país)?;

O que leva as pessoas a experimentar/consumir drogas?;

Que drogas conhecem? Quais os seus efeitos? Quais os perigos do seu consumo?

Qual a proporção do problema da toxicodependência (na escola, em Mafra, no país)?;

Diferenças entre rapazes e raparigas em relação a comportamentos de consumo

Locais, pessoas ou situações associadas ao consumo.

Realização de actividades de grupo com vista à reflexão, confronto de opiniões e criação de situações de representação de papéis (role playing):

Consumo de Drogas

Os alunos associam o consumo de drogas com locais como discotecas, bares e bairros degradados. Para eles, as primeiras experiências com drogas são motivadas principalmente pela curiosidade e pela pressão dos pares.

“Se estamos num grupo e os outros estão a experimentar somos levados a experimentar senão até parece mal”(Filipe)”Sim e começam a dizer – és mesmo betinho, experimenta lá!”(Beatriz)

Foram identificados alguns tipos de droga (p.e. cannabis, cocaína, extasy, ”ganzas”e doping) no entanto os seus efeitos não são muito claros para os alunos do debate.

“Fica-se pedrado, com olheiras e mau aspecto”(Vanessa)”Mas também se pode ficar todo acelerado e com muita energia”(Beatriz)”Acho que alguns desportistas tomam doping para terem mais força e energia”(Pedro)

É unânime para os elementos do grupo que o consumo de droga é mais elevado nos homens apesar de não encontrarem explicações aceitáveis.

Consumo de Tabaco

De uma forma geral, o grupo queixa-se de um consumo muito elevado de tabaco nos locais públicos, principalmente em restaurantes e cafés. Conhecem as consequências adversas para a saúde do seu consumo regular e sabem que pode levar a situações irreversíveis e mesmo à morte. Quanto ao primeiro cigarro, consideram ser motivado pela curiosidade dos jovens e pela atracção que o fumar exerce sobre alguns deles. Existe uma atitude de exibicionismo e tentativa de afirmação de maturidade associada aos jovens que começam a fumar cedo.

“Há pessoas da nossa idade que fumam para se armarem em boas”(Beatriz)”Querem sentir-se superiores e acham-se mais maduras por fumarem”(Filipe)

Afirmam que deve ser difícil resistir a um cigarro num grupo de pares em que todos fumam, no entanto, este não é o caso de nenhum elemento do grupo focal. Não foi referido nenhum efeito positivo do tabaco e apenas o vício serviu de

explicação para a persistência do hábito de fumar.

Esteve patente uma opinião bastante clara dos rapazes em relação ao consumo por parte das raparigas. Estes repudiam o consumo por parte das raparigas e apresentam uma percepção negativa do comportamento de fumar nas raparigas.

“Para mim uma rapariga não deve fumar... tem de ser limpinha... mais nada!”(Francisco).

Já as raparigas avaliam o comportamento de forma negativa em ambos os géneros sem distinção.

Na escola existem, segundo os alunos, casos pontuais de consumo de tabaco, mas raramente acontecem dentro das instalações da escola.

Consumo de Álcool

As primeiras experiências com bebidas alcoólicas, ao contrário do que sucedeu para as substâncias anteriores, não são associadas à pressão de pares mas sim a uma opção pessoal, que muitas vezes surge no seio da família.

“Eu experimentei vinho uma vez que o meu pai me deixou beber um bocado”(Filipe)”Eu bebi *champagne* com os meus pais na passagem de ano”(Beatriz)

Ao mesmo tempo, reforçam que os pais não são permissivos em relação ao consumo de álcool pelos filhos e sublinham que são situações excepcionais. Reconhecem também que existem famílias em que é servido vinho aos rapazes com consentimento dos pais.

O alcoolismo é relacionado exclusivamente com os adultos, principalmente com os homens e com situações de violência doméstica não existindo portanto uma opinião marcada face aos jovens que bebem frequentemente. Descrevem o estado de embriaguez em alguns jovens pelo comportamento desajustado.

“Quando estão bêbados andam a cair pelos cantos e não dizem coisas de jeito!”(Pedro)

O grupo revela-se claramente um grupo protegido face aos diferentes consumos já que se mostrou afastado de experiências com as substâncias referidas e pouco motivado para as mesmas desconhecendo algum contributo que possam ter para o bem-estar pessoal.

Os alunos revelaram algumas dúvidas sobre quais as substâncias consideradas drogas e quais delas eram lícitas ou ilícitas. Referem não existir consumo de drogas ou álcool dentro da escola e muito raramente viram algum aluno fumar dentro das instalações.

Existe uma opinião mais negativa face ao comportamento de consumo por parte das raparigas do que ao consumo dos rapazes, principalmente no que respeita ao tabaco. No geral, todo o consumo excessivo de álcool, tabaco e drogas é reprovado pelos elementos do grupo focal, contudo, o consumo frequente de um copo de vinho às refeições é considerado aceitável e até saudável no contexto da

tradição portuguesa de consumo de vinho.

A introdução de algumas actividades relativas ao tema revelou-se bastante vantajosa ao atrair o jovens do grupo para o debate e ao permitir uma reflexão sobre os aspectos presentes em situações de confronto com determinadas formas de consumo e sobre formas de responder à pressão de um grupo.

7ª SESSÃO- Afectos, sexualidade e Relações Interpessoais

Objectivos da Sessão:

Debate de ideias e opiniões sobre o tema, através de alguns pontos propostos:

Diferenças entre a amizade entre pessoas do mesmo género e a amizade entre pessoas de género diferente.

Violência entre pares e violência entre namorados;

Qual a influência dos afectos/percas afectivas no comportamento do jovem?;

Qual a pessoa (género feminino ou masculino) a recorrer para falar de assuntos pessoais (diferenças entre rapazes e raparigas)?;

Qual a diferença entre sexualidade e sexo?

Gravidez na adolescência, como evitar?

Transmissão por VIH, como acontece? Como evitar?

Realização de actividades de grupo com vista à reflexão, confronto de opiniões e criação de situações de representação de papéis (role playing):

Esclarecimento de dúvidas apresentadas por escrito de forma anónima por todos os alunos.

Relações interpessoais nos dois géneros

Para algumas raparigas do grupo, a amizade entre um rapaz e uma rapariga é mais "fácil" do que entre duas raparigas. Foram referidos desentendimentos relacionados com intrigas entre raparigas. Por outro lado a amizade entre raparigas, quando existe, parece ser mais próxima.

"Duas raparigas abraçam-se, dão beijinhos e andam de mão dada, os rapazes não." (Filipa)

Para conversar sobre assuntos íntimos

Em relação aos "desabafos", as raparigas preferem claramente falar sobre assuntos pessoais com pessoas do mesmo género por serem melhor compreendidas. Já os rapazes, dividem-se entre os que não sabem a quem recorrer, os que preferem um amigo e os que preferem uma amiga.

"As raparigas entendem e sabem dar a sua opinião" (Ana) "São mais compreensivas!" (Susana)

Violência nas relações interpessoais

Quando existem divergências entre amigos as reacções são diferentes quando se trata de rapazes ou raparigas: enquanto os rapazes partem mais frequentemente para a agressão física e esquecem facilmente o desentendimento, as raparigas

optam pela agressão verbal e o desentendimento pode durar bastante tempo.

“As raparigas chamam nomes umas às outras, deixam de se falar...”(Ana)

“Eles (os rapazes) aproveitam qualquer coisa começam logo à porrada.”(Daniel)

Quando se trata de namoros, os alunos não referem situações de agressão ou violência entre namorados.

Insucesso das Relações entre Sexos Opostos

Os participantes explicam o insucesso de algumas relações com a influência e pressão dos amigos, que não gostam da pessoa com quem o indivíduo pode iniciar ou manter uma relação (namoro ou amizade). A aparência e a incompatibilidade de personalidades também são apontados como impedimento ao começo ou manutenção de uma relação rapaz/rapariga.

Consequências dos afectos/percas afectivas

A tristeza e a irritabilidade são as principais consequências das percas afectivas apontadas pelo grupo. Foi também confirmado o impacto nos estudos e no rendimento escolar (p.e. diminui a atenção nas aulas) e na relação com os outros.”Uma pessoa anda desanimada e às vezes descarrega nos amigos”(Ana)

Sexo e Sexualidade

Os participantes referem que é raro discutir estes temas principalmente com familiares. No seio da família dos participantes, as conversas sobre sexualidade vão pouco mais além do que os aspectos práticos da menstruação nas raparigas e algumas mudanças nos rapazes (crescimento da barba e mudança de voz).

“Os pais não se sentem à vontade, então vão adiando, adiando este assuntos...”(Susana)

Métodos Contraceptivos

Os participantes estão relativamente bem informados acerca da existência dos vários métodos contraceptivos e do propósito da sua utilização. No entanto, foi necessário esclarecer que a pílula impede apenas a gravidez e não a transmissão por VIH. As informações sobre contracepção foram obtidas anteriormente no programa da disciplina de Ciências da Terra e da Vida.

Foi referido pelos participantes que”antes de uma rapariga ter a menstruação não se pode engravidar”no entanto foi necessário esclarecer bem esta situação e explicar que se está a falar da primeira menstruação e não de outra qualquer e referir a imprevisibilidade da mesma, pelo que é sempre necessária contracepção.

Aquisição de Contraceptivos

Os locais de aquisição são já quase todos conhecidos pelos participantes excepto no que respeita a hospitais e centros de saúde onde os podem adquirir gratuitamente. Reconhecem que algumas pessoas da sua idade podem sentir-se constrangidos a comprar contraceptivos contudo a maioria dos elementos do grupo não se envergonha de o fazer.

“Eu já comprei preservativos uma vez, para um amigo meu que tinha

vergonha”(Pedro)

“Não há motivo nenhum para ter vergonha, vergonha era não os usar!”(Ana)

VIH e outras Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST's)

A diferença entre VIH e SIDA não era clara pelo que foi esclarecida. Existia no grupo uma ideia generalizada acerca da aparência de um indivíduo seropositivo (mau aspecto, feridas, magreza etc) que teve de ser esclarecida já que um seropositivo pode parecer saudável e não estar ainda doente.

As únicas formas de transmissão conhecidas eram o contacto com sangue infectado e as relações sexuais. Havia ainda uma ideia errada de que as transfusões sanguíneas podem ser responsáveis pela transmissão de HIV. Desconheciam a transmissão de mãe para o feto e durante amamentação bem como a transmissão através de agulhas usadas para fazer furos, *piercings* e tatuagens. Foi ainda preciso explicar que duas pessoas não portadoras de VIH não contraem VIH ao terem relações uma com a outra.

O tema Afectos e Relações Interpessoais conseguiu a melhor apreciação dos alunos no que respeita ao interesse e utilidade, aspecto que se reflectiu não só no comportamento interessado dos alunos ao longo da sessão mas também na duração da mesma (cerca de 1 hora e 40 minutos).

Nesta sessão houve necessidade de proceder a vários esclarecimentos nomeadamente no que respeita à formas de transmissão de VIH e à diferença entre VIH e SIDA. Os alunos dizem sentir-se confiantes para contactar de forma saudável com indivíduos seropositivos.

Quanto à sexualidade, verifica-se que apesar de haver um conhecimento bastante bom sobre formas de contracepção e protecção face ao VIH, existem muitas dúvidas e receios face às relações sexuais principalmente entre as raparigas. Existe um receio de que os pais saibam alguns aspectos sobre a vida sexual das jovens.

A actividade de esclarecimento de dúvidas colocadas anonimamente e por escrito revelou a enorme necessidade que estes jovens têm de falar das suas inseguranças abertamente. Alguns participantes chegaram inclusivamente a pedir mais papel para escrever mais várias dúvidas.

De uma forma geral, presente-se uma grande curiosidade pelo debate sobre afectos e sexualidade e ao mesmo tempo um certo pudor.

8ª SESSÃO: Final

Objectivos da Sessão:

Definição conjunta do conceito de saúde na sua visão mais global (Actividade”Círculo da Saúde”);

Recolha de opiniões sobre o Programa realizado e sugestões para futuros programas para a promoção da saúde e bem-estar;

Avaliação do bem-estar através da Escala de Bem-estar Psicológico em Adolescentes, de Luísa Bizarro;

Entrega de certificados de participação no Programa de Promoção da Saúde.

A actividade "Círculo da Saúde" permitiu comprovar que todos os participantes associam o conceito de saúde a um estado de bem-estar que abrange aspectos como: uma alimentação equilibrada, um bom nível de higiene, a prática de actividade física, a ausência de consumos de substâncias prejudiciais, o respeito pela natureza, o bom relacionamento com os outros.

Desta forma, pode-se dizer que existe já a percepção de que todos estes comportamentos relacionados com o estilo de vida influenciam a saúde e o bem-estar, pelo que se torna proveitoso optar por alternativas mais positivas, mais saudáveis.

A entrega dos certificados gerou grande satisfação no grupo que fez uma apreciação bastante positiva do programa e referiu a importância da sua continuação.

Promoção da competência social em meio escolar

Margarida Gaspar de Matos & Equipa Técnica Multidisciplinar
Aventura social/ 2003-2004

Introdução

No ano de 2002 deu-se início a uma parceria entre o Projecto Aventura Social/Faculdade de Motricidade Humana, e a Junta de Freguesia de Santa Maria de Belém. Este trabalho começou com um estudo realizado na referida Freguesia sobre consumo de substâncias (tabaco, álcool e drogas), tendo sido a partir dele delineados três projectos diferentes para três populações-alvo: crianças, pais e idosos.

Este capítulo pretende apresentar a intervenção desenvolvida no âmbito do Projecto concretizado com crianças e jovens de duas escolas da Freguesia, no ano lectivo de 2003/2004.

Prevenção

Tem-se assistido a uma crescente preocupação pela prevenção. Tal facto é observável no dia-a-dia da nossa sociedade, com campanhas presentes nos diversos meios de comunicação social, com uma maior exposição e divulgação dos Planos Municipais de Prevenção, entre outros factores. A prevenção tem vindo a constituir uma estratégia de intervenção nas diversas áreas como a saúde, a escola, a família, os amigos e o trabalho, não só a nível nacional, como também nos diferentes continentes.

Por prevenção entende-se o conjunto de estratégias colocadas em prática, com o objectivo de evitar o surgir de situações ou problemas negativos para a pessoa e seu meio envolvente, tornando-se importante ter em consideração a sua personalidade (expectativas, motivações, crenças, etc.), assim como o apoio das pessoas e organizações da sociedade onde se insere. A conceptualização da prevenção tem-se caracterizado por duas terminologias, onde a mais clássica (Caplan, 1964) define: prevenção primária (a intervenção tem lugar antes do problema surgir, de forma a evitar o seu aparecimento); prevenção secundária (após o diagnóstico e com vista à sua solução, procura-se intervir o mais cedo possível); e prevenção terciária (procura-se que o problema não volte a aparecer). Na segunda conceptualização, são definidas por Gordon (1987) três fases: prevenção universal (concebida para a população em geral); prevenção selectiva (com o foco em grupos de maior risco relativamente à população em geral); e prevenção indicativa/precoce (definida para grupos de alto risco antes do aparecimento dos problemas, a partir de indicadores precoces).

Para alguns autores, como Moreira (2002), as duas tipologias acima descritas referem-se a situações diferentes, pelo que não é possível unificá-las numa só. A tipologia mais antiga define a altura na qual a intervenção decorre, quando considerado o momento em que o problema surge, enquanto a segunda caracteriza a prevenção de acordo com a sua população-alvo.

Não é possível falar de prevenção sem referir factores de risco e de protecção, que podem ser observados em diversos níveis da vida da pessoa, como o social, educacional, pessoal, familiar e relacional. Os factores de risco consistem nas características, quer do indivíduo, quer da sociedade, que se encontram ligadas a uma elevada probabilidade de um dano biológico/social, enquanto que os factores protectores, elementos internos e externos ao indivíduo, promovem o desenvolvimento de competências que diminuem as consequências do problema, contribuindo para uma menor probabilidade de problemas ou dificuldades (Munist et al., 1998). No entanto, ainda segundo estes autores, este contributo para a redução ou extinção do nível de risco deve ser considerado como um todo, ou seja, como uma dinâmica de um conjunto de factores protectores, pois a ocorrência de apenas um deles não implica que a situação de risco não ocorra.

Nesta relação entre os dois tipos de factores fala-se por vezes de resiliência. Para clarificar esta associação, é necessário definir a resiliência. Esta consiste num processo activo de inclusão e adaptação positiva a contextos negativos, sob a influência de duas condições críticas: (1) exposição significativa a situações adversas; e (2) realização de uma adaptação positiva. Assim, um factor protector também pode ser definido como uma característica que promove a resiliência numa situação de risco (Luthar et al., 2000). Sublinha-se assim a importância do conhecimento dos factores de risco e de protecção do indivíduo, de forma a dirigir com maior eficácia e especificidade da intervenção. Esta pode ter como objectivo geral diminuir os factores de risco através da promoção de factores protectores.

É possível então compreender a relevância da prevenção em diferentes áreas de intervenção, nomeadamente na promoção da saúde e na educação junto das nossas crianças e jovens, no sentido de garantir um melhor desenvolvimento pessoal e social, e uma melhor adaptação aos novos desafios diários do seu crescimento. Para uma prevenção eficaz é necessário o conhecimento de todos os factores envolvidos, potenciando assim uma melhor resposta.

Intervenção Comunitária

Quando se fala de intervenção, esta pode referir-se a diferentes tipos de estratégias, entre as quais se encontram as que focam a sua acção no indivíduo, num pequeno grupo ou nas organizações, sendo que esta última surge pela carência de uma reformulação social e de uma reorganização da própria sociedade, uma vez que se identificam dificuldades ao nível político (Sanchez &

Ochoa, 1988).

No que se refere à intervenção ao nível das organizações, nomeadamente escolas, hospitais, associações, instituições, entre outras, esta não pode incidir exclusivamente nos indivíduos, mas deverá incluir a formação pedagógica dos seus técnicos, nunca esquecendo a importância das relações interpessoais, do trabalho em grupo, e ainda da vivência pessoal como meio de compreensão e facilitador na intervenção (Ferra, 1992).

A intervenção comunitária surge então com o objectivo de aumentar a influência da intervenção, promovendo acções que visam não só o indivíduo, como todos os meios onde este está envolvido, conseguindo definir o todo que o constitui. A intervenção baseada unicamente no indivíduo pode revelar-se ineficaz, na medida em que por vezes é o meio que o influencia negativamente, logo pode constituir um problema à modificação do mesmo.

Educação para a Saúde na adolescência

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), desde o seu início, a **saúde** pode ser definida como um estado completo de bem-estar físico, social e mental, isto é, não tem apenas a ver com a ausência de doença. Portanto a saúde é aceite como algo pessoal, onde interfere a situação presente do indivíduo, assim como todo o seu passado intra e interpessoal.

A concretização de expectativas, a satisfação de necessidades, e a modificação do envolvimento são algumas competências que capacitam o indivíduo para conseguir um estado de bem-estar físico, psicológico e social, que define a saúde como um recurso para o quotidiano e não um objectivo a atingir na vida (OMS, 1986). A personalidade, a família, a cultura, a educação, são alguns dos factores a ter em consideração, de forma a atingir uma maior identidade das estratégias de intervenção com as características pessoais e sociais do indivíduo.

É possível então a conceptualização da **promoção da saúde** não só como uma forma de prevenção de doenças, como também num meio de dar ao indivíduo competências para proteger e manter a sua saúde (Matos et al., 2003).

As políticas de saúde, os aspectos sociais, o indivíduo e todo o seu ambiente familiar e interpessoal são algumas das características a considerar quando se tem de articular todas as vertentes que influenciam a intervenção ao nível da promoção da saúde. Esta, pelas suas características protocolares e dimensionais, pode revelar-se uma tarefa com algumas dificuldades.

Não é possível falar em promoção da saúde, sem referir a adopção de estilos saudáveis de vida. Estes são caracterizados por diversos factores, como os sentimentos, expectativas e motivações, não existindo por isso apenas um estilo saudável de vida. Na definição de diferentes estilos saudáveis de vida, também é necessário ter em atenção as características individuais, a sociedade, e pequenos

grupos de relacionamento interpessoal, a educação e a família.

A criação de apoios sociais, o desenvolvimento de competências pessoais, e o fortalecimento da acção comunitária, são algumas das estratégias de intervenção nomeadas pela OMS (1986), ao nível da promoção da saúde.

Surge então um conceito mais vasto, o da **educação para a saúde**. Este pretende responsabilizar o indivíduo pela sua saúde, dando-lhe a conhecer algumas estratégias que o tornam capaz de ser um elemento participativo na adopção de estilos saudáveis de vida, abrangendo também a promoção da saúde (Matos et al., 2003). Para tal, é necessário conhecer todo o envolvimento onde o indivíduo se relaciona e desenvolve, potenciando assim a realização de estratégias mais indicadas ao indivíduo.

Um estudo realizado por Frásquilho (1998) sobre as percepções dos adolescentes em relação aos comportamentos que consideram favoráveis à saúde, aqueles referiram o não consumir drogas, as qualidades pessoais, e os comportamentos pró-sociais. No que diz respeito aos comportamentos desfavoráveis para com a saúde, surgem o consumo de substâncias, os comportamentos anti-sociais, e o sexo inseguro.

Esta experiência única da adolescência encontra também, segundo Matos et al. (2000, 2003) e Matos, Gaspar, Vitória & Clemente (2003), algumas diferenças entre rapazes e raparigas no que concerne às reacções observadas nos desafios e dificuldades que surgem ao longo da adolescência. Isto porque os rapazes apresentam uma maior tendência para exteriorizar os seus comportamentos (pelos consumos, acidentes, entre outros), enquanto as raparigas demonstram uma maior frequência de comportamentos internalizantes (sintomas físicos de mal-estar, maior preocupação com o seu corpo e aparência, entre outros).

Família

Na literatura actual, é possível encontrar algumas referências ao impacto das relações intra-familiares em algumas esferas da vida do adolescente. Num estudo realizado por Field & Diego (2002), os adolescentes com pontuações elevadas nas relações com os pais demonstraram maior intimidade e contacto físico com os pais, mais tempo passado em família, maior frequência na presença de uma pessoa importante das suas vidas, melhores notas escolares, maior participação em actividades físicas e desporto, e um menor consumo de drogas. Este grupo de adolescentes, com maior qualidade de relação com os pais, apresentou um maior bem-estar e menores índices depressivos, assim como uma menor percepção de depressão parental. Noutro estudo efectuado por Oxford et al. (2001), os processos familiares pró-sociais (as regras parentais, a monitorização parental, e a ligação da criança aos pais) medidos directa e indirectamente, tiveram um impacto negativo no início do consumo de substâncias por volta dos 12/13 anos, e um

efeito indirecto no mesmo quando realizado através de grupos de risco. No entanto, os referidos processos familiares demonstraram ter ainda um papel importante na criança da escola primária.

A família apresenta à criança possíveis papéis sociais do seu futuro. É no seu seio que surgem as primeiras relações sociais. A forma como a família se adapta à vivência da adolescência pelo seu filho, tem um impacto acentuado nas relações intra-familiares, sendo também na família que surgem os primeiros padrões de comportamento. Assim se compreende que as boas relações familiares sejam necessárias para a adaptação do jovem nesta fase de desenvolvimento.

Pares

Para uma melhor compreensão da importância e influência do grupo de pares na adolescência, torna-se necessário referir dois temas: a aceitação ou rejeição social, e o sentido de pertença a um grupo. Estes dois conceitos estão relacionados, na medida em que o sentimento de pertença é influenciado pela aceitação ou não nesse mesmo grupo.

A literatura existente ainda não conseguiu categorizar todos os factores que explicam a aceitação ou rejeição social. No entanto, segundo Sprinthall & Collins (1988), a atracção física, os comportamentos de amizade, a socialização, a competência, e a capacidade para perceber as relações interpessoais, são apontados como facilitadores da integração num grupo. A rejeição social, ainda segundo o mesmo autor, pode surgir devido a comportamentos desviantes e atitudes negativas.

Os factores anteriormente referidos como indicadores da aceitação ou rejeição social são também relevantes para o sentimento de pertença a um grupo. A identificação da criança com um determinado grupo surge quando os seus interesses, motivações, necessidades, desejos e atitudes são semelhantes, e correspondem às expectativas do grupo, observando-se uma homogeneidade de comportamentos, que se não for respeitada, pode conduzir à exclusão do grupo.

É possível agora, e à luz do que foi anteriormente referido, colocar a questão de como reage a família à influência dos pares sobre o seu jovem? A vida do adolescente é rica no que se refere à oposição de valores, e atitudes parentais e dos colegas. Segundo Sprinthall & Collins (1988) a concordância entre pais e grupo de pares é muitas vezes superior à sua oposição, uma vez que os adolescentes são muitas vezes influenciados por ambos na mesma direcção.

A pressão de pares revelou ser um mito que ajuda os adultos a explicar os problemas dos jovens com problemas de comportamento, enquanto os adolescentes de risco indicaram que a adopção do comportamento, e percepções dos pares era uma estratégia consciente utilizada para fomentar o poder pessoal e social (Ungar, 2000).

Consumo de substâncias

Os efeitos do consumo esporádico e regular de substâncias como o tabaco, álcool e drogas, têm sido amplamente divulgados por diferentes meios, como campanhas de prevenção nas escolas, meios de comunicação social, consultas médicas, entre outras.

No que se refere ao consumo de álcool, este é maior não só nos rapazes quando comparados com as raparigas, como também nos jovens mais velhos (Matos et al., 2000). Este estudo nacional realizado em 2002 concluiu também que são os rapazes que experimentam mais cedo.

Também o consumo de drogas aparece novamente como mais elevado nos rapazes, e nos jovens mais velhos (Matos & Carvalhosa, 2003), com o querer experimentar, os amigos também consumirem e o sentir-se só, como os principais motivos para o consumo de drogas.

Num estudo de Matos, Gaspar, Vitória & Clemente (2003), o consumo regular de tabaco surge associado a problemas nos domínios relacionais, comportamentais e emocionais, uma vez que os jovens fumadores demonstram um maior afastamento da família e da escola, passando menos tempo com os colegas na escola e mais tempo fora da mesma. No que diz respeito ao domínio emocional, os jovens fumadores e os que afirmam já ter experimentado esta substância, mencionam mais sintomas de mal-estar físico e psicológico, apresentação de uma alimentação menos equilibrada, referem serem menos felizes, e afirmam um maior descontentamento com a sua imagem corporal. Segundo este mesmo estudo, tem sido verificado nos últimos anos, uma maior experimentação e consumo de tabaco por parte das raparigas.

É possível observar nos últimos anos uma crescente preocupação com as diferenças entre rapazes e raparigas, no que diz respeito aos hábitos de consumo de substâncias. No entanto, esta atitude não é extensível à diferenciação dos programas de prevenção e intervenção pelo género, ou seja, de uma forma global a eficácia dos programas é demonstrada, mas não é especificada para o género.

A Construção Cultural da Adolescência

Na cultura ocidental existem diferentes idades estabelecidas, nas quais a criança se vai tornando de alguma forma adulta, mas sem o ser completamente. No início da adolescência, aos 12 anos, o indivíduo já tem acesso a um maior número de filmes no cinema ou peças de teatro, pode viajar no banco da frente do automóvel, assim como já terá de pagar como um adulto alguns tipos de serviços. Mais tarde, por volta dos 16 ou 18 anos, de acordo com as leis de cada país, o adolescente pode tirar a carta de condução, deixa de ser abrangido pela lei do trabalho infantil, assim como já pode ser julgado como um adulto (CAGAP). No entanto, quando

considerados outros factores como a idade escolar ou o ser capaz de se sustentar, a idade não pode ser um factor denominador do estatuto de adulto, uma vez que uma rapariga de 14 anos já pode ter um filho, ou muitos indivíduos frequentam a escola durante mais anos, ou completam apenas a escolaridade mínima obrigatória (que em Portugal abrange até ao 9º ano, ou seja, 14 anos) seguindo depois para o mundo laboral, ou também quando consideramos que na nossa sociedade existe uma maior tendência para a independência dos pais cada vez mais tarde.

O projecto “Aventura Social”

O Projecto Aventura Social, teve o seu início no ano de 1987, tendo vindo a desenvolver desde então diversas investigações no âmbito da promoção da saúde e do comportamento social. Este projecto divide-se em três sub-projectos, dependendo população-alvo, tipo de intervenção, e âmbito de estudo: “Aventura Social e Risco”, “Aventura Social e Saúde” e “Aventura Social na Comunidade”. Inserido em todos os sub-projectos do “Aventura Social”, encontra-se a componente de formação de técnicos, ou seja, preparar outros profissionais para a intervenção na área das competências sociais.

Aventura Social e Risco

O Projecto “Aventura Social e Risco” orienta-se para a elaboração, implementação, e avaliação de programas de promoção de competências sociais, na área da delinquência, dos comportamentos de risco, da formação vocacional, da prevenção ao nível das escolas de intervenção prioritária, do ensino especial e dos hospitais. No âmbito deste enquadramento, já foram realizados alguns estudos em parceria, nomeadamente com o Centro de Estudos Judiciários e com o Instituto de Reinserção Social.

Aventura Social e Saúde

No âmbito do projecto Aventura Social e Saúde, está inserido o “Health Behaviour in School-aged Children”, um estudo sobre os comportamentos de saúde dos jovens em idade escolar, em colaboração com a Organização Mundial de Saúde. Este estudo é realizado de 4 em 4 anos, por uma rede europeia de profissionais da Saúde e da Educação. Tendo sido iniciado em 1982, Portugal é integrado, através da Equipa do Aventura Social/Faculdade de Motricidade Humana & Instituto de Higiene e Medicina Tropical, desde 1996, contando o referido estudo, neste momento, com a participação de 35 países.

No âmbito deste sub-projecto desenvolve-se mais recentemente o Kidscreen/ CE, para a avaliação da qualidade de vida em crianças dos 8 aos 15 anos, segundo estas e respectivos pais.

Aventura Social na Comunidade

O Projecto "Aventura Social na Comunidade", tem como objectivo a intervenção na comunidade, através das escolas de ensino regular, das juntas de freguesia e das câmaras municipais. São diferentes os objectivos que se podem encontrar neste Projecto.

Em 1997 surgiu, em parceria com o Gabinete de Prevenção da Toxicodependência da Câmara Municipal de Lisboa, um projecto no sentido da implementação do Programa de Promoção de Competências Pessoais e Sociais, assim como o da formação de formadores, ou seja, promover o trabalho de pares entre jovens.

Tem sido realizada, desde 1996 e em parceria com o Instituto de Apoio à Criança, a implementação de um Programa de Promoção de Competências Sociais em escolas do 1º ciclo e jardins-de-infância da Ajuda e Restelo. Este trabalho foi alargado a Instituições de Solidariedade Social no Conselho de Almada, no ano de 2002.

Foi estabelecida, em 1994, uma parceria com a Câmara Municipal de Almada/Departamento de Acção Sócio Cultural no sentido de ser concretizado um trabalho dirigido a pessoas com deficiência. Surgem assim os Programas "Special Ludus", "Dança & Gira" e "Aventur.Ar.Te", com os objectivos de promoção de experiências recreativas e de lazer, de competências pessoais e sociais na pessoa com deficiência, contribuindo assim para o desenvolvimento da sua autonomia, e de uma melhor qualidade de vida.

Um dos trabalhos mais recentemente desenvolvidos é a parceria com a Junta de Freguesia de Santa Maria de Belém, onde são abrangidas diferentes faixas etárias. Este Projecto teve início em 2002, com um estudo sobre consumo de substâncias realizado na Freguesia, e a partir do qual foram delineadas as três abordagens, dirigidas a diferentes faixas etárias : crianças, adolescentes, adultos e idosos.

Programas de Promoção de Competências Sociais

Segundo Kazdin & Buela-Casal (2001), é possível enumerar alguns dos factores que podem diferenciar os programas de prevenção. Entre estes encontram-se: os seus objectivos (tipo de prevenção); local onde é realizado; o grupo-alvo (grupos de risco ou população em geral). A definição de objectivos e metodologias mais específicos permite obtermos uma prevenção mais realista, conseguindo-se níveis superiores de eficácia da mesma.

No que se refere a programas para crianças e jovens no âmbito do trabalho em competências sociais, é possível encontrar-se inúmeras referências na literatura existente. No entanto, iremos apenas referir os que consideramos mais pertinentes para a Prevenção Primária da Toxicodependência em crianças entre os 8 e os 12 anos.

O Programa de Promoção de Competências Sociais (PPCS) tem como objectivo "...ajudar as crianças e adolescentes a desenvolverem capacidades

personais e relacionais, permitindo a cada individuo reflectir sobre o modo de se relacionar com os outros, encontrando alternativas adequadas a cada situação”(Matos, 1998). No PPCS pretende-se desenvolver competências que promovam a inserção social, bem como a harmonia com os outros, em cooperação; permitir às crianças e jovens nele envolvidos conhecerem melhor o seu próprio corpo, bem como as suas capacidades de relacionamento com os outros, promoção da descoberta de todo um novo conjunto de instrumentos importantes numa sociedade cada vez mais exigente.

O PPCS é definido por três conteúdos estruturais: a comunicação interpessoal, a solução de problemas e gestão de conflitos, e capacidades sociais e assertividade.

Conteúdos do programa

Comunicação Interpessoal

A Comunicação Interpessoal define a forma como nos relacionamos com os outros. Nesta relação é necessário ter em atenção alguns aspectos importantes, como a estima por nós próprios, o saber escutar, o espaço interpessoal, a postura, a expressão facial, a voz, e o saber fazer uma pergunta. Os aspectos mencionados podem ser inseridos em três categorias: a *comunicação não-verbal* (que engloba a postura, os gestos, a expressão facial – desde o sorriso ao contacto visual –, e o espaço interpessoal – íntimo, social e grupal ou comunitário); a *comunicação verbal*; e a *comunicação para-verbal* (que inclui o tom e volume da voz, o ritmo, a fluidez do discurso).

Solução de Problemas

A Solução de Problemas aborda uma metodologia que envolve seis passos simples, essenciais na resolução de problemas, quer do quotidiano, quer pessoais. Assim, quando surge um problema, torna-se importante *parar e pensar* no mesmo, de forma a perceber a sua origem ou causa. De seguida, deve-se *procurar* diferentes *alternativas* para a sua solução, assim como antecipar as *consequências* de cada uma, isto é, o que pode suceder quando são colocadas em prática. Torna-se então possível, depois de reunir esta informação, *escolher* a alternativa que é eleita como a mais apropriada, para que as consequências sejam do interesse do indivíduo e dos outros. Por fim, é a altura de *agir*. É aconselhado, depois de posta em prática a alternativa seleccionada, realizar uma *avaliação* dos resultados obtidos.

Assertividade

A Assertividade, a terceira componente do PPCS, pode ser definida como a capacidade de, respeitando os nossos direitos e os dos outros, conseguir transmitir a nossa opinião, os nossos sentimentos e pensamentos, mesmo quando não vão de encontro ao consenso do outro ou do grupo. Esta noção implica ainda não só a capacidade de dizer não, mas também a de expressão de sentimentos. No PPCS

são definidas três formas de expressão principais: *assertiva* (quando o indivíduo, numa situação complicada, consegue expressar as suas emoções e sentimentos tendo em atenção os seus direitos e os dos outros); *passiva* (o indivíduo, numa situação difícil, não consegue fazer valer os seus direitos e opinião de forma assertiva, optando pelo isolamento ou pela aceitação do que lhe é dito); e *agressiva* (quando o indivíduo, numa situação hostil, faz valer a sua opinião, sem ter em conta os direitos dos outros, utilizando para isso a violência, um tom de voz alto, mesmo quando tem a razão do seu lado). A Assertividade é uma competência fundamental na capacidade de negociar. Esta contempla o saber ouvir o outro, expressar a nossa opinião e chegar a um acordo benéfico para todos.

Aplicações Práticas no âmbito do Aventura Social (1987 –2005)

Programa de Promoção de Competências Sociais – crianças e adolescentes (Matos, 1998)

OBJECTIVOS – OBJECTIVOS – Desenvolver competências ao nível da comunicação interpessoal, nomeadamente a comunicação verbal e não-verbal; da identificação e resolução de problemas; e da identificação dos diferentes tipos de interação relacionais e sua adequação a diversas situações do quotidiano. Generalização dos conhecimentos adquiridos para situações práticas do quotidiano. Avaliar o impacto do programa de promoção de competências sociais na redução dos problemas interpessoais no ambiente escolar, assim como na auto-estima, depressão e assertividade.

POPULAÇÃO-ALVO – Crianças dos 8-10 anos e adolescentes entre os 13 e os 15 anos.

METODOLOGIA – 12 Sessões semanais de noventa minutos, durante 4 meses.

AVALIAÇÃO –A avaliação realizada às crianças e jovens que participaram no programa e a outros que não estiveram sujeitos ao mesmo, antes e depois da intervenção, consistiu na aplicação da Escala de Autoconceito de Piers & Harris, do Inventário de Auto-avaliação de Dificuldades de Comportamento Social de Spence, e do Questionário de Auto-avaliação de Progressos de Matos. Os resultados obtidos sugerem uma evolução positiva entre os dois momentos de avaliação, mais acentuada nas crianças do que nos adolescentes, mais acentuada nos grupos que participaram no programa, e mais acentuada nos jovens com tendência à inibição ou à agressividade. Num questionário preenchido pelos pais dos jovens que aderiram ao programa, um ano depois da intervenção, aqueles referiram uma imagem positiva das suas percepções de mudanças nos filhos. Os jovens, a partir de uma avaliação global do programa, afirmaram que gostaram de frequentar o programa e que falavam do mesmo em casa.

Aventura Social e Risco – CERCIZIMBRA (Simões & Matos, 1999)

OBJECTIVOS – Reconhecimento e análise dos diferentes comportamentos verbais e não verbais. Identificação e reflexão sobre as vantagens e problemas de diferentes tipos relacionais (assertivo, agressivo e passivo). Aprender um método de abordar problemas. Aplicação das competências aprendidas a contextos reais.

POPULAÇÃO-ALVO – Jovens com deficiência mental, entre os 16 e os 29 anos, em formação profissional.

METODOLOGIA – Doze sessões de 90 minutos, com frequência semanal e quinzenal para os jovens, assim como sessões para os técnicos e monitores da instituição.

AVALIAÇÃO – A avaliação pré e pós-intervenção foi promovida através de uma ficha de auto-avaliação; da ficha de avaliação dos progressos do formando pelo monitor; e da Checklist de Aprendizagem estruturada de Competências Sociais de Goldstein. Os resultados demonstraram aprendizagens ao nível de algumas competências sociais (com os índices mais elevados ao nível da comunicação interpessoal), assim como algumas mudanças de comportamento, através da estabilidade ou diminuição de comportamentos negativos, e melhorias nos positivos.

Aventura Social e Risco – Menores tutelados na comunidade (Matos et al., 2000)

OBJECTIVOS – Desenvolver a comunicação interpessoal verbal e não-verbal. Identificar situações-problema e gestão de conflitos. Conhecer e desenvolver competências sociais simples e a assertividade.

POPULAÇÃO-ALVO – Jovens entre os 14 e os 16 anos, do Instituto de Reinserção Social, com comportamentos desviantes.

METODOLOGIA – Sessões semanais de 90 minutos durante um ano lectivo, realizadas nas instalações da Faculdade de Motricidade Humana. As estratégias utilizadas englobam actividades lúdicas e discussão em grupo, assim como algumas sessões diferentes (jantar com os pais, saídas ao exterior e festa final).

AVALIAÇÃO – Na avaliação foram utilizados os seguintes instrumentos: Perfil de Estados de Humor de McNair e col.; Estratégias de *Coping* de Folkman e Lazarus; Escala AQ de Buss & Perry; Escala de Ajustamento Social de Matos et al.. A avaliação contínua foi realizada através da Grelha de avaliação diária (técnicos), e da Auto-avaliação (jovens). Os resultados globais referem um pequeno, mas consistente, aumento do comportamento social dos jovens nas sessões, assim como uma avaliação positiva da sessão gradual feita pelos jovens.

Aventura Social na Comunidade – Instituto de Apoio à Criança (Simões & Matos, 2001)

OBJECTIVOS – Promoção de competências pessoais e sociais, através do desenvolvimento de capacidades ao nível da comunicação interpessoal, da resolução de problemas e da assertividade.

POPULAÇÃO-ALVO – Crianças em idade escolar, dos 1º e 2º ciclos.

METODOLOGIA – Durante o ano lectivo, foram promovidas sessões semanais em diferentes escolas de abrangência do Instituto de Apoio à Criança, onde eram desenvolvidos os conteúdos do programa de Matos (1998).

AVALIAÇÃO – A avaliação foi realizada através da Escala de Ajustamento Social de Matos et al., e da Ficha de Avaliação do Programa de Promoção de Competências Sociais de Matos et al. De uma forma global, as diferentes intervenções realizadas referem resultados positivos na mudança de comportamentos das crianças, assim como na aprendizagem de conteúdos.

Aventura Social na Comunidade – Gabinete de Prevenção da Toxicodependência/CML (Matos et al., 2002)

OBJECTIVOS – Desenvolver nos jovens competências pessoais e sociais, que contribuem para a escolha, promoção e permissão de escolhas saudáveis ao nível dos estilos de vida. Promover o trabalho de pares entre os jovens.

POPULAÇÃO-ALVO – Jovens residentes em bairros vulneráveis ao consumo de drogas, do concelho de Lisboa.

METODOLOGIA – O Programa abrangia o trabalho de pares, pelo que, nos três primeiros anos, a formação dos jovens contemplou não só o treino de competências e a vivência de situações, como também o trabalho com crianças. Após este período de formação, os jovens foram trabalhar com outros jovens.

AVALIAÇÃO – A avaliação qualitativa foi obtida através da experiência relatada pelos jovens que participaram no Programa. As principais motivações para participarem no mesmo foram o gostar de trabalhar com outros jovens, e que o programa satisfazia uma necessidade pessoal de ajudar outros na comunidade. Os jovens acharam o programa útil, e referiram também que gostariam de continuar a participar. Entre as aprendizagens mencionadas pelos jovens encontram-se a comunicação corporal, o dar e defender opiniões, o pedir ajuda quando estão com problemas, a identificação e resolução de problemas. Os jovens disseram ainda que se sentiam mais confiantes, mais felizes, menos tímidos e confusos.

Outros Programas

Life Competências Training Program – LST (Botvin et al., 2003)

OBJECTIVOS – Promoção de competências e prevenção de consumo de substâncias, tendo sido delineado para se centrar nos factores sociais e psicológicos promotores do consumo/abuso de substâncias, através do desenvolvimento de competências de resistência à pressão social (pares) para

fumar, beber álcool ou usar drogas; de uma maior auto-estima, auto-confiança e auto-competência; da possibilidade que é dada à criança de conviver eficazmente com a ansiedade social; e do aumento do seu conhecimento sobre as consequências imediatas do consumo de substâncias.

POPULAÇÃO-ALVO – Crianças e jovens entre os 10 e os 16 anos.

METODOLOGIA – Sessões semanais ou mais de uma vez por semana, dependendo do tempo disponível. Para cada módulo do programa é dado o número de sessões recomendado. É aconselhado que seja obtido o apoio dos pais, de forma a terem um papel mais activo, assim como a formação dos professores que irão aplicar o programa no contexto de sala de aula.

AVALIAÇÃO – São dadas algumas linhas de orientação, sendo referida a avaliação do processo de forma a perceber se o programa foi bem implementado, a avaliação pré e pós intervenção sobre o uso de substâncias (tabaco, álcool e drogas), assim como a importância de ter um grupo de controlo. Os estudos de avaliação deste programa, realizados nos últimos 10 anos, têm mostrado que o LST é eficaz na redução do uso de tabaco, álcool e marijuana. No entanto, os autores consideram que é preciso continuar a investigação, no sentido de perceber a sua eficácia a longo prazo, assim como a possibilidade de ser aplicado a outras populações e outros problemas de comportamento.

STAR– Students Taught Awareness & Resistance (Pentz, 2004)

OBJECTIVOS – Promoção da resistência ao uso de substâncias e competências de oposição pelos adolescentes (treino directo de competências); práticas de prevenção e apoio das práticas do adolescente pelos pais e outros adultos que se esperam constituírem modelos para o adolescente (treino indirecto de competências); e promoção e apoio de normas sociais de não utilização de drogas, e expectativas da comunidade (apoio ambiental).

POPULAÇÃO-ALVO – Escolas, Pais e Comunidade.

METODOLOGIA – As competências focadas no programa são inicialmente aprendidas na escola e depois reforçadas através dos pais, meios de comunicação social e estruturas organizacionais da comunidade, através de técnicas dinâmicas de aprendizagem social (como os modelos, o *role playing* e discussão) na escola; trabalhos de casa com o objectivo de envolver os membros da família; de uma comissão de pais que se reúne para rever as políticas relativas à droga nas escolas; e um treino de comunicação entre pais e filhos.

AVALIAÇÃO – Os resultados comparativos entre o grupo experimental e de controlo, demonstraram uma redução de cerca de 40% no consumo diário de tabaco, uma diminuição semelhante no uso de marijuana, e pequenas reduções no consumo de álcool, que se mantiveram até ao 12º ano. O estudo demonstrou ainda que a comunicação entre pais e filhos sobre o uso de drogas aumentou, assim

como que o programa funcionou como agente facilitador do desenvolvimento de projectos, actividades e serviços na comunidade.

Seattle Social Development Project (Hawkins & Catalano, 2004)

OBJECTIVOS – Programa de prevenção universal escolar que pretende formar os professores para a gestão activa da sala de aula, através de estratégias de ensino interactivas e da aprendizagem cooperativa; desenvolver nos pais competências de gestão familiar; bem como promover oportunidades, competências e reforços para o envolvimento pró-social da criança nos ambientes escolar e familiar, desenvolvendo assim os seus laços com a escola e família, e o seu comprometimento para a não utilização de drogas.

POPULAÇÃO-ALVO – Professores e Pais de crianças do 1º ao 6º ano de escolaridade.

METODOLOGIA – Os professores recebem formação em três grandes áreas: gestão pró-activa da sala de aula, ensino interactivo, e aprendizagem cooperativa. Os professores do 1º ano de escolaridade tinham ainda uma componente extra na sua formação relativamente a dar aos seus alunos instruções cognitivas de resolução de problemas. Os pais, em regime de voluntariado, assistiam a *workshops* promovidos por técnicos do projecto em colaboração com outras associações de pais. Os professores eram ainda observados em sala de aula, obtendo posteriormente o feedback sobre a forma como utilizaram as estratégias. Este era dado por técnicos do projecto e elementos da escola.

AVALIAÇÃO – A avaliação foi constituída por um questionário realizado aos alunos que transitaram para o 5º ano, quatro anos depois do início do projecto. Este questionário abordou questões nos seguintes domínios: percepção de oportunidades, competências, recompensas na família e na escola; interacção com os pares; e problemas de comportamento, incluindo comportamento disruptivo e consumo de substâncias. Os resultados sugerem que as intervenções familiares contribuíram para uma melhoria ao nível da gestão, envolvimento e comunicação familiar, quando comparados com o grupo de controlo. Não foram encontradas diferenças significativas no que diz respeito ao impacto das técnicas de intervenção utilizadas pelos professores na sala de aula. Outra conclusão presente neste estudo indica que o estreitamento das ligações entre a escola e a família, pode reduzir a delinquência e a experimentação de drogas.

PeaceBuilders, Prevention Program (Flannery et al., 2003)

OBJECTIVOS – Programa escolar de prevenção universal da violência que pretende promover alterações no ambiente escolar pelo ensino de regras, e actividades simples com o objectivo de melhorar a competência social das crianças, e reduzir o comportamento agressivo, abrangendo alunos, pessoal docente e auxiliar.

POPULAÇÃO-ALVO – Crianças da escola primária.

METODOLOGIA – O programa é implementado por todos os presentes na escola, desde o professor até ao auxiliar. A intervenção contempla actividades que podem ser realizadas diariamente pelos professores ou auxiliares, não existindo sessões definidas, mas sim estratégias com as quais se procura promover alterações no meio ambiente, de forma a retirar os elementos que possam despoletar comportamentos disruptivos.

AVALIAÇÃO – Os instrumentos utilizados foram: Escala do Comportamento Agressivo do Formulário do Professor de Achenbach; Auto-avaliação do Comportamento Agressivo; Escala de Competências Sociais e Ajustamento Escolar de Walker et al.; Auto-avaliação do Comportamento Pró-social; Auto-avaliação do Comportamento "Peace Builder"; Avaliação pelo Professor da formação dada para a implementação do programa; e Avaliação pelo Professor do acesso e utilização dos materiais do programa. Os resultados da avaliação demonstraram efeitos do programa no aumento de competências sociais, e no decréscimo de relatos feitos pelos professores de comportamentos agressivos dos alunos, quando comparados com os grupos de controlo, e após um ano de intervenção. Estes efeitos mantiveram-se no segundo ano de intervenção.

Crescer a Brincar (Moreira, 2002)

OBJECTIVOS – Programa de prevenção primária da toxicodependência onde se pretende que as crianças sejam acompanhadas no desenvolvimento de competências sociais e pessoais necessárias para a resistência ao consumo de substâncias, promovendo a individualidade de cada uma no seio da sua própria comunidade, ou seja, uma aprendizagem dinâmica que tem em consideração as características pessoais e ambientais da criança, permitindo um desenvolvimento adequado a essas mesmas características.

POPULAÇÃO-ALVO – Crianças entre os 8 e os 12 anos.

METODOLOGIA – O programa inclui também uma vertente para pais e professores, que decorre em simultâneo com a intervenção junto das crianças, embora com menos frequência. As actividades podem ser individuais ou em grupo, não devendo exceder neste caso os 20 indivíduos.

AVALIAÇÃO – A avaliação pré e pós intervenção foi realizada através de uma escala de medição de estilos de comunicação (CABS), uma escala de depressão (CDI), uma escala de auto-conceito e auto-estima (SPPC), e de uma banda desenhada. Os resultados obtidos indicam melhorias significativas a diferentes níveis, como da pressão de pares, resolução de problemas, depressão, auto-estima, auto-conceito, e dos estilos de comunicação.

More Than Meets the Eye– MTME (Aboud & Fenwick, 1999)

OBJECTIVOS – Diminuir o preconceito pelo desenvolvimento de competências pessoais, através da valorização de qualidades individuais, e não no aspecto exterior das pessoas.

POPULAÇÃO-ALVO – crianças pré adolescentes.

METODOLOGIA – Prevê onze actividades, que podem ser realizadas com a periodicidade de uma ou duas vezes por semana, que incluem discussão em grupo, resolução de problemas interpessoais, e trabalho individual. As actividades são implementadas pelo professor na sala de aula, tendo como referência um manual.

AVALIAÇÃO – As atitudes face a grupos raciais foram medidas pelo instrumento "Atitudes Raciais" de Doyle & Aboud. No que diz respeito à percepção das diferenças individuais entre pessoas de um mesmo grupo racial, esta foi avaliada através dos julgamentos das crianças em relação ao conjunto de 12 pares de fotografias de indivíduos da mesma raça. Os resultados obtidos pelo programa demonstraram diferenças significativas entre o grupo experimental e o de controlo. Isto porque, os alunos do grupo de controlo mantiveram os seus níveis de preconceito iniciais, enquanto que os alunos do grupo experimental obtiveram valores mais baixos, observando-se mesmo uma redução no preconceito daqueles referidos como tendo níveis mais altos.

Going for the Goal– GOAL (Dias et al., 2001)

OBJECTIVOS – Promoção de competências pessoais e sociais, que desenvolvam a resiliência nos adolescentes, para que possam aprender estratégias para planear o seu futuro e para a tomada de decisões, assim como a recorrerem à ajuda dos outros quando for necessário.

POPULAÇÃO-ALVO – Crianças e adolescentes entre os 10 e os 14 anos.

METODOLOGIA – 10 sessões de uma hora cada, onde são desenvolvidas competências psicológicas e de vida, importantes em diferentes cenários dos jovens. A intervenção decorre em meio escolar.

AVALIAÇÃO – São dadas algumas indicações para a realização de uma avaliação do processo de implementação, assim como da avaliação pré e pós intervenção, mas como sendo parte da intervenção, e não uma metodologia aplicada antes e depois da mesma. No que concerne aos resultados obtidos por este programa, estes referem maior sucesso escolar e um menor envolvimento em comportamentos de risco e agressivos.

I Can Problem Solve– ICPS (Shure & Spivack, 1995)

OBJECTIVOS – Ajudar as crianças a pensar por si mesmas, focando-se no processo e não na solução, dando estratégias e não soluções, ajudando a encontrar respostas e não ensinando-as apenas.

POPULAÇÃO-ALVO – Este programa pode ser utilizado em diferentes grupos

etários, embora se pretenda que seja iniciado o mais precoce possível, mas tendo sempre em conta as capacidades de compreensão de alguns conceitos por parte das crianças.

METODOLOGIA – O programa está organizado em três componentes principais divididas em sessões diárias: linguagem, pensamento e prestar atenção (entre 10 a 12 sessões); identificação e reconhecimento de sentimentos em si e no outro (cerca de 20 sessões); e resolução de problemas (cerca de 15 sessões).

AVALIAÇÃO – A avaliação foi realizada através do Teste de Resolução de Problemas Interpessoais de Shure & Spivack; do Teste "O que acontece no próximo jogo" de Shure & Spivack; e da Escala de Comportamento na Pré-primária de Hahnemann. Os resultados evidenciam, quando comparados com o grupo de controlo, que as crianças têm maior facilidade em dar soluções mais pertinentes, e suas consequências para problemas hipotéticos, e que um ano de intervenção foi suficiente para se observarem melhorias no comportamento e nas competências do programa. Os autores referem ainda que os resultados apontam para que as competências do ICPS são mediadoras significativas de comportamentos observáveis.

Assertivness-Training Program – AT (Rotheram-Borus, 1995)

OBJECTIVO – Programa de prevenção primária onde se pretende aumentar o número de atitudes assertivas e diminuir os comportamentos disruptivos, e ainda observar os seus efeitos junto dos pares, e na concretização de objectivos.

POPULAÇÃO-ALVO – Crianças nos 4º e 5º anos escolares.

METODOLOGIA – Sessões bissemanais de uma hora, durante 12 a 20 semanas. O AT encontra-se estruturado em sete componentes, entre as quais se encontram a definição, identificação e diferenciação de comportamentos passivos, assertivos e agressivos; o controlo da agressividade, ou aceitar uma resposta negativa. A sessão tipo contempla três fases: a apresentação didáctica da competência ou conteúdo; *role playing* e feedback.

AVALIAÇÃO – A avaliação incidiu sobre competências de Resolução de Problemas, a modificação comportamental, e a auto-estima. Quando comparadas ao grupo de controlo, as crianças sujeitas ao programa demonstraram maior capacidade em nomear alternativas de resolução mais assertivas, assim como conseguiram atingir melhor os seus objectivos escolares. Relativamente a mudanças comportamentais, as crianças do grupo experimental foram referidas como melhor comportadas e como tendo níveis de sucesso mais elevados pelos professores. No que se refere à auto-estima, não foram encontradas diferenças significativas.

School Transitional Environment Program – STEP (Felner & Adan, 1995)

OBJECTIVOS – Ajudar as crianças e jovens na sua transição para novos ambientes escolares, evitando a ocorrência de mudanças negativas.

POPULAÇÃO-ALVO – Programa mais direccionado para os alunos com maior prevalência de factores de risco, como o baixo nível sócio-económico, falta de apoio familiar ou menos competências de vidas, entre outros.

METODOLOGIA – São três as componentes que o STEP define como estratégias de intervenção: reorganização do sistema social escolar, através da manutenção de uma rede de apoio de pares incluindo outros alunos do programa, da continuação da turma na nova escola, e da proximidade das turmas de alunos do STEP; distribuição dos alunos por "casas" onde existe em cada uma um professor responsável, com o objectivo de ser o primeiro elo de ligação entre os alunos, os pais e a escola; e a formação dos professores, ao nível de competências de aconselhamento e de actividades de grupo.

AVALIAÇÃO – Avaliação pré e pós-intervenção dos alunos, reuniões de equipa ocasionais, e avaliação do processo de intervenção. Os resultados demonstram que o programa cumpriu um dos seus objectivos, o de evitar mudanças negativas, pois os jovens do grupo experimental não reportaram menor performance académica, nem valores mais baixos de auto-conceito. Os alunos do programa, quando comparados com os do grupo de controlo, percebiam o ambiente escolar como mais estável, assim como sentiam um maior apoio dos professores e dos auxiliares.

Linking the Interests of Families and Teachers Program – LIFT (Eddy et al., 2000)

OBJECTIVOS – Modificar comportamentos que são identificados como sendo percursos da delinquência e dos comportamentos agressivos na adolescência, e reduzir comportamentos como a oposição, o desafiar e a inadequação social da criança, assim como no que diz respeito à disciplina e monitorização pelos pais

POPULAÇÃO-ALVO – Crianças e seus pais.

METODOLOGIA – São definidas três grandes componentes neste programa: a promoção de competências sociais, e de resolução de problemas em contexto de sala de aula; a modificação de comportamentos no espaço de recreio; e o treino dos pais, em grupo.

AVALIAÇÃO – A avaliação foi realizada através do preenchimento de questionários pelas crianças, pais e professores; da recolha de registos escolares; da observação das crianças na sala de aula e no recreio, e das interacções familiares durante discussões de resolução de problemas. Os resultados mostram que o programa diminuiu a frequência de problemas de comportamento e de comportamentos anti-sociais, quando comparados os participantes com o grupo de controlo. O estudo demonstrou ainda que se observaram mudanças nas crianças e

suas famílias, uma vez que o programa teve um impacto significativo a três níveis: agressividade para com os colegas no recreio, comportamento agressivo dos pais durante discussões familiares de resolução de problemas, e as impressões dos professores relativamente aos comportamentos positivos para com os colegas.

Second Step Program (Frey et al., 2000)

OBJECTIVOS – Programa de prevenção primária que procura reduzir os problemas sociais, emocionais e comportamentais, assim como promover o desenvolvimento de competências como a empatia, resolução de problemas e gestão de conflitos.

POPULAÇÃO-ALVO – Crianças e jovens com e sem problemas de comportamento.

METODOLOGIA – Três vertentes: sessões duas vezes por semana com as crianças na sala de aula; formação dos professores e auxiliares; e estratégias de intervenção para professores.

AVALIAÇÃO – Avaliação pré e pós intervenção e avaliação de processo pelos professores. Os resultados apoiam que o programa pode reduzir eficazmente a agressão física, mudar atitudes que conduzem à agressão, e aumentar a interacção social entre os alunos.

Be a Star Program (Pierce & Shields, 1998)

OBJECTIVOS – Promoção de competências interpessoais e de tomada de decisão. Melhorar a consciência cultural e a auto-estima. Aumentar os comportamentos desfavoráveis ao consumo de álcool e drogas.

POPULAÇÃO-ALVO – Crianças entre os 5 e 12 anos.

METODOLOGIA – Foram realizados diferentes encontros com grupo onde eram abordados temas como: fazer novos amigos e escolhas, como os meus amigos e as outras pessoas me fazem sentir, como eu me integro num grupo, escolhas que posso fazer, o que eu quero ser, sentir-me bem com as minhas escolhas, o que me torna importante, ter orgulho do sucesso dos outros, ser capaz de amar a mim próprio, alerta para as drogas, e culturas diferentes.

AVALIAÇÃO – Foi utilizada a "Revised Individual Protective Factors Index scale". No final do terceiro ano de projecto, os resultados demonstram que os alunos que participaram no programa tiveram resultados melhores em domínios considerados importantes para a prevenção do consumo de substâncias.

Aventura Social na Comunidade/JF Stª Maria de Belém

Metodologia

Este estudo tem como principais objectivos avaliação de um programa de prevenção primária da toxicod dependência junto de crianças em idade escolar, através da promoção de competências pessoais e sociais que as capacitem para a tomada de decisões, escolha de alternativas adequadas, e gestão de conflitos.

Os dados a seguir descritos são referentes aos resultados obtidos pelos grupos de intervenção e de controlo, assim como à intervenção realizada no âmbito do Projecto.

Amostra

Participaram no estudo um total de 182 alunos e 10 professores de uma escola do primeiro ciclo e de uma escola do segundo e terceiro ciclos pertencentes à Junta de Freguesia de Santa Maria de Belém. Os alunos tinham idades compreendidas entre os 8 e os 15 anos, na sua maioria do género masculino.

Procedimento

Grupo do Programa

O grupo que seguiu o Programa (GP) foi constituído por 50 alunos de duas escolas da Freguesia..O GP tinha uma idade média de 10 anos e contou com 32% de raparigas e 68% de rapazes.

O Programa de Promoção de Competências Sociais (PPCS) levado a cabo neste projecto, foi adaptado do Programa elaborado por Matos (1998), do qual foram seleccionados alguns dos conteúdos: comunicação interpessoal e gestão de emoções/resolução de problemas (inicial); competências sociais e gestão de emoções/resolução de problemas (avançada); e *role playing* (ver anexo 1).

Foram realizadas um total de 23 sessões, entre sessões regulares de uma hora, que decorreram no contexto de sala de aula, e sessões extra, com ocupação de espaços diferentes. A participação neste projecto foi definida com as professoras, e teve carácter voluntário. As sessões regulares tiveram a seguinte estrutura:

Diálogo inicial – espaço onde é relembrada e revista a sessão anterior, e também onde se pode contar ao grupo episódios importantes que tenham acontecido durante a semana;

Actividade de quebra-gelo ou cooperação – são propostas actividades para promover o conhecimento entre os participantes, o trabalho em equipa, a coesão de grupo para a concretização de objectivos comuns;

Actividade de conteúdo – onde são propostas situações relacionadas com os conteúdos específicos a desenvolver;

Diálogo final – espaço de diálogo onde se reflecte sobre as actividades realizadas.

Foram também realizadas algumas sessões extra em termos de estrutura e contexto, com o objectivo de promover contextos reais onde os participantes poderiam aplicar e desenvolver as competências abordadas nas sessões semanais, assim como promover o trabalho em grupo.

A avaliação inicial foi realizada entre a segunda e quinta sessões, devido à sua extensão, tendo a primeira sessão utilizada para conhecimento dos grupos.

A avaliação final foi realizada em duas sessões (vigésima sexta e vigésima sétima), tendo contado ainda com um questionário preenchido pelos professores e coordenadores do Projecto.

Grupo "Em Espera"

O grupo "em espera" (GE) foi constituído por 132 alunos, onde 56,8% eram rapazes e 43,2% raparigas. A idade média do GE era de 10 anos.

Os alunos e professores do grupo "em espera" participaram em dois momentos distintos, com o preenchimento do protocolo de avaliação do Projecto, que coincidiram com as fases de avaliação inicial e final do grupo que seguiu o programa

Instrumentos

No questionário utilizado na avaliação inicial e final preenchido pelos alunos, foram incluídas as seguintes questões:

Demográficas. Foram questionados sobre o nome, a idade, o ano de escolaridade e a escola frequentada.

Escala de atitudes face à autoridade institucional. As atitudes foram avaliadas através dos 13 itens traduzidos e adaptados por Pereira & Pires (1999) do questionário original de Rubini e Palmonari. Os sujeitos eram confrontados com situações como "É justo transgredir a lei se não prejudicar ninguém", em que as opções de resposta variavam de 1 (completamente em desacordo) a 5 (completamente de acordo). Esta escala divide-se em três sub-escalas: Positividade face ao Sistema Legal e à Autoridade Escolar, Deveres/Transgressões face à Autoridade Institucional, e Parcialidade da Autoridade Legal.

Escala de *coping* para adolescentes. As estratégias de *coping* foram avaliadas através de 16 itens traduzidos e adaptados por Barrón et al. (2002) das Escalas de Afrontamiento para Adolescentes de Frydenberg & Lewis e da Escala de Bemestar Psicológico de Casullo & Castro. Os sujeitos eram confrontados com situações como "Concentras-te na resolução dos problemas", em que as opções de resposta variavam de 1 (nunca) a 5 (sempre). Esta escala divide-se em três sub-escalas tendo sido usadas as sub-escalas – *Coping* dirigido à resolução de Problemas e *Coping* dirigido aos outros.

Escala revista da ansiedade manifesta na criança – RCMAS. A ansiedade foi avaliada através dos 37 itens traduzidos e adaptados (Martins, 2000) da Revised Children's Manifest Anxiety Scale de Reynolds & Richmond. Os sujeitos eram confrontados com situações como "Eu tenho dificuldades em decidir-me", em que as opções de resposta variavam entre sim ou não. Esta escala divide-se em quatro sub-escalas: Ansiedade Fisiológica, Preocupação/Hipersensibilidade, Preocupação

Social/Concentração e Mentira.

Escala de avaliação do auto-conceito de competência. O auto-conceito de competência foi avaliado através dos 18 itens traduzidos e adaptados por Faria & Lima Santos (1996) do questionário original de Rätty e Snellman. Os sujeitos eram confrontados com situações como "Tenho em consideração os outros", em que as opções de resposta variavam de 1 (não tenho mesmo nada) a 5 (tenho mesmo muito). Esta escala divide-se em três sub-escalas Resolução de Problemas, Cooperação Social, e Assertividade Social.

Escala de avaliação subjectiva da escola. A avaliação subjectiva da escola foi avaliada através dos 20 itens traduzidos e adaptados por Pereira & Pires (1999) do questionário original de Rubini e Palmonari. Os sujeitos eram confrontados com situações como "É-me difícil respeitar algumas regras da escola", em que as opções de resposta variavam de 1 (nada) a 5 (muito). Esta escala divide-se em três sub-escalas (In)Adaptação às Regras Escolares, (In)Segurança face à Avaliação Escolar, e Auto-estima em função da Experiência Escolar.

Escala de bem-estar psicológico para adolescentes. O bem-estar psicológico foi avaliado através dos 28 itens da Escala de Bem-estar Psicológico para Adolescentes (2001). Os sujeitos eram confrontados com situações como "Consegui ver o lado positivo das coisas", em que as opções de resposta variavam de 1 (sempre) a 5 (nunca). Esta escala divide-se em cinco sub-escalas: Ansiedade, Cognitivo-Emocional Negativa, Cognitivo-Emocional Positiva, Apoio Social, e Percepção de Competências.

No questionário utilizado na avaliação contínua preenchido pelos alunos, utilizada todas as sessões, os sujeitos são questionados sobre o seu comportamento na sessão, em que as opções de resposta variam entre verde (bom), amarelo (mais ou menos) ou vermelho (mau).

A avaliação final contou ainda com um pequeno questionário sobre comportamentos de saúde. Este consistiu numa versão reduzida e adaptada para a nossa população-alvo, do estudo "Health Behavior School-aged Children" (Matos et al., 2003), tendo sido preenchido por todos os alunos que participaram na avaliação.

No questionário utilizado na avaliação contínua preenchido pelos técnicos, são cotados 14 itens da ficha de avaliação para cada aluno utilizada todas as sessões, com situações como "Agressividade face aos outros jovens", em que as opções de resposta variam de 1 (mau) a 5 (muito bom).

No questionário utilizado na avaliação inicial e final preenchido pelos professores, foram incluídas as seguintes questões:

Demográficas. Foram questionados sobre o nome e a escola frequentada pelo aluno.

Escala de competências sociais e ajustamento escolar. Para cada aluno o professor avalia 43 itens traduzidos e adaptados (Martins, 2000) da Social Competence and School Adjustment Scale de Walker & McConnell. Os sujeitos eram confrontados com situações como "Aceita sugestões ou auxílio dos colegas", em que as opções de resposta variavam de 1 (nunca acontece) a 5 (acontece sempre). Esta escala divide-se em três sub-escalas Comportamento Social Preferido pelo Professor, Comportamento Social Preferido pelos Colegas, e Comportamento de Ajustamento Escolar.

O questionário de avaliação final do Projecto, preenchido pelos professores envolvidos no mesmo, foi concebido para este efeito. Os sujeitos são confrontados com questões como "Qual a avaliação global que faz do programa?", e onde as opções de resposta podem ser de escolha múltipla ou resposta aberta.

Resultados

Questionário sobre comportamentos de saúde HBSC/OMS (Matos et al., 2003)

Não foi possível o preenchimento por todos os alunos. Assim, foram completados 111 questionários, dos quais 53,2% por rapazes e 46,8% por raparigas, com idades compreendidas entre os 8 e os 15 anos. Os alunos desta amostra encontram-se distribuídos pelos seguintes anos lectivos: 6,3% do 3º ano, 15,3% do 4º ano, e 78,4% do 5º ano de escolaridade.

Serão apresentados de seguida, para parte da nossa amostra, os resultados obtidos nas diferentes temáticas abordadas: profissão dos pais, hábitos alimentares e de higiene, sintomas físicos, prática de actividade física e tempos livres, uso de substâncias, violência, ambiente familiar, relações de amizade e grupo de pares, e ambiente escolar.

Estatuto sócio-económico

A maior parte dos pais dos alunos têm emprego, sendo a percentagem de pais empregados superior à de mães com emprego. De forma a estimar o nível sócio económico dos pais dos jovens, optou-se pela utilização da Escala de Graffar.

A maioria dos pais pertence ao nível 4 (médio-baixo).

Alimentação e higiene oral

No que diz respeito à frequência com que tomam o pequeno-almoço, verifica-se que a maioria dos jovens o fazem todos os dias.

A maioria dos alunos consome fruta pelo menos uma vez por dia, e pouco menos de metade consome de vez em quando. Mais de metade dos jovens consome vegetais de vez em quando, e cerca de um terço consome todos os dias. Os hambúrgueres, cachorros quentes e salsichas são referidos pela grande maioria dos alunos como consumidos de vez em quando, com cerca de um quarto a fazerem-no todos os dias.

A grande maioria dos alunos consome doces/chocolates às vezes, observando-se ainda que um quarto consome todos os dias. Às vezes, é a resposta mais frequente sobre o consumo de batatas fritas durante a semana, com um quinto dos jovens a mencionarem que o fazem regularmente.

Mais de metade dos jovens consome colas ou outros refrigerantes de vez em quando, com cerca de um terço a terem hábitos diários de consumo. A grande maioria dos alunos questionados não consome bebidas alcoólicas. O leite é um alimento que, na maioria dos nossos jovens, é consumido pelo menos uma vez por dia.

Relativamente à frequência com que lavam os dentes, mais de metade dos jovens refere fazê-lo sempre depois das refeições.

Mal-estar físico e psicológico

A maioria dos alunos raramente ou nunca refere ter sintomas físicos. O medo, as dores de estômago e o estar irritado ou de mau humor são os menos assinalados, enquanto que as tonturas são o sintoma mais assinalado.

Actividade física e lazer

Relativamente à prática de actividade física na última semana (pelo menos uma hora por dia), mais de um terço dos jovens refere ter praticado dois dias, com os sete dias a serem a segunda opção mais assinalada.

Quando questionados sobre a frequência com que vêm televisão nos seus tempos livres, a maioria dos jovens refere fazê-lo todos os dias. A resposta mais frequente quando o tema é o estudo ou trabalhos de casa, é "às vezes" seguida de "todos os dias". Relativamente ao tempo dispendido ao computador durante os tempos livres, a maioria dos alunos refere só o fazer "às vezes", seguido de "nunca".

Consumos e violência

Considerando a experimentação de álcool e tabaco, a maioria dos alunos refere não ter experimentado. Também a grande maioria dos alunos menciona nunca ter ficado embriagado. No que diz respeito ao ter sofrido lesões no último ano, as respostas dos jovens distribuem-se pelas três hipóteses possíveis: "nunca", "1 vez", e "várias vezes". Relativamente ao envolvimento em lutas, também durante o último ano, os alunos referem de forma semelhante, nunca se terem envolvido ou apenas uma vez.

É possível observar que um número significativo de jovens já se envolveu em comportamentos de provocação na escola, quer quando se considera o "provocado" (vítima) ou o "provocador" (agente), onde cerca de um terço dos alunos questionados refere ter provocado outro(s) aluno(s) na escola, nos últimos dois meses.

Ambiente familiar

Quando inquiridos sobre o agregado familiar, é possível observar que a grande maioria dos jovens refere viver com a mãe e/ou o pai, seguindo-se o irmão.

No que diz respeito à relação com a família, a maioria refere ser muito fácil falar com a mãe, sendo de salientar que com o pai os jovens referem mais dificuldades em falar com ele. Relativamente à(o) irmã(o) e ao melhor amigo, novamente a maior parte dos jovens refere ser muito fácil falar com eles.

Amigos

Quando questionados sobre o número de bons amigos, a maioria dos jovens refere ter três ou mais. Relativamente ao número de dias em que ficam com os amigos depois das aulas, a maioria dos jovens diz ficar seis dias. Quando inquiridos sobre se contactam com os amigos através de SMS ou e-mail, a maioria dos alunos questionados refere raramente ou nunca o fazer.

Escola

No que diz respeito à percepção da capacidade escolar pelos professores, a grande maioria dos alunos considera que é boa. A maioria dos alunos questionados refere gostar da escola. Relativamente à segurança sentida na escola, cerca de um terço dos alunos sente-se muitas vezes seguro na escola, com a segunda resposta mais frequente a ser o "sempre". No que diz respeito à sua opinião sobre os colegas, a maioria acha que às vezes os colegas são simpáticos e prestáveis, e que os aceitam sempre como são. Cerca de metade dos jovens questionados sente-se feliz, com pouco menos de metade a referir ser muito feliz. Metade dos jovens inquiridos considera que ir à escola às vezes é aborrecido. Cerca de metade dos jovens refere não ter ficado sozinho na escola nos últimos dois meses. No que diz respeito à ajuda dos professores, a maior parte dos jovens refere que esta ocorre muitas vezes. No entanto, em relação ao interesse demonstrado pelos professores, quase metade dos alunos diz não saber se acontece. Quando questionados sobre a constituição do agregado familiar, a maioria dos jovens refere morar com três pessoas.

Escala de Atitudes Face à Autoridade Institucional

Os dados a seguir apresentados referem-se à avaliação inicial realizada nos dois grupos de estudo (GP e GE).

A maioria dos alunos considera que os professores tratam os estudantes todos da mesma forma, que a policia existe para fazer com que a sociedade seja melhor para todos, que as leis salvaguardam os direitos de todos os cidadãos, ou seja, demonstram positividade relativamente ao sistema legal e à autoridade escolar.

No que diz respeito às suas percepções relativas aos deveres e transgressões face à autoridade institucional, os alunos inquiridos não considera que a maioria das regras escolares são estúpidas e insignificantes, nem que existam apenas para vantagem dos professores, referindo também que se dão bem com a maioria dos seus professores. Ainda dentro desta temática, a maioria dos jovens discorda quando são confrontados com o não se preocuparem com as regras escolares e

recusar a obedecer ao professor é justo por não existirem punições, e também com o poder transgredir a lei se tal não prejudicar ninguém.

No que diz respeito à parcialidade da autoridade legal, a maioria dos alunos não concorda que a polícia gaste mais tempo a proteger os bens das pessoas ricas do que a ajudar as pessoas normais, não tendo opinião formada em relação a se a polícia diferencia as pessoas por classes sociais ou se trata todos da mesma forma.

Avaliação pré-pós – auto-avaliação

Escala de *coping* para adolescentes

Os dados obtidos na avaliação das sub-escalas da Escala de *Coping* para Adolescentes foram sujeitos a um tratamento estatístico (t-test), de forma a se poder observar a evolução, dos itens avaliados, no final da intervenção, tendo-se considerado os valores de $p \leq .05$ como indicadores de diferenças significativas.

Foi possível observar uma melhoria no GP, embora não sejam atingidos níveis estatísticos significativos. Relativamente ao GE é de salientar a descida significativa observada nas suas estratégias de *coping* dirigido à resolução de problemas

Escala Revista da Ansiedade Manifesta na Criança

Também o tratamento dos dados obtidos através da Escala Revista da Ansiedade Manifesta na Criança foi realizado pelo t-test, com os valores de $p \leq .05$ a salientarem diferenças significativas entre os dois momentos de avaliação. É possível observar um padrão generalizado de subida de ansiedade nos dois grupos. No entanto, esta subida é significativa no GP quando se refere a sub-escala da concentração e no GE a da hipersensibilidade.

Escala de avaliação do auto-conceito de competência

Novamente se optou por analisar dados obtidos através da Escala de Avaliação do Auto-conceito de Competência pelo t-test, com os valores de $p \leq .05$ a salientarem diferenças significativas entre os dois momentos de avaliação.

No que se refere à avaliação do auto-conceito de competência, é possível observar diferenças não significativas nas suas três sub-escalas (resolução de problemas, cooperação social e assertividade social), quer no GP, quer no GE. No entanto, verifica-se um padrão de subida generalizado no GP, o que não acontece no GE, onde nas sub-escalas de cooperação e assertividade social se observa uma descida.

Escala de avaliação subjectiva da escola

Os dados a seguir apresentados relativamente à Escala de Avaliação Subjectiva da Escola foram sujeitos ao t-test, considerando-se os valores de $p \leq .05$ para observação dos valores estatísticos significativos.

Não são encontradas diferenças significativas no GE e no GP entre os dois momentos de avaliação. No entanto, regista-se uma descida não significativa na segurança face à avaliação escolar, que também se observa no GP.

No GP verifica-se ainda uma subida não significativa na sub-escala da auto-estima em função da experiência escolar, observando-se o contrário no GE.

Escala de bem-estar psicológico para adolescentes

Através da análise pelo t-test aos dados obtidos na Escala de Bem-estar Psicológico para Adolescentes, foi possível descobrir o padrão de evolução dos alunos, com os valores de $p \leq .05$ a fornecerem dados significativos.

No que se refere à avaliação do bem-estar psicológico, existe uma subida significativa da sub-escala cognitivo-emocional negativa no GP que corresponde a uma melhoria nos itens avaliados. Relativamente às sub-escalas cognitivo-emocional positiva, apoio social e percepção de competências, é possível observar uma descida significativa das mesmas no GP, que também é indicador de melhorias no mesmo.

As diferenças existentes entre os dois momentos de avaliação do GE não são significativas, observando-se no entanto um padrão de alteração no caso da percepção de competências no sentido de uma descida.

Escala de competências sociais e ajustamento escolar

Os dados obtidos junto dos professores para a avaliação pela Escala de Competências Sociais e Ajustamento Escolar foram sujeitos a um tratamento estatístico (t-test), de forma a ser possível observar a evolução dos itens avaliados, até ao final da intervenção, tendo-se considerado os valores de $p \leq .05$ como indicadores de diferenças significativas.

No que diz respeito à avaliação realizada pelo professor, é possível registar uma descida significativa do comportamento social preferido pelo professor, e uma subida não significativa do comportamento social preferido pelos colegas, no GP.

No GE é possível observar um padrão de descida generalizado, embora não seja estatisticamente significativo.

Avaliação do Projecto

No final do Projecto, foi realizada uma avaliação global, junto dos profissionais e técnicos nele directamente envolvidos. O questionário foi preenchido por 5 professoras das Escolas envolvidas no Projecto, com idades compreendidas entre os 29 e os 49 anos. Apenas as duas professoras puderam assistir às sessões realizadas.

Sobre a avaliação global do Projecto, os questionários recolhidos demonstram que a sua maioria indica que o Projecto foi "Bom/Muito Bom".

Novamente a maioria dos inquiridos refere que as actividades propostas foram adequadas aos objectivos propostos e ao nível etário das crianças, e que também foram motivantes para os alunos.

No que diz respeito à avaliação realizada, a maioria dos inquiridos é da opinião que é de difícil preenchimento. Sobre mudanças observadas no comportamento

dos alunos, é referido que estes estão mais preocupados com os colegas, e mais concentrados nas tarefas.

As opiniões relativas à articulação entre as diferentes entidades envolvidas no Projecto dividem-se entre o "Bom" e o "Satisfaz".

À semelhança do que já tem sido demonstrado noutros programas portugueses no âmbito da promoção de competências sociais, e também com diversos tipos de população-alvo, a intervenção ao nível do desenvolvimento de competências de comunicação interpessoal, da gestão de conflitos, da resolução de problemas, da gestão emocional, e do treino assertivo, tem-se mostrado uma importante forma de promover nas crianças e jovens capacidades que lhes permitam desenvolver o auto-conceito, a auto-confiança, o respeito por si e pelos outros. Assim, estas crianças e jovens poderão obter competências importantes para a sua vida, para a prevenção de comportamentos de risco, promoção de comportamentos de saúde, fundamentais no seu desenvolvimento pessoal e social.

Referências

- About, F., & Fenwick, V. (1999). Exploring and evaluating school-based interventions to reduce prejudice. *Journal of Social Issues*, Winter.
- Barrón, R., Castilla, I., Casullo, M., & Verdú, J. (2002). Relación entre estilos y estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico en adolescentes. *Psicothema*, 14 (2), 363-368.
- Bizarro, L. (2001). A avaliação do bem-estar psicológico na adolescência. *Revista Portuguesa de Psicologia* (35), 81-111.
- Botvin, G., Griffin, K., Paul, E., & Macaulay, A. (2003). Preventing tobacco and alcohol use among elementary school students through life competencies training. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, 12, 1-17.
- Caplan, G. (1964). *Principles of preventive psychiatry*. New York: Basic Books.
- Comité sobre Adolescência do Grupo para o Adiantamento da Psiquiatria, CAGAP. *Dinâmica da adolescência. Aspectos biológicos, culturais e psicológicos*. São Paulo: Editora Cultrix.
- Dias, C., Cruz, J., & Danish, S. (2001). O desporto como contexto para a aprendizagem e ensino de competências de vida: programas de intervenção para crianças e adolescentes. *Análise Psicológica*, XIX(1), 157-170.
- Eddy, J., Reid, J., & Fetrow, R. (2000). An elementary school-based prevention program targeting modifiable antecedents of youth delinquency and violence: linking the interests of families and teachers (LIFT). *Journal of Emotional and Behavioral Disorders* (Fall).
- Faria, L., Santos, N., & Bessa, N. (1996). Auto-conceito de competência: adaptação de um instrumento a adolescentes portugueses. In L. S. Almeida, S. Araújo, M. M. Gonçalves, C. Machado & M. R. Simões (Eds.), *Avaliação*

- psicológica: Formas e contextos vol iv (pp. 165-176). Braga: APPORT.
- Felner, R., & Adan, A. (1995). The school transitional environment project: an ecological intervention and evaluation. In R. H. Price, E. L. Cowen, R. P. Lorion & J. Ramos-McKay (Eds.), *14 ounces of prevention*. Washington: American Psychological Association.
- Ferra, A. (1992). *Anima – pedagogia e animação comunitária*. Ad. Ass. Comunitária de saúde Mental.
- Field, T., & Diego, M. (2002). *Adolescents' parent and peer relationships*. Adolescence, Spring.
- Flannery, D., Vazsonyi, A., Liau, A., Guo, S., Powell, K., Atha, H., et al. (2003). Initial behavior outcomes for the peacebuilders universal school-based violence prevention. *Developmental Psychology*, 39(2), 292-308.
- Frasquilho, M. (1998). Estilo de vida, comportamentos e educação para a saúde. Comportamento-problema e comportamento saudável segundo os adolescentes. *Educação para a Saúde*. 16 (1): pp. 13-20.
- Frey, K., Hirschstein, M., & Guzzo, B. (2000). Second step: preventing aggression by promoting social competence. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders* (Summer).
- Gordon, R. (1987). An operational classification of disease prevention. In J. Steinberg & M. Silverman (Eds.), *Preventing mental disorders* (pp. 20-26). Rockville, MD: Department of Health and Human Services.
- Hawkins, & Catalano. (2004). Seattle social development project. Retrieved 16 Fevereiro, 2004, from <http://www.preventionnet.com/files/ssdp.cfm>
- Kazdin, A., & Buela-Casal, G. (2001). *Conduta anti-social. Avaliação, tratamento e prevenção na infância e na adolescência*. Lisboa: McGraw Hill.
- Luthar, S., Cichetti, D., & Becker, B. (2000). The construct of resilience: a critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*., 71(3), 543-562.
- Martins, R. (2000). *Estudo de perfis de crianças com e sem dificuldades de aprendizagem*. Tese de Doutoramento, UTL, Lisboa.
- Matos, M. (1998). *Comunicação e gestão de conflitos na escola*. Lisboa: FMH Edições.
- Matos, M., Simões, C., & Carvalhosa, S. (2000). *Desenvolvimento de competências de vida na prevenção do desajustamento social*. Lisboa: Instituto de Reinserção Social – Ministério da Justiça.
- Matos, M., Simões, C., & Carvalhosa, S. (2000). *Desenvolvimento de competências de vida na prevenção do desajustamento social*. Lisboa: Instituto de Reinserção Social – Ministério da Justiça.
- Matos, M.; Carvalhosa, S.; & Marques, F. (2002). Preventing substance abuse: social adventure in the community. In Report from the european conference

- on reducing social inequalities in health among children and young people. Copenhagen.
- Matos, M., & Equipa do Projecto Aventura Social & Saúde (2003). A saúde dos adolescentes portugueses (Quatro anos depois). Lisboa: Edições FMH.
- Matos, M., Gaspar, T., Vitória, P., & Clemente, M. (2003). Adolescentes e o tabaco – rapazes e raparigas. Lisboa: FMH/CPT/Ministério da Saúde.
- Matos, M., & Carvalhosa, S. (2003). *Consumo de substâncias: Tabaco, álcool e drogas*. Lisboa: Junta de Freguesia de Santa Maria de Belém.
- Moreira, P. (2002). Para uma prevenção que previna (Quarteto Editora ed. Vol. 10). Coimbra.
- Moreira, P. (2002). Crescer a brincar. Bloco de actividades para a promoção do ajustamento psicológico (Quarteto Editora ed.). Coimbra.
- Munist, M., Santos, H., Kotliarenco, M., Ojeda, E., Infante, F., & Grotberg, E. (1998). Manual de identificación y promoción de la resiliencia en niños y adolescentes. Organización Mundial de la Salud.
- Oxford, M., Harachi, T., Catalano, R., & Abbott, R. (2001). Preadolescent predictors of substance initiation: a test of both the direct and mediated effect of family social control factors on deviant peer associations and substance initiation. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, Novembro.
- Pentz, M. (2004). Project star (students taught awareness & resistance). Retrieved 16 Fevereiro, 2004, from <http://www.preventionnet.com/files/star1.cfm>
- Pereira, M., & Pires, S. (1999). Experiência escolar e julgamentos acerca da autoridade. *Análise Psicológica*, XVII (1), 97-109.
- Pierce, L., & Shields, N. (1998). The be a star community-based after-school program: developing resiliency factors in high-risk preadolescent youth. *Journal of Community Psychology*, 26(2), 175-183.
- Rotheram-Borus, M. (1995). Assertiveness training with children. In R. H. Price, E. L. Cowen, R. P. Lorion & J. Ramos-McKay (Eds.), *14 ounces of prevention* (pp. 191). Washington: American Psychological Association.
- Sanchez, J. & Ochoa, G. (1988). Desenvolvimento da competência social em crianças de 10 anos. *Jornal de Psicologia*, 7 (2), 13-20.
- Shure, M., & Spivack, G. (1995). Interpersonal cognitive problem solving. In R. H. Price, E. L. Cowen, R. P. Lorion & J. Ramos-McKay (Eds.), *14 ounces of prevention* (pp. 191). Washington: American Psychological Association.
- Simões, C & Matos.M. (1999). Formação profissional e competências sociais. *Formar*, 32, 16-26.
- Simões, C. & Matos, M. (2001). Aventura Social. *Boletim do Instituto de Apoio à Criança*. 61, 4-5.
- Sprinthall, N., & Collins, W. (1988). *Psicologia do adolescente. Uma abordagem desenvolvimentalista*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Ungar, M. (2000). The myth of peer pressure. Adolescence, Spring.
 World Health Organization, WHO. (1986). Ottawa charter for health promotion.
 Retrieved 19 Julho, 2004, from <http://www.who.int/en/>.

Anexo

Programa de promoção de competências de saúde

(Margarida Gaspar de Matos, Joana Branco, Andreia Sousa & Susana Carvalhosa, 2004)

Objectivos

Desenvolver nos jovens competências pessoais e sociais como forma prevenção de comportamentos desajustados;
 Desenvolver competências ao nível da comunicação interpessoal, da resolução de problemas e gestão de conflitos, da assertividade e da gestão de emoções;
 Desenvolver competências ao nível das relações interpessoais;
 Desenvolver competências de trabalho e apoio de pares entre os jovens;
 Preparação da transição para um novo ambiente escolar no próximo ano lectivo.

Descrição

O PPCS utilizado inclui três módulos:

- (1) Comunicação Interpessoal e Gestão de Emoções/Solução de Problemas;
- (2) Competências Sociais e Gestão de Emoções/Solução de Problemas; e
- (3) (3) *Role playing*. O planeamento geral foi definido com quatro sessões para cada um dos módulos, onde no final de cada um foi feita uma sessão extra. Esta consiste numa actividade diferenciada, que proporciona aos participantes a aplicação de conhecimentos adquiridos ao longo das sessões.

1) Comunicação Interpessoal e Gestão de Emoções/ Solução de Problemas (inicial)
 Para o primeiro módulo, foram seleccionados os seguintes três itens da comunicação interpessoal: contacto visual, a postura (gestos) e o tom de voz. Conjuntamente com estes três aspectos, são também abordadas três emoções, no sentido da sua insegurança, irritação e felicidade.
 No que concerne à solução de problemas, esta diz respeito à apresentação de actividades onde o grupo possa demonstrar as suas competências de resolução de problemas e de trabalho em equipa.

(2) Competências Sociais e Gestão de Emoções/ Solução de Problemas (avanzado)

O "pedir ajuda", "expressar acordo e desacordo" (responder a críticas), e "resistir à pressão dos pares" foram as três competências definidas para este módulo, em simultâneo com as expressões da fúria, medo e calma a desenvolver relativamente à expressão das mesmas.

Na solução de problemas são proporcionadas actividades respeitantes à metodologia de solução de problemas, que define um conjunto de seis passos. Quando um individuo é confrontado com um problema, deve *parar e pensar* nele, com o objectivo de o compreender e perceber as suas implicações, o que o vai ajudar não só na *procura de alternativas* de resolução, como posteriormente na *antecipação das consequências*. Assim, o indivíduo possui os elementos necessários para poder *escolher* a alternativa a *aplicar*, tendo em consideração também em consideração os outros. Após ter colocado a alternativa escolhida em prática, segue-se o momento de *avaliação* da forma como decorreu, pelo que se os resultados obtidos não forem os esperados, deverá escolher outra alternativa a concretizar.

Neste módulo encontra-se à disposição dos participantes, uma caixa que podem utilizar para fazer sugestões ou reclamações, não precisando de se identificarem.

(3) *Role playing*

Tendo como base cinco a oito problemas seleccionados da caixa de problemas, são realizadas em grupo, pequenos grupos de discussão sobre os mesmos, tendo sempre como linha condutora a metodologia de resolução de problemas, e promovendo a intervenção de todos.

Neste mesmo módulo, são também abordadas as expectativas de futuro próximo, permitindo a transferência de conhecimentos para situações reais.

Sessão-Tipo

Diálogo inicial;

Actividade de quebra-gelo ou cooperação (opcional no inicio ou final da sessão);

Actividade de conteúdo;

Actividade de quebra-gelo ou cooperação (opcional no inicio ou final da sessão);

Diálogo final.

Planeamento das Sessões

Tema I – Comunicação Interpessoal e Gestão de Emoções/Solução de Problemas

Comunicação Interpessoal

Identificação das diferentes posturas em diversos contextos;

Promoção da importância do contacto visual na comunicação interpessoal;
Identificação e reconhecimento de Expressões/Sentimentos;
Promoção da adequação da comunicação paraverbal (tom de voz) a diferentes situações quotidianas.

Gestão de emoções

Identificação de três tipos de emoções: Insegurança, irritação e felicidade;
Identificação dos elementos-chave da expressão facial no reconhecimento de emoções/sentimentos.

Solução de Problemas

Desenvolver competências de resolução de problemas e de trabalho em equipa.

Trabalho e apoio de Pares

Desenvolver competências de trabalho e apoio de pares entre os jovens.
Actividades: jogos lúdicos onde sejam desenvolvidos os objectivos propostos.

Tema II – Competências Sociais e Gestão de Emoções/Solução de Problemas

Competências Sociais

Diferenciar respostas passivas, agressivas e assertivas em diversos contextos;
Desenvolver as competências de "pedir ajuda", "expressar acordo e desacordo" (responder a críticas), e "resistir à pressão dos pares".

Gestão de emoções

Identificar a linguagem hesitante, o contacto visual evasivo, os gestos nervosos e o desrespeito pelos seus próprios direitos, como elementos chave na resposta passiva (medo);
Identificar o tom de voz elevado, o contacto visual dominador, o espaço interpessoal exagerado e a violação dos próprios direitos e dos outros, como elementos chave na resposta agressiva (fúria);
Identificar a linguagem fluente, o contacto visual firme, a coerência das componentes verbal e não verbal, e o respeito pelos próprios direitos e pelos dos outros, como elementos chave na resposta assertiva (calma).

Solução de Problemas

Identificar e compreender os passos da metodologia de solução de problemas (seis passos).

Trabalho e apoio de Pares

Desenvolver competências de trabalho e apoio de pares entre os jovens.
Actividades: jogos lúdicos onde sejam desenvolvidos os objectivos propostos.

Tema III – Praticando - Role playing

Discussão de Problemas

Promover pequenos grupos de discussão de problemas;
Aplicação a situações práticas e reais da metodologia de resolução de problemas;
Promover a participação de todos no debate.

Expectativas de futuro

Promover o desenvolvimento de expectativas de futuro próximo;
Desenvolver a capacidade de antecipação e planeamento.

Aplicação de conhecimentos

Promover a generalização e aplicação de conhecimentos para situações reais do quotidiano.

Trabalho e apoio de Pares

Desenvolver competências de trabalho e apoio de pares entre os jovens.
Actividades: teatro; "faz de conta"; espaço de debate; simulação de situações reais.

Competências sociais num bairro desfavorecido

Joana Amaral & Margarida Gaspar de Matos

Introdução

Os desafios da adolescência continuam a ser vistos como parte integrante do desenvolvimento (Galambos & Leadbeater, 2000). As fracas condições socioeconómicas têm sido relatadas como uma das mais comuns formas de psicopatologia na adolescência, nomeadamente lares mono-parentais, fracos recursos educacionais, desemprego, psicopatologia parental, fracas condições de habitação, e áreas de residência onde o crime e a escassez de recursos de lazer e socialização são uma constante (Matos, Simões & Carvalhosa, 2000).

Os problemas de comportamento na adolescência representam uma preocupação para a saúde mental e educacional. As perturbações psicológicas simbolizam para a comunidade um custo acrescido, que poderia ser reduzido pela implementação de acções de prevenção bem sucedidas. O início da adolescência é um período óptimo para a implementação de intervenções que visem aumentar o desenvolvimento do indivíduo, e a prevenção de problemas (Petersen & Hamburg, 1986, citados por Meyer, 1999). Uma importante consideração a tomar em conta quando falamos deste tipo de intervenções é o foco na prevenção de comportamentos e atitudes e a sua generalização a vários domínios da vida. Estes comportamentos e atitudes são geralmente designados por competências sociais ou por resiliência (Danish, Petispas & Hale, 1990, citados por Meyer, 1999). O conceito de competência social torna-se difícil de definir, uma vez que vários autores sublinham diferentes componentes, no entanto, todos eles avaliam a competência social como um comportamento social adequado, em que a sua definição como ajustado, passa pela avaliação da situação em questão, do nível etário, do contexto, da cultura e de um conjunto de intervenientes sociais (Matos, 1998). As competências sociais são vistas como comportamentos sociais significativos (com os pares, a família, a escola), exibidos em situações específicas, e que predizem comportamentos adaptativos, importantes e funcionais na infância e na adolescência (Gresham, 1998; Wolf, 1978, citados por Gresham, Sugai & Horner, 2001). Sem competências sociais para interagir construtivamente e desenvolver relações interpessoais, as crianças são excluídas das oportunidades de desenvolver no futuro, mais e complexas competências de vida (Mize & Abell, 2001). Torna-se assim fundamental compreender os factores de protecção que estão associados a uma maior resiliência e assertividade. Isso permitirá o desenvolvimento de programas de prevenção mais necessários em populações

desfavorecidas, onde prevalecem a pobreza, a exposição à violência e práticas disciplinares familiares pobres (Cotton, Resnick, Browne, Martin, McCarraher & Woods, 1994, citados por Griffin, Scheier, Botvin, Diaz & Miller, 1999).

Vários estudos têm sido elaborados, com o objectivo de definir uma taxonomia das competências sociais que devem constituir um programa de intervenção. Caldarella e Merrel (1997, citados por Gresham et al., 2001), elaboraram uma taxonomia derivada da investigação, e que inclui cinco dimensões: a resiliência, a comunicação não-verbal, a resolução de problemas, o apoio social (com os pares e os pais), e a assertividade.

O conceito de resiliência refere-se a um conjunto de situações que envolvem uma adaptação próspera do sujeito, ainda que o indivíduo esteja inserido num contexto de ameaças significantes para o seu desenvolvimento (Masten, Hubbard, Gest, Tellegen, Garnezy & Ramirez, 1999). O estudo da resiliência implica a especificação do tipo de ameaça para o desenvolvimento do indivíduo, e é através deste critério que a adaptação é julgada para ter êxito bem como as características do indivíduo ou do ambiente que ajudam a explicar os resultados deste critério (Masten et al., 1999).

Outra das competências fundamentais para o relacionamento interpessoal é a forma como comunicamos com os outros. As características da comunicação verbal utilizada nas classes sociais desfavorecidas aparecem com frequência associadas a certas formas de desajustamento social (Matos, 1998).

Keltner e Moffitt (1995) realizaram um estudo acerca da relação entre a emoção e os indicadores de comunicação não-verbal em adolescentes socialmente desajustados e concluíram que a externalização dos seus problemas é feita com recurso a alteração da expressão facial, a alteração da voz, a redução do espaço interpessoal e a utilização de gestos agressivos, indicadores de um comportamento tipo agressivo/não assertivo (Matos, 1998). Os sinais não verbais são indicadores da atitude emocional, motivacional e cognitiva do indivíduo, e são fundamentais para o desenvolvimento da linguagem verbal. A competência ao nível da comunicação não-verbal é um critério necessário para um comportamento socialmente competente. Argyle (1969, citado por Matos, 1998), considera como principal fonte de demonstração das emoções e como a área mais importante e completa para a comunicação não verbal, a face. São várias as expressões de emoção, a alegria, a tristeza, o medo, a ira, a surpresa e o desprezo, e são três os seus indicadores: a boca, as sobrancelhas e os olhos. Também os gestos representam um segundo canal de comunicação, como forma de transmissão de informação. O tipo de gestos utilizado pelo indivíduo vai variar de acordo com a sua idade, género, fadiga, saúde, cultura e profissão. O facto de o sujeito conhecer um estilo gestual é uma das formas de pertença do grupo, que simultaneamente permite o reforço e o reconhecimento de vínculos sociais. A postura é considerada

também uma forma de comunicação não-verbal, que varia de acordo com o estado de espírito do indivíduo, na dimensão tensão-relaxamento. A posição do corpo, e a forma como o indivíduo se senta ou está de pé, reflectem os seus sentimentos acerca de si e da sua relação com os outros. A aparência física representa um importante marcador da relação interpessoal, uma vez que formamos de imediato uma ideia do indivíduo acerca da personalidade, inteligência, estatuto sócio-económico e grau de conformidade com as normas.

O comportamento verbal, juntamente com os sinais vocais transmite o significado da informação, bem como estados emocionais. Assim sendo, as características da voz, o volume, o tom, o timbre, a fluidez, a velocidade, a ênfase, a clareza, as pausas e as oscilações são fundamentais neste processo. O som é visto como meio básico de comunicação, ênfase da fala e meio de comunicação de atitudes, sentimentos e traços de personalidade (Matos et al., 2000).

Determinados comportamentos sociais estão directamente dependentes do processamento cognitivo que suportam, assim como, a descodificação de informação e a resolução de problemas (Matos et al., 2000). A resolução de problemas deverá incluir sete etapas: a identificação do problema, a fase de diagnóstico, a produção de soluções, a selecção de possíveis soluções, a execução, a avaliação e a adaptação (Cruz & Mazaira, 2001). A ideia que o sujeito tem das suas capacidades de desempenho influencia o seu comportamento e a sua eficácia na resolução de problemas (Bandura, 1976).

O apoio social tem também sido identificado como um conceito central da resiliência (Holaday & McPeahrson, 1997, citados por O'Hearn & Gatz, 1999). Fontana (1988, citado por Matos, 1998) considera que a primeira representação social da criança é a família, e que para a maioria destas, este permanece o grupo mais importante. A família é vista como o meio onde se inicia a vida em comunidade, e é aí que a criança realiza as suas primeiras interacções sociais e aprende as primeiras normas de viver em sociedade. Quando os pais surgem como um modelo socialmente desajustado, que varia entre a agressividade e a passividade, a criança não desenvolve mecanismos de auto-regulação, nem capacidades para criar estratégias de resolução de problemas. A criança tenderá a utilizar a violência, se esse foi o único comportamento que aprendeu como forma de relacionamento.

Uma área importante mas normalmente negligenciada no tema das competências sociais no adolescente é o funcionamento dentro do grupo de pares. A competência de funcionar efectivamente numa situação de grupo, aumenta de importância na adolescência. Esta questão implica o trabalho em cooperação tendo em consideração a perspectiva dos outros, a coordenação das acções individuais com as dos outros, a resolução de problemas de forma colaboradora e construtiva e a negociação de conflitos (Cooper & Cooper, 1992, citados por

Englund, Levy, Hyson & Sroufe, 2000), daí que a rejeição por parte do grupo de pares, resulte normalmente de um deficit ao nível das competências sociais (Stormshak, Bierman, Bruschi, Dodge, & Coie, 1999).

Método

Participantes

A amostra consistiu em 36 alunos de uma escola do primeiro ciclo de um bairro desfavorecido de Lisboa, dos quais 52,8% são rapazes, têm uma idade mínima de 12 anos e uma idade máxima de 14 anos, com uma média de 12,8 anos (*D.P.*=.94). Tendo em consideração o grupo das raparigas, 88,2 % (15) têm 12 anos e 11,8% (2) têm 13 anos. No que diz respeito ao grupo dos rapazes, 68,4% (13) tem 14 anos, 21,1% (4) tem 12 anos e os restantes tem 13 anos.

Em termos de escolaridade a maioria da amostra frequenta o 3º ano (47,2%), 41,7% são alunos do 4º ano, e 11,1% frequentam o 2º ano. O grupo das raparigas, encontra-se na sua maioria (58,8%) no 4º ano, uma vez que apenas três das alunas (17,6%) frequentam o 2º ano e quatro (23,5%) frequentam o 3º ano. O grupo dos rapazes tem maior expressão (68,4%) no 3º ano, encontrando-se cinco alunos (26,3%) no 4º ano e apenas um aluno no 2º ano (5,3%). Do total da amostra, 36 alunos são repetentes, sendo que 69,4% são repetentes pela 2ª vez e 30,6% são repetentes pela 1ª vez. 94,7% dos rapazes são repetentes pela segunda vez, enquanto que nas raparigas isso só se verifica para 41,2% da amostra. Em 80,6% (29) da amostra, o pai habita a mesma casa, em 100% a mãe habita a mesma casa, 94,4% (34) têm os irmãos a habitarem com eles, 30,6% (11) têm a avó a habitar com eles, 8,3% (3) têm o avó a habitar com eles, 2,8% (1) têm a tia a habitar com eles, 8,3% (3) têm os sobrinhos a habitar com eles e 2,8% (1) têm o padrasto a habitar com eles.

Quando falamos sobre a opinião das crianças acerca da sessão, verificamos que na sua totalidade (100%), gostaram de participar e do tema. Quando questionados acerca do que menos gostaram na sessão, apenas 8,3% (3) referiram que não gostaram de falar das zangas dos grupos. Em relação ao que mais gostaram na sessão, 69,4% refere que gostou de tudo, 13,9% refere que gostou mais de falar da amizade e apenas 2,8% referem que gostaram da confusão. No entanto, existiram algumas sugestões para um próximo grupo focal, e foram apontados temas como: questões de comportamento (25%), actividades extra-curriculares (13,9%), abandono dos filhos por mães muito jovens (11,1%), e acidentes de viação (11,1%). Falando de estatuto profissional, 91,7% das mães têm uma profissão de 4º grau, e 8,3% de 5º grau e no caso dos pais, os que trabalham (30), têm uma profissão de 5º grau. Quer num caso, quer noutro, a escolaridade máxima é até ao 6º ano. A idade máxima das mães é de 54 anos e a idade mínima de 27 anos, sendo a média de 40 anos. No caso dos pais, a idade máxima é de 52 anos e a