

**Qualidade de Vida e Risco Social:  
Estudo Comparativo com Alunos do 2º e 3º Ciclo do Ensino Básico**  
Dissertação de Mestrado  
Universidade Fernando Pessoa  
2012

Ana Marta Botelho Ribeiro

*Errata*

Título

**Onde se lê:** “Qualidade de Vida e Risco Social: Estudo Comparativo com Alunos do 2º e 3º Ciclo do Ensino Básico”, **deve ler-se:** “Qualidade de Vida e Risco Social em Alunos do 2º e 3º Ciclo do Ensino Básico”

p. v

**Onde se lê:** “Com este trabalho de investigação pretendemos analisar se existem diferenças na percepção da qualidade de vida entre um grupo de alunos do 2º e 3º ciclo do ensino básico público com conjugação de características de risco e outro grupo de alunos com a mesma escolaridade sem conjugação de características de risco.”, **deve ler-se:** “Com este trabalho de investigação pretendemos analisar se existem diferenças na percepção da qualidade de vida de alunos do 2º e 3º ciclo do ensino básico público e se existem diferenças na percepção da qualidade de vida entre um grupo destes alunos com conjugação de características de risco e outro grupo de alunos sem conjugação de características de risco.”

p. v

**Onde se lê:** “Os resultados alcançados mostram que o grupo com conjugação de características de risco tem uma percepção mais positiva apenas em relação à autonomia e relação com os pais quando comparado com o grupo sem conjugação de características de risco. Os rapazes apresentam uma percepção mais positiva da sua qualidade de vida geral, bem-estar físico e bem-estar psicológico do que as raparigas; as crianças mostram ter uma percepção mais positiva do ambiente escolar quando comparadas com os adolescentes; os alunos do 2º ciclo apresentam uma percepção mais positiva da sua qualidade de vida geral, bem-estar psicológico e autonomia e relação com os pais do que os alunos que frequentam o 3º ciclo; os alunos de nível sócio-económico alto têm uma percepção mais positiva do ambiente escolar do que aqueles de nível sócio-económico médio e os de nível sócio-económico baixo.”, **deve ler-se:** “Os resultados alcançados mostram que os rapazes apresentam uma percepção mais positiva da sua qualidade de vida geral, bem-estar físico e bem-estar psicológico do que as raparigas; as crianças mostram ter uma percepção mais positiva do ambiente escolar quando comparadas com os adolescentes; os alunos do 2º ciclo apresentam uma percepção mais positiva da sua qualidade de vida geral, bem-estar psicológico e autonomia e relação com os pais do que os alunos que frequentam o 3º ciclo; os alunos de nível socioeconómico alto têm uma percepção mais positiva do ambiente escolar do que aqueles de nível socioeconómico médio e os de nível socioeconómico baixo. Em relação ao risco social, o grupo com conjugação de características de risco tem uma percepção

mais positiva apenas em relação à autonomia e relação com os pais quando comparado com o grupo sem conjugação de características de risco.”

p. vi

**Onde se lê:** “With this research we intend to analyze if there are differences in the perception of quality of life between a group of 2nd and 3rd cycle of basic public school students with combination of social risk features and another group of students with the same education background without combination of risk features.”, **deve ler-se:** “With this research we intend to analyze if there are differences in the perception of quality of life in 2<sup>nd</sup> and 3<sup>rd</sup> cycle of basic education of public school students and if there are differences in the perception of quality of life when comparing a group of these students with combination of social risk features and another group of students without combination of risk features.”

p. vi

**Onde se lê:** “Results show that the group with combination of risk features has a more positive perception of autonomy and relationship with parents when compared with the group without combination of risk features. Boys have a more positive perception of their overall quality of life, physical well-being and psychological well-being than girls; children have a more positive perception of school environment than adolescents; students of the 2nd cycle have a more positive perception of their overall quality of life, psychological well-being and autonomy and relationship with parents than students who attend the 3rd cycle; students of high socioeconomic status have a more positive perception of school environment than those of average and low socioeconomic status.”, **deve ler-se:** “Results show that boys have a more positive perception of their overall quality of life, physical well-being and psychological well-being than girls; children have a more positive perception of school environment than adolescents; students of the 2<sup>nd</sup> cycle have a more positive perception of their overall quality of life, psychological well-being and autonomy and relationship with parents than students who attend the 3<sup>rd</sup> cycle; students of high socioeconomic status have a more positive perception of school environment than those of average and low socioeconomic status. The group with combination of risk features has a more positive perception of autonomy and relationship with parents when compared with the group without combination of risk features.”

p. 3

**Onde se lê:** “Com o presente trabalho de dissertação de mestrado pretendemos, então, analisar de que forma crianças e adolescentes, alunos dos 2º e 3º ciclo do ensino básico público, percebem a sua qualidade de vida. É feita uma comparação entre dois grupos destes alunos: um grupo com combinação de características de risco e outro sem combinação de características de risco.”, **deve ler-se:** “Com o presente trabalho de dissertação de mestrado pretendemos, então, analisar de que forma alunos dos 2º e 3º ciclo do ensino básico público percebem a sua qualidade de vida e se existem diferenças na percepção da qualidade de vida quando comparamos um grupo destes alunos com conjugação de características de risco e outro sem conjugação de características de risco.”

p. 36

**Onde se lê:** “O *Young Adult Quality of Life* (YAQOL) (...)”, **deve ler-se:** “O *Young Adult Quality of Life* (YAQOL) (...)”

p. 39

**Onde se lê:** “A metodologia e resultados dos inquéritos também analisados por país (Ravens-Sieberer, 2004c);”, **deve ler-se:** “A metodologia e resultados dos inquéritos foram também analisados por país (Ravens-Sieberer, 2004c);”

p. 43

**Onde se lê:** “(...) em virtude de se reconhecer quão complexas são as interacções de forças biopsicossociais envolvidas (...)”, **deve ler-se:** “(...) em virtude de se reconhecer quão complexas são as interacções das forças biopsicossociais envolvidas (...)”

p. 55

**Onde se lê:** “(...) constituindo-se, por vezes, territórios de intervenção prioritária uma vez possuem (...)”, **deve ler-se:** “(...) constituindo-se, por vezes, territórios de intervenção prioritária uma vez que possuem (...)”

p. 58

**Onde se lê:** “As variáveis principais desta investigação são as cinco dimensões da qualidade de vida relacionada com a saúde do instrumento KIDSCREEN (...)”, **deve ler-se:** “As variáveis principais desta investigação são as cinco dimensões da qualidade de vida do instrumento KIDSCREEN (...)”

p. 58

**Onde se lê:** “(...) de tipo descritiva de comparação, uma vez que se foca em dois grupos seleccionados com base no critério de um deles possuir características de interesse para o estudo e o outro não (...)”, **deve ler-se:** “(...) de tipo descritiva”

p. 65

**Onde se lê:** “Após recepção das autorizações e ao longo de duas semanas em cada escola, aplicamos os questionários nas turmas de 5º (6 turmas), 6º (7 turmas), 7º (6 turmas), 8º (5 turmas) e 9º (3 turmas).”, **deve ler-se:** “Após recepção das autorizações e ao longo de duas semanas em cada escola, aplicamos os questionários nas turmas de 5º ano (6 turmas), 6º ano (7 turmas), 7º ano (6 turmas), 8º ano (5 turmas) e 9º ano (3 turmas).”

p. 76

**Onde se lê:** “O estudo empírico levado a cabo no âmbito deste trabalho tem como principal objectivo analisar as diferenças na percepção da qualidade de vida geral e nas dimensões bem-estar físico, bem-estar psicológico, autonomia e relação com os pais, suporte social e grupo de pares e ambiente

escolar, respeitantes ao questionário KIDSCREEN 27 entre um grupo com conjugação de características de risco e um grupo sem conjugação de características de risco.”, **deve ler-se:** “O estudo empírico levado a cabo no âmbito deste trabalho tem como principal objectivo analisar as diferenças na percepção da qualidade de vida geral e nas dimensões bem-estar físico, bem-estar psicológico, autonomia e relação com os pais, suporte social e grupo de pares e ambiente escolar, respeitantes ao questionário KIDSCREEN 27 em alunos do 2º e 3º ciclo do ensino básico e as diferenças nessa mesma percepção quando comparamos um grupo com conjugação de características de risco e um grupo sem conjugação de características de risco.”

p. 77

**Onde se lê:** “Os resultados alcançados mostram que o grupo com características de risco (...)”, **deve ler-se:** “Os resultados alcançados mostram que o grupo com conjugação de características de risco (...)”

p. 80

**Onde se lê:** “Neste trabalho propusemo-nos analisar as diferenças na percepção da qualidade de vida em alunos do 2º e 3º ciclo do ensino básico, através da comparação entre um grupo com conjugação de características de risco com outro sem conjugação de características de risco.”, **deve ler-se:** “Neste trabalho propusemo-nos analisar as diferenças na percepção da qualidade de vida em alunos do 2º e 3º ciclo do ensino básico e as mesmas diferenças quando comparamos um grupo com conjugação de características de risco com outro sem conjugação de características de risco.”

Ana Marta Botelho Ribeiro

Qualidade de Vida e Risco Social: Estudo Comparativo com  
Alunos do 2º e 3º Ciclo do Ensino Básico

Universidade Fernando Pessoa

Porto, 2012



Ana Marta Botelho Ribeiro

Qualidade de Vida e Risco Social: Estudo Comparativo com  
Alunos do 2º e 3º Ciclo do Ensino Básico

Universidade Fernando Pessoa

Porto, 2012

Ana Marta Botelho Ribeiro

Qualidade de Vida e Risco Social: Estudo Comparativo com  
Alunos do 2º e 3º Ciclo do Ensino Básico

---

Ana Botelho Ribeiro

Trabalho apresentado à Universidade Fernando Pessoa como parte dos requisitos para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde, sob orientação da Mestre Ana Costa.

## Resumo

Com este trabalho de investigação pretendemos analisar se existem diferenças na percepção da qualidade de vida entre um grupo de alunos do 2º e 3º ciclo do ensino básico público com conjugação de características de risco e outro grupo de alunos com a mesma escolaridade sem conjugação de características de risco.

Foram estudadas as diferenças na percepção da qualidade de vida em função do sexo, da idade, da escolaridade, do nível sócio-económico e do risco social. Para a sua concretização foi administrado o Questionário KIDSCREEN 27 e recolhidas informações processuais individuais e sócio-demográficas respeitantes a quatro indicadores de risco: a) integração em Comissão de Protecção de Crianças e Jovens em Risco, b) frequência de escola Território Educativo de Intervenção Prioritária, c) nível sócio-económico baixo e d) existência de doença ou condição física crónica.

Os resultados alcançados mostram que o grupo com conjugação de características de risco tem uma percepção mais positiva apenas em relação à autonomia e relação com os pais quando comparado com o grupo sem conjugação de características de risco. Os rapazes apresentam uma percepção mais positiva da sua qualidade de vida geral, bem-estar físico e bem-estar psicológico do que as raparigas; as crianças mostram ter uma percepção mais positiva do ambiente escolar quando comparadas com os adolescentes; os alunos do 2º ciclo apresentam uma percepção mais positiva da sua qualidade de vida geral, bem-estar psicológico e autonomia e relação com os pais do que os alunos que frequentam o 3º ciclo; os alunos de nível sócio-económico alto têm uma percepção mais positiva do ambiente escolar do que aqueles de nível sócio-económico médio e os de nível sócio-económico baixo.

Palavras-chave: Qualidade de vida, risco social, crianças, adolescentes, diferenças

## **Abstract**

With this research we intend to analyze if there are differences in the perception of quality of life between a group of 2<sup>nd</sup> and 3<sup>rd</sup> cycle of basic public school students with combination of social risk features and another group of students with the same education background without combination of risk features.

We intend to analyze the differences in the perception of quality of life according to sex, age, education, socioeconomic status and social risk features. For its realization we administered KIDSCREEN 27 Questionnaire and collected individual information relating to four risk indicators: a) integration in the Commission for the Protection of Children and Youth at Risk, b) attending Priority Intervention Educational Territory' schools, c) low socioeconomic status and d) existence of chronic physical condition or disease.

Results show that the group with combination of risk features has a more positive perception of autonomy and relationship with parents when compared with the group without combination of risk features. Boys have a more positive perception of their overall quality of life, physical well-being and psychological well-being than girls; children have a more positive perception of school environment than adolescents; students of the 2<sup>nd</sup> cycle have a more positive perception of their overall quality of life, psychological well-being and autonomy and relationship with parents than students who attend the 3<sup>rd</sup> cycle; students of high socioeconomic status have a more positive perception of school environment than those of average and low socioeconomic status.

**Keywords:** Quality of life, social risk, children, adolescents, differences

À memória da minha Avó Maria,  
de quem herdei a minha paixão por crianças.

Aos meninos e meninas que me mostraram que a felicidade é sempre possível, mesmo  
na maior das adversidades.

## **Agradecimentos**

A realização deste trabalho e a concretização deste curso não teriam sido possíveis sem a presença e colaboração de muitas pessoas que fazem parte do que sou e que me ensinam a crescer diariamente.

Começo por agradecer à Mestre Ana Costa, pela orientação, apoio, compreensão e carinho com que sempre me recebeu, pelas dúvidas esclarecidas a toda a hora e em qualquer lugar e pela ajuda prestada na elaboração deste trabalho tão importante.

Agradeço à Dr<sup>a</sup> Catarina Agante, pela forma doce com que me recebeu no seu mundo, abrindo-me portas a uma realidade que julgava conhecer mas que só pude compreender respirando-a dia a dia, pela competência e dedicação, muito além da resistência, que deposita no seu trabalho e que me ensinou a desenvolver, todos os dias sem excepção, acolhendo no colo as crianças e adolescentes com quem trabalha, onde também encontrei espaço para as minhas inquietações e momentos de dúvida.

Às escolas onde realizei a recolha dos dados para esta dissertação: a primeira por me ter recebido como parte da equipa de trabalho, onde estagiei ao longo de dez fantásticos meses; a segunda por me ter recebido sem reservas e permitido recolher os dados necessários a esta investigação junto dos seus alunos, possibilitando-me levar este estudo a bom porto.

Às crianças e adolescentes, com quem trabalhei todos os dias e por quem gostaria de ter podido fazer muito mais, por me ensinarem que vale a pena lutar todos os dias, contra todas as adversidades da vida, por me fazerem relativizar os meus problemas e limitações e me ensinarem a ser melhor pessoa e profissional.

À Mafalda, à Cristina, à Daniela, à Tatiana e à Cátia por me terem recebido de braços abertos e coração escancarado, incentivando-me; pelos projectos que partilhámos e por tudo de fabuloso que as novas amigas trazem, transformando esta recta final num percurso menos solitário e muito mais feliz.

À Catarina e à Rita, amigas de sempre, parte da minha infância, sempre presentes nesta caminhada longa e intensa, por crescerem lado a lado comigo, fazendo dos dias bons e dos maus, momentos insubstituíveis de partilha e amizade verdadeira.

Aos meus irmãos, Margarida e Filipe, por fazerem parte da minha vida ainda antes de terem nascido, por me adivinharem sem serem precisas palavras, pelas risadas e embirrações só nossas, típicas de quem conhece o amor único e incondicional que se partilha com um irmão.

Ao Fernando: não existe, em nenhuma língua ou dicionário, a conjugação certa de palavras que me permita agradecer-te todo o amor, a mão estendida mesmo quando a minha insensatez, cansaço e frustração teimam em recusá-la e o privilégio que é saber e sentir que me escolheste para partilharmos todos os dias das nossas vidas.

Um agradecimento muito especial à minha Mãe, por me ensinar a percorrer o caminho certo sem desistir, mostrando-me que devemos dar tudo de nós em tudo o que fazemos e por me ter feito aprender que nunca se é menos do que excepcional quando trabalhamos e nos esforçamos para o melhor. Sobretudo, Mãe, por nunca teres desistido de mim, obrigada.

A todos, o meu mais profundo reconhecimento e agradecimento.

## Índice Geral

<b>Resumo .....</b>	<b>v</b>
<b>Abstract .....</b>	<b>vi</b>
<b>Dedicatória .....</b>	<b>vii</b>
<b>Agradecimentos .....</b>	<b>viii</b>
<b>Índice Geral.....</b>	<b>x</b>
<b>Índice de Figuras .....</b>	<b>xii</b>
<b>Índice de Quadros.....</b>	<b>xiii</b>
<b>Lista de Abreviaturas.....</b>	<b>xiv</b>
<b>Introdução Geral .....</b>	<b>1</b>
<b>Capítulo I – Qualidade de vida.....</b>	<b>5</b>
1.1. Introdução .....	5
1.2. Definição e delimitação de conceitos.....	6
1.2.1. Qualidade de vida.....	6
1.2.2. Qualidade de vida relacionada com a saúde .....	13
1.3. Qualidade de vida e qualidade de vida relacionada com a saúde em crianças e adolescentes .....	18
1.4. Factores relacionados com a qualidade de vida .....	20
1.4.1. Factores sociais .....	21
1.4.1.1. Nível sócio-económico.....	22
1.4.1.2. Suporte social.....	23
1.4.1.3. Família.....	25
1.4.1.4. Grupo de pares .....	27
1.4.1.5. Escola .....	27
1.4.2. Factores pessoais .....	28
1.4.2.1. Idade e sexo.....	29
1.4.2.2. Características pessoais.....	29
1.5. Avaliação da qualidade de vida e da qualidade de vida relacionada com a saúde	33
1.5.1. O Projecto KIDSCREEN .....	38
1.6. Síntese .....	40

<b>Capítulo II – Risco social .....</b>	<b>43</b>
2.1. Introdução .....	43
2.2. Factores de risco e factores de protecção.....	44
2.3. Crianças e adolescentes em risco.....	46
2.3.1. As comissões de protecção de crianças e jovens em risco.....	48
2.3.2. Os territórios educativos de intervenção prioritária.....	52
2.4. Síntese.....	54
<b>Capítulo III – Estudo empírico.....</b>	<b>57</b>
3.1. Introdução .....	57
3.2. Metodologia .....	57
3.2.1. Objectivos .....	57
3.2.2. Variáveis .....	58
3.2.3. Desenho do estudo .....	59
3.3. Método .....	59
3.3.1. Participantes .....	59
3.3.2. Materiais.....	61
3.3.2.1. O questionário sócio-demográfico .....	61
3.3.2.2. O KIDSCREEN 27 .....	62
3.3.2.3. A avaliação do risco social.....	63
3.3.3. Procedimento.....	64
3.4. Resultados .....	66
3.5. Discussão .....	70
3.6. Síntese.....	76
<b>Conclusão geral.....</b>	<b>78</b>
<b>Referências bibliográficas.....</b>	<b>84</b>

## Índice de Anexos

**Anexo I – NORMA S.A.R.L.**

**Anexo II – Autorizações para realizar recolha de dados**

**Anexo III – Consentimento informado/pedido de autorização aos Encarregados de Educação**

## Índice de Figuras

<b>Figura 1 - Modelo integrativo da qualidade de vida.....</b>	<b>9</b>
--	----------

## Índice de Quadros

<b>Quadro 1</b> - Caracterização sócio-demográfica dos participantes .....	60
<b>Quadro 2</b> - Caracterização do risco social.....	61
<b>Quadro 3</b> - Diferenças na percepção da qualidade de vida geral e dimensões em função do sexo .....	66
<b>Quadro 4</b> - Diferenças na percepção da qualidade de vida geral e dimensões em função da idade.....	67
<b>Quadro 5</b> - Diferenças na percepção da qualidade de vida geral e dimensões em função da escolaridade .....	68
<b>Quadro 6</b> - Diferenças na percepção da qualidade de vida geral e dimensões em função do nível sócio-económico.....	69
<b>Quadro 7</b> - Diferenças na percepção da qualidade de vida geral e dimensões em função do risco social .....	70

## **Lista de Abreviaturas**

**CPCJ** – Comissão de Protecção de Crianças e Jovens em Risco

**NSE** – Nível sócio-económico

**OMS** – Organização Mundial de Saúde

**QV** – Qualidade de vida

**QVRS** – Qualidade de vida relacionada com a saúde

**TEIP** – Território Educativo de Intervenção Prioritária

**TEIP2** – Território Educativo de Intervenção Prioritária de 2º Geração

## Introdução geral

“Existe algo ainda mais vital para a ciência do que métodos inteligentes, que é o sincero desejo para descobrir a verdade, qualquer que ela seja.”<sup>1</sup>

Charles Sanders Peirce

Assiste-se, hoje em dia, a uma aproximação das culturas oriental e ocidental, buscando numa o que parece faltar na outra, numa conjugação de esforços, conceptualizações, metodologias e abordagens que trazem inúmeros benefícios para a vida humana.

A noção de qualidade de vida (QV) não é, neste sentido, excepção. Este termo tem origem nas duas civilizações (oriental e ocidental), trazendo da cultura oriental o equilíbrio entre o *Yin* e o *Yang*, forças positivas e negativas que, em harmonia, produziriam uma boa qualidade de vida, ao mesmo tempo que adopta a visão aristotélica ocidental que descrevia a felicidade como uma actividade inata e integrada na alma humana e que definia uma boa qualidade de vida como o sentir-se feliz, completo e realizado (Assumpção Jr & Kuczynski, 2010; Gordia, Quadro, Oliveira & Campos, 2011).

Quando, na década de 1960, o Presidente norte-americano Lyndon Johnson afirmou no seu discurso que “os objectivos não podem ser medidos através do balanço dos bancos. Eles só podem ser medidos através da qualidade de vida que proporcionam às pessoas” (Abrams, 1974, p. 4), o mundo estava ainda longe de imaginar que a expressão “qualidade de vida” iria assumir a importância e a relevância que hoje assume.

De facto, esta afirmação, fez acender uma luz sobre o que é a qualidade de vida mas, mais do que isso, transportou-a para o plano da subjectividade, dando espaço à percepção individual de cada um sobre a sua própria qualidade de vida, mais do que aos indicadores sociais objectivos até então em vigor como referenciais de uma vida com qualidade (Cummins, 1997).

---

<sup>1</sup> Tradução livre

Actualmente, este termo encontra eco não só nas mais variadas áreas do conhecimento científico, desde as ciências médicas às ciências humanas e sociais, mas também na linguagem do senso comum, estando presente no discurso quotidiano de todos os indivíduos. É, aliás, esta popularidade conceptual que se constitui como uma limitação à sua discussão científica (Ribeiro, 2009).

O termo qualidade de vida, que se relaciona, de forma ampla, com as noções de satisfação com a vida, de “boa vida” e de “viver melhor”, tem vindo a sofrer diversas reformulações e adaptações ao longo dos séculos, como defendem Assumpção Jr e Kuczynski (2010).

Em Portugal, os primeiros estudos sobre a qualidade de vida surgem na década de 1990 (Ribeiro, 1994, 1995, 2009). A Constituição da República Portuguesa, menciona, nos seus Princípios Fundamentais, que a promoção do bem-estar e da qualidade de vida da população é uma das tarefas fundamentais do Estado (Lei Constitucional nº1, 2005, alínea d) do art. 9º).

Para que seja possível falar de qualidade de vida há que considerar também os inúmeros factores que a influenciam. Os factores de ordem psicossocial assumem uma posição de destaque pela importância que têm na procura de uma vida com qualidade, nomeadamente os de ordem pessoal e social (Santos, 2008). As características pessoais do sujeito, a família, o estatuto sócio-económico e os acontecimentos de vida são alguns exemplos de aspectos que, segundo o estado da arte, exercem influência sobre a qualidade de vida (Santos, 2008).

Quando, por motivos de diversa ordem, os aspectos da vida do indivíduo se assumem como factores inibidores de um desenvolvimento positivo saudável e adaptativo, assumindo-se como factores de risco, mais do que como factores de protecção, a qualidade de vida pode encontrar-se em risco (Santos, 2008). Estas questões assumem uma importância ainda maior quando se fala de crianças e adolescentes, por constituírem organismos ainda em fase de desenvolvimento e, portanto, dependentes na satisfação das suas necessidades, sendo a família o principal elemento cuidador da criança ou do jovem.

Com o presente trabalho de dissertação de mestrado pretendemos, então, analisar de que forma crianças e adolescentes, alunos dos 2º e 3º ciclo do ensino básico público, percebem a sua qualidade de vida. É feita uma comparação entre dois grupos destes alunos: um grupo com combinação de características de risco e outro sem combinação de características de risco. Estas características dizem respeito à conjugação de pelo menos dois aspectos objectivos distintos, entre eles: a) integração dos alunos em Comissões de Protecção de Crianças e Jovens em Risco (CPCJ), b) frequência de estabelecimento de ensino Território Educativo de Intervenção Prioritária (TEIP), c) nível sócio económico baixo e d) existência de doença ou condição física crónica.

As temáticas abordadas surgem na sequência do estágio curricular realizado num agrupamento de escolas da rede pública, no ano lectivo 2009/2010, constituído como Território Educativo de Intervenção Prioritária de Segunda Geração (TEIP2) para o biénio lectivo 2009/2010 e 2010/2011 e do contacto tido com aquela população de alunos e suas famílias. Foi também deste contacto que surgiu a motivação para explorar o tema mencionado, movidos pela curiosidade em estudar de que maneira aqueles jovens, inseridos num contexto escolar de risco e, muitos deles, provenientes de famílias também elas em risco social, percebem a sua qualidade de vida, considerando as orientações gerais da Organização Mundial de Saúde (OMS) que, no seu preâmbulo amplamente conhecido, considera a saúde num sentido positivo e não apenas a ausência de doença (World Health Organization, 1946).

O facto de não termos encontrado estudos que comparem estas duas temáticas – a qualidade de vida e o risco social - constituiu um motivo impulsionador para a realização deste estudo, na medida em que consideramos pertinente perceber de que forma é que uma população com características psicossociais que poderão à partida ser potenciadoras de um desenvolvimento menos saudável ou adaptativo, de acordo com a revisão bibliográfica, entendem a sua própria qualidade de vida.

Em primeiro lugar, no Capítulo I, fazemos um enquadramento teórico, no qual são definidos e delimitados os conceitos de qualidade de vida e qualidade de vida relacionada com a saúde (QVRS), nomeadamente no que à infância e juventude

concerne. São explicitados quais os factores pessoais e sociais a eles associados e de que forma tem vindo a ser feita a avaliação destes dois constructos.

No capítulo II, abordamos a questão do risco, incluindo os factores de risco e protecção e seus contextos, bem como uma descrição do que são as Comissões de Protecção de Crianças e Jovens em Risco (CPCJ) e os Territórios Educativos de Intervenção Prioritária (TEIP), uma vez que estes dois aspectos foram considerados como elementos de avaliação de risco no estudo empírico realizado.

Seguidamente, no capítulo III, descrevemos pormenorizadamente o estudo empírico realizado. Explicitamos quais os objectivos, quais as variáveis e qual o desenho do estudo, os participantes, o material utilizado e os procedimentos efectuados. Apresentamos e discutimos também os resultados obtidos. Por fim, apresentamos uma conclusão geral.

O momento presente da investigação científica, considerado o volume de informação que é actualmente produzido, especialmente no domínio que mais diz respeito a este trabalho, que é o da Psicologia, impede que se desenvolva e atinja um conhecimento extensivo e exaustivo da problemática que qualquer autor ou investigador se proponha estudar. A gestão de toda a informação, a escolha e selecção do suporte teórico e das metodologias que sustentam o estudo empírico constituem-se, por si só, como tarefas desafiantes, impregnadas de limitações. Apesar de tudo, à definição e organização da linha orientadora deste trabalho, presidiu o critério da utilidade percebida como relevante quer na revisão da literatura efectuada, quer no que ao estudo empírico diz respeito.

## **Capítulo I – Qualidade de vida**

### **1.1. Introdução**

Neste primeiro capítulo, pretendemos fazer uma revisão da literatura existente sobre o tema da qualidade de vida e da qualidade de vida relacionada com a saúde, definindo e delimitando estes constructos; analisar os factores pessoais e sociais que os influenciam, além de explicitar questões relativas à sua avaliação, sobretudo no que concerne as faixas etárias da infância e adolescência.

Uma vez que esta investigação versa sobre crianças e adolescentes alunos do 2º e 3º ciclo, torna-se pertinente, antes de mais, delimitar e definir estas faixas etárias de forma a operacionalizar estes conceitos considerando os objectivos desta investigação.

O Dicionário de Psicologia Dorsch (Dorsch, Hackar & Stapf, 2001), define criança como “pessoa, durante o período de desenvolvimento, desde o nascimento (perinatal) até ao início da maturidade adulta (puberdade)” (p. 211) e adolescência como “a idade juvenil de homens e mulheres após a maturidade sexual” afirmando que “está no meio entre a idade da criança e a idade madura, [abrangendo], pois, mais ou menos, as fases de desenvolvimento da puberdade e juventude” (p. 16). Já Doron e Parot (2001), definem o conceito de criança como “o ser humano que se encontra na infância” (p. 193) e referem que, dependendo dos autores, podem ser consideradas três fases. A mais relevante para este trabalho é a designada terceira infância que vai dos 7 aos 12 anos e que termina com a puberdade a partir da qual se inicia a adolescência. Definem esta última como uma “fase de reestruturação afectiva e intelectual da personalidade, um processo de individuação e metabolização das transformações fisiológicas ligadas à integração do copo sexuado” (p. 32). Referem ainda que a delimitação do final da adolescência é imprecisa considerando os inúmeros casos de adolescentes prolongados que continuam a trabalhar na sua personalização, nem por isso deixando de constituir um campo de estudo privilegiado (Doron & Parot, 2001).

A Organização Mundial de Saúde delimita a adolescência entre os 10 e os 19 anos de idade (World Health Organization, 1986b) e define-a como o período de transição entre

a infância e a idade adulta, “caracterizada pelos impulsos do desenvolvimento físico, mental, emocional, sexual e social e pelos esforços em alcançar os objectivos relacionados com as expectativas relacionais da sociedade em que vive” (Eisenstein, 2005, p. 6). Esta transição implica mudanças a nível físico, psicológico e social, iniciadas à entrada na puberdade, as alterações cognitivas e emocionais da passagem da infância à idade adulta e a emergência de um estado de total dependência económica para um estado de relativa independência, com o alcance da maioridade legal (World Health Organization, 1986b). Já a Associação Americana de Psicologia considera as crianças sujeitos até aos 12 anos de idade e adolescentes até aos 17 anos (APA, 2009).

Um aspecto se ressalva de todas as definições: a impossibilidade de se fixarem limites mínimos e máximos universais, sobretudo no que concerne a adolescência.

Considerando as diferentes definições e limites atribuídos ao início e final da adolescência e tendo em conta os objectivos deste trabalho, optámos por fundamentar a divisão entre criança e adolescente nas orientações da Associação Americana de Psicologia e definimos criança como sujeitos até aos 12 anos de idade e adolescentes como sujeitos a partir dos 13 anos.

## **1.2. Definição e delimitação de conceitos**

Os conceitos de qualidade de vida e qualidade de vida relacionada com a saúde são abrangentes e multifacetados. Apresenta-se, portanto, pertinente, defini-los e delimitá-los, explicitando quais as suas características e especificidades, distinguindo-os.

### **1.2.1. Qualidade de vida**

A noção de qualidade de vida (QV) é abrangente e encerra diversos significados e abordagens. Sendo um termo amplamente usado e difundido, é difícil a tarefa de lhe atribuir uma definição única e consensual (Ribeiro, 2009; Gordia, Quadros, Oliveira & Campos, 2011). No entanto, vários autores atribuem a este conceito as ideias de multidimensionalidade, subjectividade e complexidade, enfatizando o seu carácter holístico e a existência de aspectos objectivos e subjectivos (Fleck, Louzada, Xavier,

Chachamovich, Vieira, Santos et al, 1999b; Minayo, Hartz & Buss, 2000; Ogden, 2004; Seidl & Zannon, 2004; Gaspar & Matos, 2008; Gordia, Quadros, Oliveira & Campos, 2011), sendo também influenciado por diferentes interpretações e conotações, facto que se deve à contemporaneidade da expressão (Parreira, 2006).

Nas quatro últimas décadas, assistiu-se a um interesse crescente por este conceito que se reflectiu no enorme aumento do número de estudos realizados em várias áreas do saber, desde a Economia, Sociologia, Antropologia e Política, à Medicina e à Psicologia, sobretudo a partir da segunda metade da década de 1980 (Seidl & Zannon, 2004; Kluthcovsky & Takayanagui, 2007; Fleck, 2008; Gaspar & Matos, 2008).

Em Portugal, as primeiras investigações e publicações sobre esta temática podem ser encontradas desde meados da década de 1990 (Ribeiro, 1994; Ribeiro, 2009). Este construto apresenta, portanto, relevância para todas as pessoas, independentemente da idade, cultura, nível sócio-económico (NSE) ou posição geográfica (Gaspar & Matos, 2008).

A complexidade conceptual do termo qualidade de vida justifica-se pelo facto de ser um conceito antigo, cuja evolução temporal foi sendo pautada pelos sucessivos avanços civilizacionais, científicos e tecnológicos (Assumpção Jr & Kuczynski, 2010).

São inúmeros os autores e investigadores que propõem definições para a expressão qualidade de vida. Por serem tão diversificadas e em tão elevado número, as definições de qualidade de vida, Farquhar (1995), numa revisão da literatura existente até ao início da década de 1990, optou por separá-las em quatro tipos distintos de definições: definições globais, definições em componentes, definições focadas e definições combinadas (Farquhar, 1995; Seidl & Zannon, 2004; Ribeiro, 2009). Presentemente, as definições que mais têm surgido são de tipo combinado que integram aspectos gerais e dimensionais da qualidade de vida, enfatizando o ponto de vista empírico e operacional, a partir das quais se desenvolveram instrumentos de avaliação global e factorial (Farquhar, 1995).

Vários autores e investigadores são concordantes quanto à existência de determinadas características, quando o que está em causa é definir qualidade de vida, aceitando, de um modo geral, que este conceito é multifactorial, subjectivo e apresenta variabilidade temporal (Ribeiro, 2009).

Da revisão bibliográfica efectuada, podem acrescentar-se as ideias de multidimensionalidade e bipolaridade às propriedades definidoras deste conceito. A multidimensionalidade e multifactorialidade referem-se à ideia de que a qualidade de vida diz respeito a diferentes áreas ou dimensões da vida do indivíduo e da condição humana (dimensões), para as quais concorrem diversos grupos de factores que as influenciam (Seidl & Zannon, 2004; Ribeiro 2009). O facto de associar aspectos negativos e positivos define a bipolaridade do constructo (Kluthcovsky & Takayanagui, 2007).

Além das definições que foram já mencionadas, Gordia et al (2011), na sua revisão bibliográfica sobre o tema, referem outras. Demo (1995, citado por Gordia et al, 2011) é de opinião que a qualidade de vida tem a ver com a cultura, a arte, o lazer e a sabedoria mais do que com questões tecnológicas, produtivas, de eficiência ou científicas, dando relevância ao carácter subjectivo e social do conceito e passando para segundo plano as questões de foro mais economicista.

Outros autores, referenciados por Gordia et al (2011), acreditam que uma boa qualidade de vida reflecte uma vida boa e compensadora em quatro domínios: social, afectivo, profissional e saúde. Sumarizam, afirmando que a qualidade de vida se relaciona com as condições e estilos de vida mas também com questões de desenvolvimento e ecologia humana (Gordia et al, 2011).

Costanza, Fisher, Ali, Beer, Bond, Boumans, et al (2008) propõem uma definição abrangente e completa, que define qualidade de vida como sendo a extensão até onde as necessidades básicas do ser humano são atendidas tendo em conta a sua percepção individual ou colectiva do que é o bem-estar subjectivo. As necessidades básicas são operacionalizadas em termos de capacidade de subsistência, reprodução, segurança, afecto, entre outros, e o bem-estar subjectivo é avaliado de acordo com a resposta

individual ou de grupo a questões relativas à felicidade, satisfação com a vida, o sentir-se útil e a prosperidade. A relação entre as necessidades básicas específicas e a satisfação percebida em relação a cada uma pode ser afectada pelas competências psicológicas, o temperamento, o contexto cultural, o acesso à informação, a educação e outros, numa rede complexa de ligações. Além disso, defendem que a relação entre a satisfação destas necessidades básicas e o bem-estar subjectivo é influenciada pelo valor que indivíduos, grupos e sociedades atribuem a determinada necessidade em detrimento de outras, valor este que apresenta variações ao longo do tempo (Costanza et al, 2008). Apresentam, então, um modelo integrativo e explicativo da qualidade de vida e de como ela pode ser compreendida e alcançada (Figura 1).

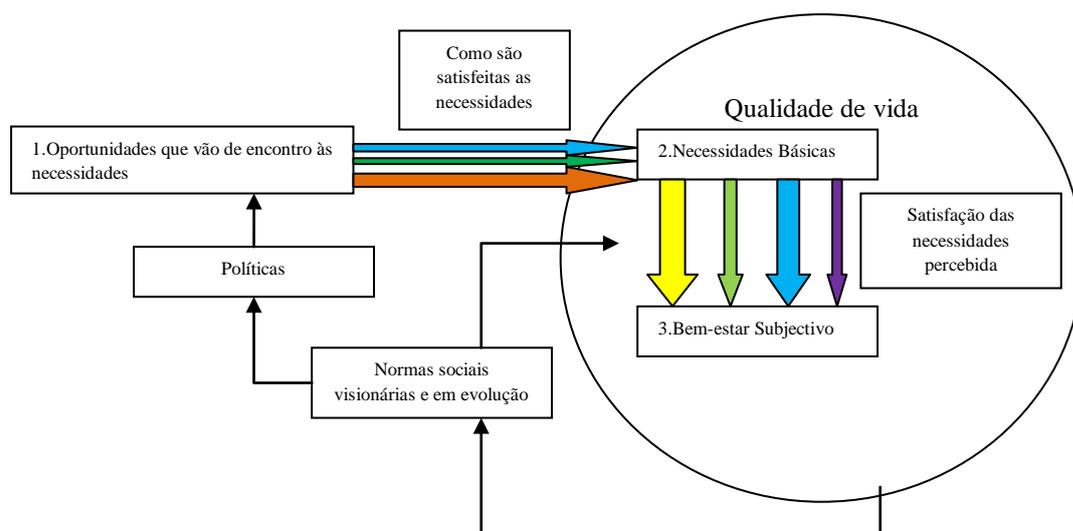


Figura 1. Modelo integrativo da qualidade de vida. Adaptado de Costanza et al, 2008, para. 3.

Neste modelo, os autores representam a qualidade de vida enquanto interacção entre as necessidades básicas e a percepção subjectiva da sua satisfação, por isso as setas de várias espessuras e cores. Esta interacção é mediada pelas oportunidades disponíveis para satisfazer essas mesmas necessidades no presente e no futuro. Nestas oportunidades (1) estão incluídos o capital natural, social e humano e o tempo. No que diz respeito às necessidades básicas (2) elas incluem algumas já mencionadas como a capacidade de subsistência, reprodução, segurança, e afecto mas também a compreensão, a participação, o lazer, a espiritualidade, a criatividade, a identidade e a liberdade. O bem-estar subjectivo (3) é operacionalizado, neste modelo, como sendo a

prosperidade, a utilidade e a felicidade para os indivíduos e/ou grupos (Costanza et al, 2008).

Wallander, Schmitt e Koot (2001) propõem uma definição que abrange os aspectos mais relevantes que vêm referenciados na literatura ao definir qualidade de vida como a articulação entre a percepção de bem-estar objectivo e subjectivo em diversos domínios da vida considerados importantes numa determinada cultura e tempo, tendo em conta a universalidade dos direitos humanos.

No trabalho de Minayo, Hartz e Buss (2000) pode ler-se que uma boa ou excelente qualidade de vida é aquela que oferece condições mínimas para que os indivíduos desenvolvam ao máximo as suas potencialidades quer esteja a falar-se de viver, sentir ou amar, trabalhar, produzir bens ou serviços, fazer ciência ou arte, faltando unicamente fazer da noção um conceito e operacionalizá-lo (Neto, 1994 citado por Minayo, Hartz & Buss, 2000).

Minayo, Hartz e Buss (2000) reiteram que qualidade de vida é uma construção social e “eminente humana (...) [referente ao] grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial” (p. 8), atribuindo à qualidade de vida a marca da relatividade cultural. Apesar da noção de qualidade de vida remeter-se sobretudo ao plano individual, é possível atribuir-lhe três fóruns de referência distintos: o plano histórico que define que uma determinada sociedade tem parâmetros de qualidade de vida distintos consoante se fale de duas etapas da história também elas distintas em termos de desenvolvimento económico, social e tecnológico; o segundo plano é cultural porquanto o quadro e sistema de valores e necessidades de uma determinada população revelam sempre a sua herança em termos de tradições e costumes; o terceiro e último é o plano social e diz respeito às fortes desigualdades e heterogeneidades sociais, que estratificam as populações em classes sociais distintas, com níveis de qualidade de vida também eles diversos (Minayo et al, 2000).

Ao falar-se de qualidade de vida, não é possível deixar de lado o conceito de bem-estar. Este termo refere-se à capacidade do ser humano se sentir bem na sua vida, quer em termos físicos (bem-estar físico) quer em termos emocionais e psicológicos (bem-estar

psicológico) (Gaspar & Matos, 2008). A qualidade de vida dirá então respeito a dimensões como o bem-estar físico e psicológico, as actividades de lazer e actividades sociais, a realização pessoal e profissional, enquadradas por um contexto social que promova o desenvolvimento de todas estas dimensões.

Também Fallowfield (1990) refere que o humor, o sofrimento emocional, a adaptação à doença (dimensão psicológica), os relacionamentos, as actividades sociais e de lazer (dimensão social), o trabalho (dimensão ocupacional) e a mobilidade, a dor, o sono e o apetite (dimensão física) constituiriam as principais áreas da qualidade de vida. Todos estes parâmetros individuais e sócio-ambientais, dinâmicos porque são mutáveis ao longo do tempo, são o que no fundo caracteriza a condição de vida dos indivíduos (Fallowfield, 1990; Gordia et al, 2011).

Este reconhecimento, por parte da comunidade científica, de que da noção de qualidade de vida fazem parte diversas dimensões da vida individual e colectiva, tem motivado muitas pesquisas através da utilização de metodologia qualitativa e quantitativa (Seidl & Zannon, 2004).

A Organização Mundial de Saúde (OMS), nomeadamente o Grupo da Qualidade de Vida da OMS, criado na década de 1990 com o objectivo de fazer crescer o conhecimento nesta área e criar instrumentos para a sua avaliação, define qualidade de vida como “a percepção do indivíduo da sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores nos quais vive e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações” (World Health Organization Quality of Life Group, 1997, p. 1), incluindo nesta definição a saúde física, o estado psicológico, o nível de independência e as relações sociais que o sujeito desenvolve no seio do ambiente em que vive (World Health Organization Quality of Life Group, 1997). Desta definição, pode depreender-se o carácter subjectivo do termo uma vez que ela começa exactamente por transmitir a ideia de que é a percepção individual que dá o mote ao conceito, podendo dizer-se que o que constitui para uns uma boa qualidade de vida pode não o ser para outros. Gaspar e Matos (2008) acrescentam que as experiências actuais e passadas da pessoa são elementos igualmente importantes, indo ao encontro da perspectiva de Calman (1987, citado por Gaspar & Matos, 2008) que entende qualidade de vida como

a percepção das diferenças entre esperanças e expectativas e as vivências presentes do sujeito.

Para Calman (1987, citado por Gaspar & Matos, 2008), a qualidade de vida será elevada se o que o indivíduo espera e anseia forem coincidentes com as experiências que vive; e é baixa se existir um afastamento considerável entre o que o indivíduo tem e o que auspícia alcançar. Deste modo, a noção de qualidade de vida deverá ser sempre percebida como parte da experiência quotidiana e individual de cada pessoa. Logo, condições de vida óptimas não garantem uma boa qualidade de vida já que o que a determina é a percepção do ser humano dessas mesmas condições (Souza & Carvalho, 2003).

A qualidade de vida enquanto representação social não é linear, apesar de tudo o que foi atrás mencionado. A subjectividade que lhe está subjacente não é completa em termos conceptuais porque existem, para além desta, parametrizações materiais objectivas que dizem respeito à satisfação de necessidades elementares passíveis de serem medidas. As taxas de desemprego, exclusão social e violência são, para citar alguns exemplos, aspectos mensuráveis do ambiente social que contribuem para uma diminuição da qualidade de vida (Minayo, Hartz & Buss, 2000).

Assim, a noção de qualidade de vida tem que ver, também, com questões objectivas que se prendem com índices económicos, sociais e de saúde, quantificáveis e gerais, que reflectem até que ponto as necessidades de cada um estão ou podem ser satisfeitas. Estes índices, incluem, por exemplo, a produtividade económica de uma sociedade, o nível de literacia, a esperança média de vida e outros indicadores sociais e de saúde (Costanza et al, 2008).

Cummins (1997) resume as diversas definições de qualidade de vida em quatro proposições:

- a) o termo qualidade de vida refere-se a aspectos objectivos e subjectivos;
- b) a componente objectiva diz respeito a medidas generalizáveis a toda a população tais como indicadores sociais;

c) a componente subjectiva diz respeito a medidas de bem-estar percebido, sendo esta componente referenciada, as mais das vezes, como bem-estar subjectivo;

d) podem ser identificados pelos menos 5 domínios da qualidade de vida: bem-estar psicológico ou emocional, saúde, relações sociais e familiares, riqueza ou bem-estar material e trabalho ou outra forma de produtividade.

Definido e delimitado que está o conceito de qualidade de vida, considerando as principais características conceptuais, importa agora falar do que é qualidade de vida relacionada com a saúde (QVRS).

### **1.2.2. Qualidade de vida relacionada com a saúde**

O progresso e avanços científicos observados ao longo do último século e na primeira década do século XXI em termos económicos, sociais, ambientais e políticos bem como no campo médico e da saúde pública influenciaram a melhoria contínua e sustentada das condições de vida das populações, reduzindo as taxas de mortalidade e morbilidade. Todavia, as enormes desigualdades nas condições de vida e saúde entre países, regiões e grupos sociais são ainda evidentes (Buss, 2000).

Buss (2000) refere, na breve resenha histórica que faz sobre a conceptualização de qualidade de vida e saúde, que desde o século XVIII é entendido que a pobreza e más condições de vida, trabalho e nutrição constituem fortes preditores de doenças e que o ambiente físico e social são uma forte influência para a boa ou a má saúde. O autor prossegue referindo que, em 1946, Sigerist foi um dos autores pioneiros a afirmar que a promoção da saúde passa por proporcionar condições de vida adequadas tais como “boas condições de trabalho, educação, cultura física e formas de lazer e descanso” (Sigerist, 1946, citado por Buss, 2000, p. 166). Considerava-se, então, que era função dos profissionais de saúde, em especial dos médicos, a definição de normas e a fixação de padrões mas alertava-se para a necessidade da conjugação de esforços de todos os sectores da sociedade para que a promoção da saúde, a prevenção das doenças, a recuperação dos enfermos e a reabilitação, quatro tarefas médicas fundamentais, pudessem ser levadas a cabo. A saúde é, assim, entendida como um produto resultante da combinação de um espectro de factores que se relacionam com a qualidade de vida.

De facto, a Constituição da Organização Mundial de Saúde, define saúde como um estado de total bem-estar físico, mental e social e não a pura ausência de doença (WHO, 1946). Até hoje, esta definição tem prevalecido no sentido de fazer valer os princípios daquela Organização de forma a promover a felicidade, harmonia e segurança entre e de todos os povos.

Como refere Santos (2008):

o conceito abrangente de saúde assim descrito envolve para além de aspectos biológicos questões relacionadas (1) com a percepção de competência e participação na vida social, (2) com a sensação de pertença e apoio do grupo social, atribuindo às relações interpessoais um papel de importância reforçada. (p. 28)

A contribuição da saúde para a qualidade de vida é uma evidência científica, do mesmo modo que muitos componentes da qualidade de vida contribuem para que seja possível alcançar uma vida com elevado nível de saúde (Buss, 2000).

De acordo com Ribeiro (2009), a qualidade de vida é mais abrangente do que saúde, ideia partilhada por Wallander, Shmitt e Koot (2001). O mesmo autor, relaciona a qualidade de vida com a noção de saúde positiva da OMS. Actualmente, a saúde deve ser encarada num sentido positivo, como recurso para a vida, valorizando os recursos sociais e pessoais e as capacidades físicas, e não somente como ausência de doença.

Torna-se, por isso, fundamental promover ambientes favoráveis, o acesso à informação e a experiências educativas significativas e a aquisição de competências pessoais e sociais, assim como oportunidades que permitam fazer escolhas por uma vida mais saudável (Ribeiro, 2009). Ainda sobre esta questão, Cummins (1997) salienta que é essencial que a concepção e operacionalização da qualidade de vida sejam adequadas à população geral, independentemente da sua condição física.

Os termos bem-estar físico e bem-estar psicológico ou subjectivo, mencionados aquando da conceptualização da QV, relembram a definição de saúde da OMS,

defendendo-os também como direitos humanos fundamentais. Atingir o nível mais elevado possível de saúde deve constituir a mais importante meta social em todo o mundo, cuja realização requer a acção de muitos outros sectores sociais e económicos, além do sector da saúde (WHO, 1978).

A noção de promoção da saúde surge com a Carta de Ottawa, redigida aquando da I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em Ottawa, Canadá, em 1986, que a define como o processo de capacitação dos povos para aumentar o controlo e actuar sobre a sua saúde. Para alcançar um estado de completo desenvolvimento físico e mental e bem-estar social, um indivíduo ou grupo deve ser capaz de identificar aspirações, satisfazer as suas necessidades e cooperar ou mudar com o ambiente em que está inserido (World Health Organization, 1986a).

A saúde é, portanto, vista como um recurso para a vida quotidiana, e não como objectivo de vida. A saúde é um conceito positivo que enfatiza recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é apenas responsabilidade do sector da saúde sendo mais do que a busca de estilos de vida saudáveis, um caminho para o bem-estar total (World Health Organization, 1986a). O mesmo documento assume ainda que a saúde é o maior recurso para o desenvolvimento social e económico, além do pessoal já mencionado, e uma importante dimensão da qualidade de vida, acrescentando que para se alcançar uma boa saúde é necessário que a paz, o acesso à educação, à habitação, à alimentação e a um rendimento, assim como a equidade, os recursos sustentáveis, a justiça social e um ecossistema estável são requisitos essenciais. (World Health Organization, 1986a).

O modelo biomédico, em vigor durante muitos anos, começou por utilizar o termo qualidade de vida referindo-se a aspectos relacionados com a doença e num contexto puramente funcional. Para avaliar e medir esta qualidade de vida, os indicadores usados eram maioritariamente bioestatísticos, psicométricos e económicos ignorando o contexto cultural, social e de lazer e a história e percursos de vida dos indivíduos (Minayo, Hartz & Buss, 2000; Seidl & Zannon, 2004). A oncologia foi, segundo Fleck et al (1999a) a especialidade médica que primeiramente se confrontou com a

necessidade de aferir as condições de vida dos pacientes cujos tratamentos aumentaram a sua esperança de vida.

Stewart e Ware (1992) operacionalizaram a QV em termos de funcionamento físico e social, limitações de papel devidas a problemas físicos e problemas emocionais, saúde mental, energia/vitalidade, dor e percepção geral de saúde, exemplos de que a qualidade de vida está associada a contextos particulares de saúde.

Patrick e Erickson (1993, citado por Seidl & Zannon, 2004) consideram que a qualidade de vida constitui-se como um valor atribuído ao tempo de vida tendo em conta que as incapacidades, os estados funcionais, as percepções e oportunidades sociais modificam esse mesmo valor.

Fleck (2008) apresenta algumas abordagens que permitem explicar a integração dos conceitos de qualidade de vida e saúde.

Em primeiro lugar, refere os estudos de base epidemiológica, realizados nos Estados Unidos da América nas décadas de 1960 e 1970 cujos objectivos passavam por avaliar a saúde mental da população norte-americana e monitorizar a sua qualidade de vida, conscientes de que, em sociedades cada vez mais ricas, a diminuição dos níveis de pobreza tornou-se num objectivo insuficiente, e de que os cidadãos, cada vez mais conscientes dos seus direitos e deveres, ansiavam pelo desenvolvimento e acesso a oportunidades a vários níveis. Concluíram que a relação entre as condições objectivas e subjectivas da população não era linear (Fleck, 2008; Ribeiro, 2009).

Em segundo lugar, menciona o desenvolvimento e aumento do número de indicadores sociais, de riqueza e de desenvolvimento, de que são exemplo o Produto Interno Bruto (PIB), o Índice de Mortalidade Infantil (IMI) e o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) (Fleck, 2008).

Em terceiro lugar, refere as medidas de avaliação, diagnóstico e tratamento em medicina, centradas na doença e não no doente e esquecendo o caso particular das doenças crónicas, cujo objectivo final não é a cura mas antes a redução do impacto da

doença na vida do paciente. Foi sendo constatado que a procura dos serviços de saúde está mais ligada à percepção do estado de saúde pela pessoa do que ao seu estado de saúde propriamente dito (Fleck, 2008).

Por fim, refere ainda a questão da humanização da medicina, nomeadamente no que concerne a relação médico-paciente, cuja consciencialização crescente possibilitou a promoção e criação de parâmetros de avaliação que contemplassem a noção de qualidade de vida e não apenas as questões directamente relacionadas com a doença (Fleck, 2008).

O desenvolvimento da Psicologia Positiva, tem também uma forte influência na relação entre QV e saúde. Esta área da Psicologia dá ênfase aos aspectos positivos da experiência humana, estudando noções como as de felicidade, optimismo, esperança e bem-estar subjectivo, entre outras. A preocupação com o valor que o paciente atribui aos serviços de que usufrui, enquanto cidadão ou enquanto paciente/doente, contribuiu para o desenvolvimento de estratégias de melhoramento do atendimento e do tipo de serviços prestado (Ribeiro, 2009).

O conceito de qualidade de vida relacionada com a saúde (QVRS) prende-se, assim, com aspectos da qualidade de vida mais directamente relacionados com a saúde, a sua avaliação e intervenção (Seidl & Zannon, 2004).

Seidl e Zannon (2004) apresentam uma revisão das definições de qualidade de vida relacionada com a saúde (QVRS). Guiteras e Bayés definem QVRS como “a valoração subjectiva que o paciente faz de diferentes aspectos de sua vida, em relação ao seu estado de saúde” (citados por Seidl & Zannon, 2004, p. 583); Cleary e colaboradores dizem que a QVRS diz respeito “aos vários aspectos da vida de uma pessoa que são afectados por mudanças no seu estado de saúde, e que são significativos para a sua qualidade de vida” (citados por Seidl & Zannon, 2004, p. 583); por fim, Patrick e Erickson (1993, citado por Seidl & Zannon, 2004) entendem QVRS como o “valor atribuído à duração da vida, modificado pelos prejuízos, estado funcional e oportunidades que são influenciados por doença, dano, tratamento ou políticas de saúde” (p. 583).

Wallander, Shmitt e Koot (2001) tecem algumas considerações a respeito da distinção entre qualidade de vida e qualidade de vida relacionada com a saúde. Sobre esta questão, consideram que não é possível, para nenhum indivíduo, separar a sua qualidade de vida geral, mais vaga e abrangente, da qualidade de vida relacionada com a sua doença ou condição física, qualquer que ela seja, considerando que a ideia de qualidade de vida relacionada com a saúde é o mesmo que falar em qualidade de vida especificamente relacionada com uma determinada doença e, por isso, uma conceptualização enganadora.

A natureza holística da qualidade de vida, nela inserindo-se a noção de bem-estar físico, dificilmente deixa espaço a que seja possível dividir a qualidade de vida em várias qualidades de vida, nomeadamente a qualidade de vida directamente relacionada com o estado de saúde (Wallander, Shmitt & Koot, 2001). Neste sentido, distinguem o que é o impacto da doença na qualidade de vida relacionada com a saúde, alertando para a ideia de que estes serão, de facto, dois conceitos distintos, e que podem ser avaliados de forma mais fidedigna e verdadeira do que quando se pretende avaliar a qualidade de vida numa determinada doença (Wallander, Shmitt & Koot, 2001).

### **1.3. Qualidade de vida e qualidade de vida relacionada com a saúde em crianças e adolescentes**

É no século XVIII que começa a surgir literatura sobre a infância, concomitantemente com a criação e implementação da instituição escola. Ainda que esta literatura fosse produzida essencialmente por médicos, cujos escritos versavam sobretudo sobre costumes educativos e orientações educacionais, muitos deles impulsionados pelo conhecido e historicamente documentado caso de Vitor, a criança selvagem de Aveyron, introduzido por Itard, a verdade é que foi a partir deste período que a atenção a esta faixa etária foi possível, encontrando especificidades e particularidades que a distinguem das faixas etárias subsequentes (Papalia, Olds & Feldman, 2001).

Os princípios fundamentais de protecção, atenção e direitos da criança estão legitimados em documentos históricos, mundialmente consagrados, tais como a Convenção Sobre os Direitos da Criança (UNICEF, 1989). De acordo com esses documentos, a protecção

integral das crianças e adolescentes pressupõe que elas sejam tratadas como sujeitos de direitos (cidadãos) e como grupo prioritário, respeitando o estágio de desenvolvimento biopsicossocial que se caracteriza por peculiaridades que implicam necessidades especiais, segundo a dinâmica do processo de maturação. Estes documentos reconhecem que todas as crianças, entendidas como sujeitos menores de 18 anos de idade, têm direito ao mais elevado nível de educação, saúde e lazer, respeitando o seu desenvolvimento físico, mental, moral e espiritual, para que possam crescer em condições de liberdade e dignidade. Todos estes aspectos fazem referência a dimensões da qualidade de vida.

Os direitos da infância e juventude têm vindo a ser reconhecidos de forma crescente. Warming (2003) reconhece o adolescente como actor social na sua vida, na vida das pessoas mais próximas e na sociedade em que se insere.

Assegurar cuidados de saúde e bem-estar para a população infanto-juvenil é um investimento fundamental para garantir a saúde e o bem-estar da população no futuro (World Health Organization, 2009). De um relatório preparado para a Comissão Europeia pela OMS, em 2009, sobre a saúde da população juvenil, resultou um alerta para as desigualdades sócio-económicas que têm tido um impacto substancial na saúde e nas oportunidades de vida dos jovens. Muitos dos problemas de saúde física e mental que podem ser encontrados enquanto adultos têm a sua génese na infância e na adolescência, ainda que não se observem manifestações claras de perfil nestas faixas etárias (World Health Organization, 2009).

Em virtude do estágio de desenvolvimento em que se encontram e do nível de dependência associado, crianças e adolescentes são incapazes, ainda, de se proteger convenientemente de condições de saúde e bem-estar que lhes são desfavoráveis, pelo que identificar crianças e adolescentes em risco de uma saúde pobre e de baixos níveis de bem-estar revela-se particularmente importante (Gaspar & Matos, 2008).

A percepção das crianças e adolescentes sobre a sua qualidade de vida, especialmente no que concerne aspectos relacionados com a sua saúde física, a cultura, o envolvimento social, stressores sociais, comportamentos de saúde e processos psicossociais, é

importante na medida em que estes podem funcionar como factores protectores ou factores de risco para a qualidade de vida (Santos, 2008).

Considerando a dimensão subjectiva da qualidade de vida, colocar a ênfase na percepção da qualidade de vida de crianças e adolescentes levanta algumas questões, nomeadamente, a ideia de que elaborar um julgamento sobre a satisfação é, necessariamente, fazer uma comparação que tem, na base, um quadro de referência que por sua vez se baseia naquilo que o sujeito considera ser típico em determinada situação. A avaliação subjectiva é, portanto, feita de acordo com aquilo que a criança ou o adolescente conhece (Wallander, Shmitt & Koot, 2001). É também possível, apesar de ser ainda um campo de investigação por explorar, que crianças e adolescentes baixem os seus padrões de percepção para níveis objectivamente inaceitáveis como forma de adaptação às condições de vida que lhes assistem (Wallander, Shmitt & Koot, 2001).

Uma outra questão, prende-se com as dificuldades, por parte de crianças e adolescentes, para expressarem opiniões, atitudes e sentimentos em relação à sua QVRS e para avaliarem aspectos relacionados com a sua qualidade de vida geral, capacidades que são determinadas pela idade, maturidade e desenvolvimento cognitivo (Gaspar & Matos, 2008). Em crianças mais novas, em idade pré-escolar ou em início de escolaridade, surgem dificuldades associadas à leitura e escrita pelo que o número de questionários que avaliam a qualidade de vida nesta faixa etária é escasso. A criança é ainda pouco ouvida ou tida em conta quando se pretende avaliar este constructo (Gaspar & Matos, 2008).

No entanto, estas dificuldades podem e têm vindo a ser ultrapassadas, com a construção e desenvolvimento de instrumentos que seguem outras estratégias e métodos, mais adequados ao desenvolvimento cognitivo das crianças e adolescentes (Gaspar & Matos, 2008).

#### **1.4. Factores relacionados com a qualidade de vida**

Por se constituírem como noções complexas e abrangentes mas sobretudo pela multidimensionalidade inerente, qualidade de vida e qualidade de vida relacionada com

a saúde são aspectos dinâmicos, passíveis de se alterarem ao longo do tempo, nem sempre de forma linear mas antes de acordo não só com características próprias do indivíduo mas também com alterações que vão surgindo na sua vida. Essas alterações assumem a posição de factores cuja influência se repercute na sua qualidade de vida e saúde.

De acordo com a perspectiva ecológica ou contextual, desenvolvida por Urie Brofenbrenner, o desenvolvimento e o crescimento acontecem e são influenciados por uma variedade de contextos ecológicos que os favorecem ou prejudicam. As interações entre o sujeito e estes contextos vão aumentando gradualmente, ao longo do tempo, formando sistemas de interacção cada vez mais complexos que influenciam o desenvolvimento mas que a pessoa, nas suas acções, também influencia (Papalia, Olds & Feldman, 2006).

Santos (2008) refere um conjunto de factores que influenciam a QV e a QVRS de crianças e adolescentes: saúde mental, condições de saúde física, optimismo, competências emocionais, resiliência, locus de controlo, auto-conceito, auto-estima, expectativas futuras, nível sócio-económico, idade, sexo, amigos, escola, família e competências sociais. Estes factores podem ser separados em dois grandes grupos: factores pessoais e factores sociais (Santos, 2008).

A seguir serão explicitados alguns destes factores, nomeadamente aqueles que mais dizem respeito a este trabalho.

#### **1.4.1. Factores sociais**

Estes factores dizem respeito a aspectos colectivos, de inter-relação e comunitários. São factores relacionados com a vida em grupo e com a sociedade tais como a família, a escola, o suporte social e o grupo de pares bem como a indicadores objectivos como é o caso do nível sócio-económico.

#### *1.4.1.1. Nível sócio-económico*

O debate em torno das noções de nível sócio-económico (NSE) traz à luz duas ideias distintas: a de que este conceito pode estar ligado à estratificação da população em classes e a ideia de que o NSE é sinónimo de estatuto social ou prestígio. Bradley e Corwyn (2002) consideram que a noção de capital é aquela que melhor representa o significado psicológico que pode atribuir-se a este conceito. Para estes autores, os recursos e posses (capital) são uma boa forma de pensar sobre o NSE uma vez que o acesso a recursos materiais, humanos e sociais estão fortemente relacionados com o bem-estar.

Bradley e Corwyn (2002) referem também que o interesse no estudo das relações entre o nível sócio-económico e determinadas variáveis ligadas à saúde, desenvolvimento cognitivo e sócio-emocional de crianças e adolescentes é grande uma vez que consideram que famílias de nível sócio-económico elevado tendem a proporcionar aos seus filhos o acesso a serviços, bens e redes sociais que os beneficiam enquanto que famílias de nível sócio-económico baixo não têm as mesmas possibilidades no que diz respeito ao acesso às mesmas experiências e recursos, colocando as suas crianças em risco de desenvolverem problemas desenvolvimentais. Os mesmos autores reiteram, no entanto, que há evidências de uma grande variabilidade na forma como crianças e adolescentes vivem as experiências típicas de cada NSE (Bradley & Corwyn (2002)).

O bem-estar físico, mental e social pode estar em risco em contextos de pobreza. Masten (2001) afirma que crianças e adolescentes de NSE baixo estão mais frequentemente expostas a situações de doença física, stress e suporte social insuficiente.

Segundo Santos (2008), os conflitos familiares, problemas conjugais, desemprego, violência familiar e fraco suporte social são factores associados a problemas de comportamento e desajustamento na infância e adolescência. Outros factores associados a baixo NSE de crianças e adolescentes, além daqueles já mencionados, tais como baixos níveis de educação dos pais, fracas condições de habitabilidade, habitação em

bairros sociais de zonas urbanas carenciadas e agregado familiar numeroso têm um forte impacto na saúde.

Faria (1999) explica que a exposição ambiental a condições físicas e socialmente adversas como a desestruturação familiar, a instabilidade e não existência de rotinas, a separação/divórcio dos pais, associados à percepção de um baixo suporte social e em meios degradados onde, sobretudo os adolescentes, procuram o grupo de pares mais do que os adultos para dialogar, proporcionam menos oportunidades de enriquecimento cognitivo.

As desigualdades sócio-económicas têm impacto na saúde da população mais jovem. A exclusão social e falta de oportunidades no acesso a actividades que promovam a saúde, uma fraca percepção do status económico e social e do bem-estar tem efeitos directos no apoio social para lidar com as dificuldades (World Health Organization, 2009).

No âmbito do Projecto KIDSCREEN, foi desenvolvido um estudo onde se concluiu que o nível sócio-económico tem influência na percepção da qualidade de vida relacionada com a saúde em crianças, ao nível do seu bem-estar físico, ambiente familiar e percepção dos recursos económicos. Quanto aos adolescentes, o impacto do NSE é maior do que nas crianças, sendo que um NSE baixo constitui um factor de risco para uma percepção da qualidade de vida mais pobre em dimensões como o grupo de pares, a relação com os pais e o ambiente familiar, o ambiente escolar e a percepção dos recursos económicos (Santos, 2008).

#### ***1.4.1.2. Suporte social***

A noção de suporte social não é de fácil definição (Barrera, 1986; Helgeson, 2003). É um conceito amplo, que diz respeito a uma diversidade de fenómenos que caracterizam o ambiente social e a rede social de cada sujeito (Helgeson, 2003).

Podem distinguir-se dois tipos de suporte social: estrutural e funcional. O primeiro tem que ver com a simples existência de relações sociais, descreve a existência, as inter-relações e as ligações criadas entre os membros de uma rede social (Helgeson, 2003).

Reflecte o número de pessoas ou a quantidade de contacto que o indivíduo tem com o ambiente social em que se move. Como exemplos, Helgeson (2003) cita o estado civil, o número de amigos, a frequência das interações com amigos e o número de papéis sociais que o indivíduo desempenha (aluno, trabalhador, pai, filho, entre outros).

Quanto ao ponto de vista funcional, este representa o que o indivíduo pensa e sente quando tem em consideração o suporte social que o envolve. Tem que ver com os recursos que a rede social proporciona ao indivíduo nela inserido. Dentro deste aspecto funcional, distinguem-se ainda três tipos: suporte emocional, suporte instrumental e suporte informativo. O primeiro engloba aspectos relacionados com as pessoas a quem o indivíduo recorre quando precisa de ser ouvido; são as pessoas que se preocupam, que proporcionam simpatia, segurança e carinho. O segundo diz respeito à assistência concreta que é providenciada como ajuda financeira ou com as tarefas domésticas. O terceiro prende-se com o acesso à informação ou orientação, quando necessário (Cobb, 1976; Helgeson, 2003).

A associação entre satisfação com o suporte social e a saúde, entendida como bem-estar total, satisfação com a vida e existência de afectos positivos é amplamente aceite (Ribeiro, 1999a; Santos, 2008). A percepção de que existe um bom suporte social sempre que necessário constitui-se como facilitadora da adaptação pessoal e social do indivíduo aos acontecimentos de vida, como mediador do impacto que as situações adversas têm no bem-estar geral, constituindo-se também como factor preventivo e curativo em relação à doença e como factor estimulante para gerar sentimentos de felicidade (Santos, 2008).

Duas teorias podem explicar a relação entre qualidade de vida e suporte social: uma que assume que quanto maior for o suporte social, melhor será a qualidade de vida, independentemente do nível de stress a que o indivíduo está sujeito; outra que defende que a relação entre o suporte social e a qualidade de vida depende do nível de stress, isto é, se houver pouco ou nenhum nível de stress, a relação entre suporte social e qualidade de vida será nula. Por outro lado, quando o nível de stress é elevado, o suporte social funcionaria como moderador dos efeitos do agente stressor na qualidade de vida (Cohen & McKay, 1984; Helgeson, 2003).

Para crianças e adolescentes, o suporte social percebido tem um forte impacto no seu desenvolvimento. Desde o nascimento, na forma como é pegado ao colo até ao final da vida, o indivíduo vai ampliando a sua rede de suporte social, que começa nos pais ou principais cuidadores e vai abrangendo o resto da família, o grupo de pares na escola e no trabalho, a comunidade, regressando à família na terceira idade em algumas culturas, incluindo a portuguesa (Cobb, 1976; Ribeiro, 1999a). Na infância e adolescência, o suporte social está relacionado com o auto-conceito, com o ajustamento e com a aquisição de competências sociais, funcionando como factor protector quando o sujeito se confronta com acontecimentos de vida stressantes, em especial quando se assume como estratégia para melhor se adaptar a e lidar com novas situações (Santos, 2008).

Assim como a pobreza, o apoio social que a população mais jovem recebe para aliviar a sua condição sócio-económica varia de país para país. Portugal apresenta baixos níveis de apoio social, sendo a família que, na grande maioria das vezes, funciona como principal e único sistema de suporte (World Health Organization, 2009). Os adolescentes provenientes de famílias de nível sócio-económico baixo, apresentam menores redes de suporte social e mostram-se mais dependentes dos seus pares do que os adolescentes provenientes de famílias de nível socioeconómico mais elevado (Evans, 2004).

#### ***1.4.1.3. Família***

O ambiente social em que a criança nasce e cresce, mediado pelo seu cuidador principal, influencia o seu futuro desenvolvimento social (Shore, 1994 citado por Dammann, 2003).

Como seres em desenvolvimento, as crianças são mais vulneráveis uma vez que não estão, ainda, equipadas para reagir autonomamente às exigências ambientais. Os adultos, em especial aqueles que mais directa e frequentemente convivem com a criança, desempenham um papel fundamental no desenvolvimento físico, psicológico e social da criança (Costa & Bigras, 2007).

Um ambiente securizante, onde a criança é atendida prontamente, de forma coerente e estruturante, o estabelecimento de confiança em si e nos outros, o desenvolvimento de competências sociais adequadas à vida em sociedade, a regulação emocional e a empatia são aspectos desenvolvimentais proporcionados pelos adultos significativos que participam activamente da vida da criança, contribuindo, assim, para uma boa saúde (Costa & Bigras, 2007).

A teoria da vinculação sugere que a qualidade das interacções precoces do bebé com os seus pais ou principais cuidadores vai influenciar a forma como, mais tarde, a criança, posteriormente adolescente e adulto, estabelece relacionamentos com elementos que são exteriores à família nuclear, sejam os amigos da escola, os professores, os colegas de trabalho ou a comunidade. Ao longo dos primeiros anos de vida, a vinculação, tal como a aprendizagem por imitação e as aprendizagens sociais constituem-se como importantes efeitos que os pais exercem sobre a criança, enquanto que na adolescência, este efeito alarga-se a outros adultos. Mas, mais do que a existência desta relação por si só, o que conta é a qualidade da relação. O estabelecimento de relações de confiança, a qualidade da supervisão e dos modelos fornecidos a crianças e adolescentes vão influenciar a qualidade de vida do indivíduo porque influenciam a sua saúde (Costa & Bigras, 2007).

A qualidade da resposta relacional dos pais para com a criança é fundamental para um desenvolvimento saudável que inclui o bem-estar físico, psicológico, as competências sociais, o desempenho académico, a internalização das regras e valores da família, melhor auto-estima, grau de sociabilidade e estado de humor. Uma boa relação dos pais com a criança, assente na capacidade de uma resposta pronta e adequada e na correcta interpretação das necessidades da criança, constituem factores protectores da saúde e qualidade de vida (Santos, 2008).

Ao contrário, os problemas de ajustamento psicossocial de que são exemplo o baixo auto-conceito e a auto-estima negativa, a instabilidade emocional, a ansiedade, a rejeição social e emocional, a agressão, os problemas de comportamento, a externalização e a delinquência, a adopção de comportamentos de risco para a saúde como o consumo e abuso de álcool e drogas, as dificuldades escolares e cognitivas e

perturbações mentais podem ser originados por um padrão de rejeição parental (Santos, 2008).

#### ***1.4.1.4. Grupo de pares***

É no período da adolescência que o indivíduo vai conquistando a sua independência e autonomia em relação aos pais e é, igualmente, o período em que a indivíduo desenvolve relações de amizade mais próximas, que lhe permitem aceder a um maior auto-conhecimento ao mesmo tempo que proporcionam uma rede de suporte na qual o adolescente pode confiar para o ajudar a resolver os desafios diários com que se depara (Silva, 2004).

As experiências de relacionamento com o grupo de pares constituem-se como um importante contexto de desenvolvimento, afectando o funcionamento social, emocional e cognitivo do indivíduo para além das fronteiras da família, da escola e da vizinhança (Rubin, Bukowski, & Parker, 1998), servindo como um modelo de referência para as relações que, no futuro, serão estabelecidas (Senos & Diniz, 1998).

É no seio do grupo de pares que as vivências pessoais do adolescente tendem a ser partilhadas. Aspectos como a autoridade parental, a procura de estatuto, a identificação sexual, a partilha de emoções e valores constituem diálogos comuns entre adolescentes (Senos & Diniz, 1998).

Um pobre relacionamento com o grupo de pares ou a rejeição por parte deste, na infância, exerce uma influência negativa no ajustamento escolar, no bem-estar psicológico, sentimento de solidão e problemas de comportamento no final da infância e início da adolescência (Bagwell, Schmidt, Newcomb, & Bukowski, 2001).

#### ***1.4.1.5. Escola***

É na escola que crianças e adolescentes passam a maior parte do tempo sendo este o principal contexto em que a educação formal tem lugar. Ao mesmo tempo, funciona como o centro da vida social, em especial para a faixa etária da adolescência (Patton,

Butler & Glover, 2003). A escola tem, também por isto, um forte impacto na construção da identidade (Senos & Diniz, 1998), no desenvolvimento (Rutter, Maughan, & Mortimore, 1979) e na saúde (World Health Organization, 2009).

A instituição escola integra uma diversidade de elementos que, em inter-relação, contribuem para o seu sucesso ou insucesso. Pais, alunos, professores, direcção, pessoal não docente e a comunidade onde a escola está inserida influenciam e são influenciados mutuamente (Silva, 2004). O debate actual sobre o fracasso da instituição escolar tem levado a que famílias, alunos e professores se culpem mutuamente. Todavia, esta não é uma análise linear, como refere Dayrell (2007). O professor desempenha, apesar disso, um papel essencial na promoção do desenvolvimento de competências de decisão e escolha de estilos de vida saudáveis e influenciam a percepção dos seus alunos na sua realização (Santos, 2008).

Natvig, Albrektsen e Qvarnstrom (2003) afirmam que a percepção do suporte social, o bem-estar e o envolvimento escolar têm relação com a promoção de uma participação activa e efectiva dos alunos em sala de aula e com métodos de ensino adequados ao grupo. Isto é, a percepção do suporte social e a noção de que os alunos se sentem bem na escola é tanto maior quanto maior for a oportunidade dada para participarem activamente em actividades pedagógicas e lúdicas com as quais os alunos se identifiquem e que suscitem interesse e vontade de se envolverem.

Sendo a escola um importante domínio da vida de crianças e adolescentes, é também um factor que é cognitivamente avaliado quando se fala de satisfação com a vida de crianças e adolescentes. A satisfação com a vida constitui um aspecto importante do bem-estar psicológico, elemento importante na percepção da qualidade de vida (Huebner, Valois, Paxton & Drane, 2005).

#### **1.4.2. Factores pessoais**

Os factores pessoais concernem aspectos particulares da vida do indivíduo, relacionados com características pessoais próprias como o bem-estar subjectivo, a resiliência e o optimismo ou indicadores objectivos como a idade e o sexo.

#### ***1.4.2.1. Idade e sexo***

A idade e o sexo parecem contribuir para que existam algumas diferenças na percepção da satisfação com a vida. As crianças e os adolescentes que avaliam a sua vida de forma globalmente positiva e que experienciam mais frequentemente emoções positivas do que emoções negativas, apresentam geralmente um bem-estar subjectivo positivo (Santos, 2008). A percepção das raparigas com a sua saúde e bem-estar é mais pobre do que a dos rapazes na maioria das medidas relacionadas com a satisfação com a vida, queixas relacionadas com a saúde e percepção de saúde. Os rapazes são mais propensos a apresentar resultados mais pobres no que diz respeito à obesidade e lesões (World Health Organization, 2009).

As raparigas apresentam valores mais elevados de sucesso académico, apoio entre pares e satisfação com a escola. No entanto, a pressão relacionada com a escola parece aumentar com a idade e no caso das raparigas, aos 15 anos, os níveis de stress relacionado com a escola são os mais elevados o que pode ter um impacto negativo no bem-estar (World Health Organization, 2009).

Entre os 11 e os 15 anos, alguns comportamentos de risco para a saúde, tais como o consumo de tabaco, álcool e drogas e comportamentos sexuais de risco tendem a aumentar, pelo que é importante que as intervenções preventivas sejam feitas antes desta idade, de preferência ainda durante a infância, de modo a contribuir para a diminuição destes comportamentos e, conseqüentemente, para aumentar os comportamentos de saúde positiva, potenciando uma melhor qualidade de vida (World Health Organization, 2009).

#### ***1.4.2.2. Características pessoais***

O conceito de personalidade pode ser definido como a organização mais ou menos estável e duradoura do carácter, temperamento e intelecto individuais que determinam de uma forma única o ajustamento que o indivíduo faz ao meio, em que o carácter representa o sistema mais ou menos estável e duradouro de pensamentos, o

temperamento representa o sistema de afectos e o intelecto representa o sistema de cognições (Eysenck & Eysenck, 1985).

De uma forma mais sucinta, a personalidade será uma organização dinâmica de sistemas psicofísicos responsáveis pelos padrões de comportamentos, pensamentos e emoções típicos da pessoa (Allport, 1961). No entanto, a definição deste conceito não é única e consensual, havendo uma grande diversidade de teóricos e teorias que se debruçam sobre esta questão. Uma boa prática para lidar com a diversidade de definições e teorias existentes em torno desta noção, parece ser a de perceber de que forma o conceito é usado (Wrosh & Scheier, 2003).

O sentido de continuidade, estabilidade e consistência em relação ao que uma determinada pessoa pensa, faz e experiencia parece explicar a utilização do termo personalidade (Wrosh & Scheier, 2003). Isto é, a ideia de que um determinado comportamento, sentimento ou pensamento atribuível a alguém e que se repete em diferentes situações, pode levar a dizer que é parte da sua personalidade precisamente porque se trata de algo consistente ao longo do tempo. Da mesma forma, as razões para que uma pessoa apresente um determinado comportamento podem ter que ver com características inerentes à pessoa mais do que causas externas. Assim, poderão ser atribuídas ao sujeito determinadas características que o definem, tornando-o, dessa forma, único (Wrosh & Scheier, 2003).

Desta forma, determinadas características da personalidade têm influência sobre a qualidade de vida, ou seja, determinados factores relacionados com a personalidade têm um impacto sobre a forma como a pessoa lida com as circunstâncias da sua vida, influenciando, de uma forma geral, a sua qualidade de vida (Watten, Vassend, Syversen & Myhrer, 1995; Wrosh & Scheier, 2003).

Destacaremos, a seguir, algumas características pessoais que se revelam pertinentes para este trabalho.

**Bem-estar subjectivo:** o conceito de bem-estar subjectivo, nascido da recente expansão da Psicologia Positiva, reúne duas dimensões distintas mas correlacionadas: a dimensão

cognitiva que tem que ver com uma noção avaliativa da satisfação com a vida e uma dimensão emocional, positiva ou negativa, expressa normalmente em termos de felicidade. O bem-estar subjectivo inclui, assim, respostas emocionais, domínios de satisfação e julgamentos globais de satisfação com a vida. Este conceito está também associado a uma dimensão positiva da saúde, relacionando-se, assim, com a qualidade de vida (Galinha & Ribeiro, 2005).

Deste modo, a felicidade e uma positiva satisfação com a vida são indicadores de uma boa qualidade de vida, indicando igualmente a existência de traços de personalidade como a sociabilidade e a extroversão (Watten, Vassend, Syversen & Myhrer, 1995).

**Optimismo:** o optimismo constitui-se como um recurso psicológico associado à saúde mental e a um ajustamento positivo face a acontecimentos de vida negativos (Santos, 2008; Gaspar, Ribeiro, Matos, Leal & Ferreira, 2009), oferecendo benefícios não só em relação ao que o sujeito é capaz de fazer mas também em relação ao que é capaz de atingir em contextos adversos (Scheier & Carver, 1992; Wrosh & Scheier, 2003). Uma atitude optimista está relacionada com uma maior eficácia na forma como o indivíduo lida com os desafios que lhe são impostos, maior bem-estar, melhor saúde física e psicológica e um estilo de vida mais saudável, aspectos subjacentes a uma boa qualidade de vida (Carver & Scheier, 2002; Peterson & Steen, 2002).

Neste âmbito, destacam-se duas abordagens possíveis: uma que tem que ver com uma atribuição causal ou situacional, ou seja, a ideia de que um indivíduo optimista, por oposição a um indivíduo pessimista, explica os acontecimentos de vida negativos através de causas limitadas no tempo e nos efeitos, externos a si próprio; outra que perspectiva uma abordagem disposicional, isto é, a expectativa generalizada e relativamente estável de que podem ser obtidos bons resultados nos mais diversos domínios, ao longo da vida, havendo um consenso generalizado que este optimismo disposicional está relacionado com benefícios na saúde e bem-estar (Carver & Scheier, 2002; Wrosh & Scheier, 2003). Considera-se, também, que o optimismo está associado a outras características igualmente relacionadas com a qualidade de vida, tais como a auto-estima, o auto-conceito, o locus de controlo e a auto-eficácia (Scheier & Carver, 1992; Scheier, Carver & Bridges, 1994).

**Resiliência:** o desenvolvimento positivo e saudável de algumas crianças e adolescentes que, em situação de risco, pareciam conseguir superar a expectativa de virem a ter problemas de ajustamento e possível desenvolvimento de psicopatologia na idade adulta, desencadeou o estudo da resiliência, há cerca de 50 anos atrás (Masten, 2001).

A resiliência pode ser definida como um processo psicológico dinâmico que resulta da interacção entre determinadas características de um indivíduo ou grupo e contextos ecológicos adversos (Luthar, Cicchetti & Becker, 2000), mostrando-se capaz de continuar a projectar-se no futuro apesar da confrontação com acontecimentos de vida difíceis e desestabilizadores e de traumatismos por vezes graves (Manciaux, Vanistendael, Lecomte & Cyrulnik, 2001 citados por Anaut, 2005). Nesta noção estão implicados dois aspectos: por um lado a exposição do indivíduo ou grupo a ameaças ou condições adversas do meio, por outro, a capacidade de alcançar um desenvolvimento positivo apesar das situações de adversidade (Luthar, Cicchetti & Becker, 2000).

A literatura refere a existência de uma diversidade de aspectos para explicar as diferentes respostas encontradas em crianças expostas a contextos psicossociais de risco que vão desde a existência de factores de risco e de protecção, acrescentando que não só as diferenças na vulnerabilidade ao stress psicossocial e aos contextos adversos tem influência de aspectos genéticos e ambientais, como também a forma como o sistema familiar experiencia estes contextos tem um impacto na resposta de cada criança aos mesmos (Rutter. 1999). Refere igualmente que a diminuição de respostas negativas e o aumento das respostas positivas em cadeia influenciam até que ponto os efeitos da adversidade persistem no tempo, incluindo o acesso a novas experiências e oportunidades que podem constituir pontos de viragem importantes ou ainda que apesar das experiências positivas poderem não ter um efeito protector, podem servir para neutralizar o efeito de alguns factores de risco e que a forma como o processamento cognitivo e afectivo das experiências de vida é feita tem influência no desenvolvimento de comportamentos resilientes (Rutter. 1999). Considerados todos estes aspectos, o essencial continua a ser a existência de uma diversidade de respostas possíveis, em crianças, aos contextos de risco.

### **1.5. A avaliação da qualidade de vida e da qualidade de vida relacionada com a saúde**

Ao longo das últimas décadas, a par da investigação conceptual relacionada com a qualidade de vida e qualidade de vida relacionada com a saúde, têm sido vários os instrumentos desenvolvidos com o objectivo de medir e avaliar estes dois constructos, independentemente das diferenças culturais e sociais inerentes a cada população (Minayo, et al, 2000).

A relevância da aferição da qualidade de vida tem vindo a crescer, sendo possível observar que a partir das décadas de 1980 e 1990 o rigor metodológico dos instrumentos utilizados foi sendo também incrementado (Assumpção Jr & Kuczynski, 2010).

Hayry (1999, citado por Ribeiro, 2009; Pedro, 2010), faz referência a três doutrinas distintas para avaliar a qualidade de vida. A primeira, alicerçada na ideia de “Santicidade da Vida” pressupõe que a medição da qualidade de vida é irrelevante quando há decisões clínicas em jogo porquanto a qualidade de vida deixa de ser tida em conta quando se trata de prolongar a vida. Esta perspectiva, que assume a vida humana como sagrada é, portanto, mais apropriada em contextos de doença.

A segunda tem por base a noção de “Eficiência Científica” e os seus princípios passam pelas ideias de eficiência e equidade do sistema, potenciando a decisão sobre a distribuição de recursos nas populações. É uma abordagem mais economicista, dando importância à objectividade da medida, feita normalmente por observadores externos, colocando assim a avaliação da qualidade de vida no campo científico (Ribeiro, 2009).

Finalmente, a noção de “Autonomia Humana”, enfatiza a perspectiva da auto-determinação individual, isto é, a ideia de que a qualidade de vida não é mais do que o que a pessoa considera que é, pressuposto que vai de encontro à ideia de subjectividade do conceito de QV, anteriormente explicitado (Ribeiro, 2009).

É após a Segunda Guerra Mundial e a par da constituição da Organização Mundial de Saúde e da definição formal da noção de saúde, que se chega a acordo quanto à

existência de componentes de saúde que vão para além da existência de doença. O interesse pela avaliação dos resultados, que diz respeito à recolha e análise sistemática de informação utilizada para avaliar a eficácia de uma intervenção, emerge na década de 1940, altura em que é também desenvolvida a primeira escala para avaliação da qualidade de vida – a escala da Karnofsky – ainda contida e influenciada pelo modelo biomédico (Ribeiro, 2005b).

Na grande maioria dos instrumentos utilizados para medir a QV, são referidos, segundo Gordia et al (2011) os domínios físico – dor, fadiga, capacidades e limitações; psicológico – percepção do estado de saúde, depressão, auto-estima, ansiedade e imagem corporal; relacionamentos sociais – apoio familiar e social, limitações impostas pela sociedade e relações interpessoais; autonomia – mobilidade, actividades quotidianas, capacidade para o trabalho; e bem-estar – corporal, emocional, saúde mental e vitalidade. Estes instrumentos podem ser genéricos ou específicos.

Os primeiros dizem respeito a todos os aspectos importantes relacionados com a saúde no sentido positivo, tentam reflectir o impacto de um estado de doença no indivíduo e abordam o perfil de saúde, podendo ser aplicados à população geral ou a grupos específicos (Gordia et al, 2011).

Dentro desta tipificação, inserem-se ainda os instrumentos que permitem traçar perfis de saúde e as medidas de preferência. Os primeiros podem ser aplicados a todos os grupos de pessoas, permitindo a comparação entre doenças. Os segundos espelham a preferências e expectativas dos doentes em relação ao tratamento e aos seus resultados (Assumpção Jr & Kuczynski, 2010).

Assumpção Jr e Kuczynski (2010) apontam como desvantagem destes instrumentos genéricos, a impossibilidade de detectar aspectos particulares da qualidade de vida de uma doença ou condição física específica, ao contrário dos instrumentos específicos de avaliação da QV, sensíveis a aspectos particulares de determinada doença. Estes últimos têm, no entanto, a desvantagem de não possibilitar um quadro geral da qualidade de vida, uma vez que se focam em questões próprias de cada condição física ou doença (Assumpção Jr. & Kuczynski, 2010; Gordia et al, 2011).

As investigações que utilizam a combinação de instrumentos genéricos com instrumentos específicos tendem a ser consideradas mais completas uma vez que, a aplicação destes dois tipos de instrumentos em conjunto acaba por anular as desvantagens da utilização de apenas um deles. São inúmeros e bastante diversificados os estudos realizados com populações portadores de vários tipos de doença ou condição física debilitante como é o caso do cancro, epilepsia, asma, doenças cardíacas e cardiovasculares, doença crónica, esclerose múltipla, tuberculose, doença renal, apneia obstrutiva do sono, diabetes, obesidade mórbida, degenerescência macular e doença mental (Ribeiro, 2009; Gordia et al, 2011).

Existe também um número considerável de investigações no âmbito da qualidade de vida e qualidade de vida relacionada com a saúde em diversas populações: crianças, adolescentes e idosos, em profissionais de diferentes ramos (Ribeiro, 2009; Gordia et al, 2011).

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) será, de entre todos os instrumentos de aferição da qualidade de vida, o mais conhecido e o primeiro a ser desenvolvido. Foi elaborado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) com o objectivo de fazer deslocar o debate economicista para o âmbito social e cultural. É um indicador sintético da qualidade de vida que, de uma forma geral, soma e divide por três os níveis de rendimento (avaliado pelo produto interno bruto real *per capita*), saúde (medida com base na esperança média de vida ao nascer) e educação (avaliada em função da taxa de alfabetização de adultos e taxas de matrículas nos níveis básicos, secundário e superior) de uma determinada população (Minayo, Hartz & Buss, 2000).

Assumpção Jr e Kuczynski (2010) e Gordia et al (2011), referem a existência de diversos instrumentos genéricos e específicos para avaliar a qualidade de vida, sendo que os primeiros tendem a ser mais frequentemente utilizados pela visão global e geral que proporcionam. Como exemplos, citam o *Nottingham Health Profile* (NHP), amplamente usado em populações mais idosas, composto por 39 itens separados em seis dimensões (energia, sono, dor isolamento social, reacções emocionais e mobilidade física) (Assumpção Jr & Kuczynski, 2010; Gordia et al, 2011).

O *Young Adult Quality of Life (YAQOL)* avalia os aspectos da qualidade de vida relacionada com a saúde, bem-estar psicológico, relacionamentos sociais, funcionalidade e contexto ambiental, diferenciando-se de outros questionários genéricos para adultos pelo facto de acrescentar o contexto residencial e as perspectivas sobre objectivos de vida, referentes a aspectos particulares da vida dos adultos jovens (Assumpção Jr & Kuczynski, 2010; Gordia et al, 2011).

O *Pediatric Quality of Life Inventory TM Versão 4.0 (PedsqITM 4.0)* dá relevância a informações fornecidas pelos pais e pelo auto-relato das crianças, composto por 23 itens (Assumpção Jr & Kuczynski, 2010; Gordia et al, 2011).

O questionário *Medical Outcome Study Short-Form 36 Health Survey (SF-36)*, um dos instrumentos mais utilizados para medir a qualidade de vida de diferentes populações, é composto por 36 itens que pertencem a oito domínios da qualidade de vida respeitantes às últimas quatro semanas vividas pelo indivíduo – funcionalidade física, limitações físicas, dor corporal e saúde geral que correspondem à QVRS e as questões sobre vitalidade, relacionamento sociais, limitações emocionais e saúde mental que representam a dimensão mental da qualidade de vida (Assumpção Jr & Kuczynski, 2010; Gordia et al, 2011). Este instrumento está adaptado e aferido para a população portuguesa por Ribeiro (2005a).

O *Child Health Questionnaire*, do qual existe também a versão portuguesa, foi construído com a mesma finalidade do SF-36 mas com aplicação em crianças e adolescentes entre os 5 e os 18 anos (Assumpção Jr e Kuczynski, 2010; Gordia et al, 2011).

O *Revised Children Quality of Life Questionnaire (KINDLR)* é outro questionário genérico para avaliação da qualidade de vida em crianças, com 4 versões existentes para diferentes faixas etárias (4-7 anos, 8-11 anos e 12-16 anos), constituído por 24 itens, podendo ser respondido pela criança ou pelos pais, para os quais existe também uma versão própria. Este questionário possui ainda versão específicas, aplicáveis em conjunto com a versão genérica e que dizem respeito a doenças como a obesidade,

asma, dermatite, cancro e diabetes (Assumpção Jr e Kuczynski, 2010; Gordia et al, 2011).

O grupo para o estudo da qualidade de vida criado pela Organização Mundial de Saúde desenvolveu um instrumento genérico de avaliação da qualidade de vida: o WHOQOL-100, composto por 100 questões referentes aos aspectos físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. Partindo deste questionário foi feita uma versão reduzida, composta por 26 questões: duas referentes à percepção individual sobre qualidade de vida e os restantes 24 subdivididos em quatro domínios representantes das questões da versão original (World Health Organization Quality of Life Group, 1997; Gordia et al, 2011). Dentro destes domínios, as questões versam sobre dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso, mobilidade, actividades da vida quotidiana, dependência de medicação ou de tratamentos e capacidade de trabalho (domínio físico); sentimentos positivos e negativos, pensamento, aprendizagens, memória e concentração, auto-estima, imagem corporal e aparência, espiritualidade, religião e crenças pessoais (domínio psicológico); relacionamentos pessoais, suporte social, actividade sexual (domínio das relações sociais); e, finalizando, segurança física e protecção, ambiente no lar, recursos financeiros, cuidados sociais e de saúde, disponibilidade e qualidade, oportunidade de acesso a novas informações e de adquirir habilidades, participação e oportunidades de lazer e ambiente (poluição, ruído, trânsito, clima e transporte (domínio ambiental) (World Health Organization Quality of Life Group, 1997; Gordia et al, 2011).

Em 2003, realizou-se o primeiro estudo a nível europeu, para avaliar a qualidade de vida dos cidadãos de 28 países: os 25 da União Europeia (UE) e os três candidatos Bulgária, Roménia e Turquia (European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 2004). Justificado pela heterogeneidade e diversidade cultural dos estados-membros e dos países candidatos à entrada na UE e com o intuito de contribuir para moldar as políticas de melhoramento das condições de vida e de trabalho dos cidadãos europeus, esta pesquisa fornece uma visão única sobre a qualidade de vida da Europa focando aspectos como a situação económica, condições de habitabilidade e ambiente locais, emprego e educação, estrutura dos agregados e relações familiares, equilíbrio entre a carreira e vida pessoal, saúde e cuidados de saúde, bem-estar subjectivo e a

percepção da qualidade da sociedade, focando desta maneira dimensões objectivas e subjectivas da qualidade de vida, permitindo que se ofereçam resultados finais mais fidedignos, pela combinação destes dois aspectos (European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 2004).

### **1.5.1. O Projecto KIDSCREEN**

O 5º Programa-Quadro da Comissão Europeia, respeitante aos anos de 1998 a 2002, teve como principal linha de actuação responder aos desafios socioeconómicos na esteira de uma União Europeia em expansão. A estrutura multi-temática deste programa, consistiu em sete Programas Específicos dentro de quatro grandes Temas, de entre os quais se destaca a Qualidade de Vida e a Gestão dos Recursos para a Vida (Ravens-Sieberer, 2004c).

Foi no âmbito deste programa europeu, nomeadamente no domínio temático da Qualidade de Vida, dentro do programa "Rastreio e Promoção da Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde em Crianças e Adolescentes – Uma Perspectiva Europeia de Saúde Pública" que foi criado e desenvolvido o projecto KIDSCREEN. Este projecto contou com a participação de 13 países: Áustria, República Checa, França, Alemanha, Grécia, Hungria, Irlanda, Polónia, Espanha, Suécia, Suíça, Holanda e Reino Unido e decorreu entre 2001 e 2004 (Ravens-Sieberer, 2004a, 2004c).

Como meta principal, o projecto visava a cooperação europeia para o desenvolvimento de um instrumento de rastreio padronizado da qualidade de vida de crianças e adolescentes com representatividade a nível europeu em termos de pesquisas relacionadas com a saúde. O objectivo seria então identificar as crianças em risco em termos da sua saúde subjectiva e sugerir programas de intervenção precoce apropriadas através da inclusão dos instrumentos nos serviços de saúde (Ravens-Sieberer, 2004a, 2004c).

Este projecto foi organizado em três fases distintas:

a) fase I - a fase de desenvolvimento dos instrumentos, que envolveu a criação de instrumentos para aferição da qualidade de vida relacionada com a saúde, com

qualidades psicométricas adequadas, considerando o estado actual da pesquisa, à data. Para tal foram realizados grupos focais com crianças para identificação de itens aceitáveis e dimensões relevantes da qualidade de vida. Os itens foram traduzidos para as línguas dos 13 países envolvidos de acordo com procedimentos internacionais, de modo a obter um instrumento piloto que pudesse ser testado em cada país e, se necessário, revisto (Ravens-Sieberer, 2004c);

b) fase II - condução de 1800 inquéritos por e-mail e telefone a crianças, adolescentes e seus pais nos treze países que participaram no projecto. Para cada país foram fornecidos dados de referência. A metodologia e resultados dos inquéritos também analisados por país (Ravens-Sieberer, 2004c);

c) fase III - na fase de implementação, o instrumento testado na fase II foi incluído nos serviços de saúde e serviços de informação sobre saúde nacionais. A implementação foi avaliada de acordo com a aceitação, utilização e inclusão dos instrumentos em pesquisas e práticas sobre saúde. A seguir, os dados foram analisados a nível europeu, de modo a fornecer a outros países europeus e ao público em geral os procedimentos, os manuais dos instrumentos e outros documentos relevantes (Ravens-Sieberer, 2004c).

Foram desenvolvidos três instrumentos: o KIDSCREEN 52, o KIDSCREEN 27 e o KIDSCREEN 10, com 52, 27 e 10 itens respectivamente. Cada instrumento tem a versão para crianças e adolescentes dos 8 aos 18 anos e para pais ou principais cuidadores (Ravens-Sieberer, 2004a, 2004c).

Em 2008, este instrumento foi adaptado e aferido para a população portuguesa por Gaspar e Matos (2008), no âmbito do projecto Aventura Social, sediado na Faculdade de Motricidade Humana da Universidade de Lisboa com a parceria do Centro da Malária e Doenças Tropicais/Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade Nova de Lisboa, que conta, desde 1987, com vários sub-projectos na área do Risco e da Saúde. O projecto Aventura Social & Saúde está integrado nas redes europeias Health Behaviour in School Aged Children - HBSC/OMS, Kidscreen/EU, entre outras, que constituem projectos de investigação e monitorização com impacto nas políticas de promoção e educação para a saúde (Gaspar & Matos, 2008).

Da versão principal do KIDSCREEN, constam 52 itens que estão organizados em 10 dimensões, baseadas na revisão da literatura e na realização de grupos focais (Gaspar & Matos, 2008): saúde e actividade física, sentimentos, estado de humor geral, auto-percepção, autonomia/tempo livre, família, ambiente familiar e vizinhança, questões económicas, amigos(as), ambiente escolar e aprendizagem e, por fim, provocação (Gaspar & Matos, 2008; Santos, 2008).

Destas dez dimensões, surgem os itens respeitantes às outras duas versões do instrumento: o KIDSCREEN 27 e o KIDSCREEN 10. O primeiro apresenta 5 dimensões reagrupadas e o segundo é constituído apenas por 10 itens (Ravens-Sieberer, 2004a; Gaspar & Matos, 2008).

## **1.6. Síntese**

O conceito de qualidade de vida é multifacetado, não havendo uma definição única que o caracterize. Contudo, é aceite que este constructo é multidimensional, subjectivo e complexo. É também amplamente aceite que a qualidade de vida está associada à capacidade do indivíduo se sentir bem na sua vida quer em termos físico (bem-estar físico), quer em termos psicológicos (bem-estar psicológico).

Cada vez mais a possibilidade de cura e os tratamentos actualmente existentes para determinadas doenças, até aqui tidas como fatais, possibilitam a extensão do período de vida dos indivíduos. No entanto, o aumento da esperança média de vida nem sempre é sinónimo de uma recuperação total pelo que se tornou prioritário perceber que qualidade era dada à vida dos doentes com condições que passaram a ser crónicas. É deste estado da arte que surge a necessidade de estudar a qualidade de vida e, sobretudo, qualidade de vida relacionada com a saúde, investigações que foram igualmente estendidas à infância e juventude.

A relação entre saúde e qualidade de vida está assente na definição de saúde da OMS que refere o bem-estar total (físico, mental e social) e não a apenas a ausência de doença. Considera-se, pois, que a boa saúde seja um recurso para a vida e não uma

finalidade. Surge então o conceito de qualidade de vida relacionada com a saúde que liga aspectos da qualidade de vida mais directamente relacionados com a saúde.

Harding (2001) constata que os primeiros modelos de qualidade de vida estavam confinados a aspectos funcionais pressupondo, por exemplo, que pacientes com doença crónica tinham um pior funcionamento do que uma pessoa saudável.

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.

No entanto, alguns autores defendem que indivíduos sem problemas de saúde física ou mental podem reportar baixa QV assim como indivíduos com problemas de saúde podem reportar alta QV (Huebner, Suldo, Smith & McKnight, 2004; Huebner, Valois, Suldo, Smith, McKnight, Seligson & Zullig, 2004).

O interesse crescente na avaliação da qualidade de vida em crianças e adolescentes, desenvolveu-se muitas vezes sem atenção a determinados aspectos particulares destas populações (Wallander, Shmitt & Koot, 2001).

De entre os factores que podem influenciar a qualidade de vida estão os factores sociais, por condicionarem aspectos fundamentais da vida dos indivíduos, em especial das crianças e jovens, sujeitos ainda em desenvolvimento e factores pessoais, relacionados com características da personalidade, idade e género, cuja influência na qualidade de vida está presente.

São inúmeros os instrumentos desenvolvidos para a avaliar a qualidade de vida e a qualidade de vida relacionada com a saúde, quer em populações adultas, quer em populações infantis e adolescentes. De entre eles, destacamos o projecto KIDSCREEN que foi desenvolvido com o objectivo de criar um instrumento de rastreio padronizado da qualidade de vida de crianças e adolescentes com representatividade a nível europeu em termos de pesquisas relacionadas com a saúde. Este instrumento foi adaptado e aferido para a população portuguesa em 2008 por Gaspar e Matos (2008) no âmbito do

projecto Aventura Social & Saúde está integrado nas redes europeias Health Behaviour in School Aged Children - HBSC/OMS, Kidscreen/EU.

No capítulo seguinte, será analisada a questão do risco social. Se a ideia de qualidade de vida e saúde positiva remetem para noções que abrangem as diversas esferas de acção do indivíduo, assentes na definição da Organização Mundial de Saúde já mencionada, desde o biológico/físico ao psicológico e ao social, a noção de risco que irá ser analisada a seguir percorre o mesmo caminho.

## Capítulo II – Risco Social

### 2.1. Introdução

Neste capítulo, exploramos a noção de risco social e quais os seus factores, em particular aqueles que assumem maior importância na infância e na adolescência. Dentro deste ponto, discutem-se igualmente o que são contextos de risco, nomeadamente aqueles que assumem relevância para o estudo empírico levado a cabo - os Territórios Educativos de Intervenção Prioritária (TEIP) - bem como as questões associadas às Comissões de Protecção de Crianças e Jovens em Risco (CPCJ), quais os motivos e factores mais frequentes que levam à sinalização de crianças e adolescentes e suas famílias nestas Comissões, emoldurando estas questões em termos legais.

Não obstante os alicerces trazidos das finanças e da matemática, inserindo-se nos significados de probabilidade e incerteza, o termo risco foi usado primeiro nas ciências médicas, antes das ciências psicológicas, pela necessidade de determinação, naquele campo, dos factores responsáveis pela disfuncionalidade biológica, com o objectivo de detectar ou evitar, atempadamente, as possíveis consequências negativas de determinada doença ou condição física (Martins, 2004). Ao longo das duas últimas décadas os domínios de análise do risco foram sendo ampliados, em virtude de se reconhecerem quão complexas são as interacções de forças biopsicossociais envolvidas (Martins, 2004).

Hoje em dia, a ideia de risco é transversal a diversos domínios do saber, desde o económico ao médico, passando pelo campo desportivo, laboral, rodoviário, ao psicológico e social, todos eles contribuindo para a complexidade deste conceito. O conceito de risco tem vindo a ganhar relevo quer na investigação científica quer na intervenção psicológica, tal como acontece com a qualidade de vida, através das inúmeras publicações e encontros científicos que têm vindo a realizar-se a respeito (Martins, 2004).

## **2.2. Factores de risco e factores de protecção**

O conceito de “sociedade de risco” foi introduzido por Beck (1992) que alertou igualmente para a importância da contemporaneidade deste conceito, não porque o risco tenha aumentado no decurso do tempo mas antes porque a preocupação com a sua gestão, factores e prevenção seja, actualmente, maior, por comparação ao passado.

Alguns autores consideram como factores de risco as condições ou variáveis associadas à alta probabilidade de ocorrência de resultados negativos ou indesejáveis, tais como os comportamentos que podem comprometer a saúde, o bem-estar ou o desempenho social do indivíduo (Maia & Williams, 2005).

Fonseca (2004) define risco como a relação estatística entre dois fenómenos, dando como exemplo, a relação entre a hiperactividade na infância e o consumo de droga na adolescência ou a criminalidade na idade adulta, e factor de risco como “todo e qualquer evento, situação, condição ou característica da criança ou do adolescente que aumente a probabilidade de ocorrência de outro fenómeno.” (p. 17). Alerta ainda para a precedência dos factores de risco sobre os comportamentos ou problemas que dá como exemplo (doença mental, acidente, problema crónico de adaptação ao trabalho, para citar exemplos). É de notar o carácter negativo desta designação de factor de risco, ainda que, por si só, não seja dada nenhuma ideia da natureza do risco envolvido. Assume-se, no entanto, no discurso actual, que falar de risco ou de factores de risco, é falar de aspectos que possam vir a condicionar negativamente a vida das pessoas que eles atingem.

Martins (2004) considera duas possíveis dimensões do risco. Uma que se refere “à probabilidade de ocorrências desfavoráveis num dado domínio ou conteúdo: individual ou colectivo, físico, psicológico ou social ou, mais especificamente, em áreas concretas ou de aplicação: risco escolar, de doença mental, de acidentes, etc” (p. 13). Outra respeitando “uma noção temporizada que se reporta à possibilidade de uma ocorrência desfavorável futura, primária ou secundária a um risco anterior já actualizado” (p.13). Como exemplos, cita as complicações pré, peri e pós-natais, a malnutrição, a psicopatologia parental, a instabilidade familiar, as práticas parentais inadequadas, os

maus tratos, as desordens afectivas e anti-sociais, o comportamento e isolamento social, as condutas delinquentes e os contextos debilitantes, entre outros (Martins, 2004).

Oliveira (1998) destaca duas perspectivas em relação às condições ou factores de risco para o desenvolvimento humano: uma que reflecte a natureza do risco e outra que dá ênfase aos percursos possíveis no que diz respeito aos efeitos produzidos ao longo do tempo. Quanto à natureza dos factores de risco, a literatura sugere que os problemas de desenvolvimento não resultam da presença de um único factor de risco mas antes de um conjunto de factores que tanto podem ser genéticos como contextuais, devendo considerar-se, também, a interacção entre estes.

Ao longo da vida, há acontecimentos que permitem avaliar os factores situacionais de risco mais fortemente associados ao estatuto de saúde física e mental tais como factores estruturais de ordem social, como as situações de desvantagem sócio-económica ou desemprego que podem aumentar a probabilidade de ocorrerem acontecimentos de vida indesejáveis com impacto na saúde mental, níveis de desenvolvimento e bem-estar dos indivíduos (Martins, 2004). É igualmente possível supor que a associação entre a desvantagem sócio-económica e a saúde mental constituam factores de vulnerabilidade na resposta que o indivíduo tem para lidar com os acontecimentos indesejáveis, tornando-o mais susceptível ao risco. No entanto, a socialização anterior pode funcionar como modeladora da reactividade e exposição diferenciada aos contextos de risco (Martins, 2004), isto é, a qualidade do processo de socialização a que o indivíduo está exposto e com o qual interage tem influência sobre as diferenças encontradas nas respostas individuais aos contextos e situações de risco.

Os obstáculos individuais ou ambientais que aumentam a vulnerabilidade da criança para resultados negativos no seu desenvolvimento constituem-se, então, como eventos considerados de risco. No entanto, este não é um conceito estático mas antes um processo, já que, o número total de acontecimentos de risco, o período de tempo e o momento de exposição ao risco no percurso de vida da criança têm mais impacto do que um único acontecimento de risco grave (Engle, Castle & Menon, 1996).

Como reitera Martins (2004), o desencadeamento do risco não é necessariamente proporcionado pela presença de apenas um factor de risco isoladamente mas antes pela combinação de vários factores de risco, cuja acumulação se apresenta como um risco acrescido quando afecta os vários domínios da vida das crianças: pessoal, familiar e social (Martins, 2004).

O estado de saúde e bem-estar individual podem ser relacionados com acontecimentos de vida críticos, de que são exemplo a transição para a puberdade, o divórcio ou a doença de familiares (Martins, 2004).

Assim, as experiências e eventos que ameaçam o desenvolvimento considerado normal ou expectável mas também a ausência de oportunidades para o alcançar constituem-se igualmente como factores de risco (Martins, 2004).

Os factores de protecção têm a “função básica [de] interagir com o impacto de factores de risco e proporcionar alternativas para resolução dos problemas vivenciados no quotidiano de risco psicossocial” (Amparo, Galvão, Alves, Brasil & Koller, 2008, p. 165). Esta interacção será então responsável pela alteração da experiência que determinado indivíduo tem dos factores de risco a que está exposto. Os factores de protecção são, por isso, de natureza bastante diversificada podendo ser inerentes ao indivíduo, ao seu temperamento e personalidade, ou estar associados à família, à escola, ao grupo de pares e à comunidade em que está inserido, entre outros (Fonseca, 2004).

### **2.3. Crianças e adolescentes em risco**

Como ser em desenvolvimento que é, a criança necessita da instituição social para a ajudar a crescer, proporcionando-lhe a satisfação das necessidades básicas de alimentação, higiene e segurança e, ao mesmo tempo, um ambiente onde aquela possa desenvolver ao máximo as suas capacidades físicas, mentais e sociais de forma a que, em adulta, possa lidar com o ambiente físico e social que a rodeia (Bowlby, 1981).

O sistema familiar em que a criança está inserida é quem, normalmente, poderá providenciar estes cuidados, através da transmissão de modelos, padrões e influências

socio-culturais o que inclui quadros de valores, crenças e significados em vigor na sociedade (Dessen & Polonia, 2007).

A adolescência é uma etapa da vida em que o indivíduo se molda no sentido de adquirir a definição da sua identidade e dos seus limites pessoais. Este processo vai permitir o estabelecimento de relações íntimas e o assumir de uma variedade de papéis progressivamente com maior responsabilidade, mantendo a sua integridade individual.

O ambiente social em que o adolescente se desenvolve, que inclui a família, a vizinhança, os professores e amigos, deverá proporcionar, em condições óptimas, o sentido de estabilidade, segurança e suporte social necessários à assumpção e execução desses novos papéis (Bowen & Chapman, 1996).

No entanto, muitos adolescentes enfrentam ambientes sociais cujas condições estão muito abaixo do nível óptimo mencionado. Destas, destaca-se a pobreza que será, talvez, a que tem um carácter mais maligno no sentido em que pode associar-se a uma série de outras condições que se apresentam como prejudiciais a um desenvolvimento saudável tais como gravidez na adolescência, sistema familiar desestruturado, insucesso escolar, desemprego e criminalidade (Bowen & Chapman, 1996). Muitas crianças e adolescentes vivem, hoje em dia, em zonas urbanas caracterizadas pela violência, criminalidade e uma constante sensação de perigo (Bowen & Chapman, 1996).

Falar de crianças e adolescentes em risco parece, portanto, um conceito de fácil definição. Pelo senso comum e num sentido lato, é consensual a ideia de que o risco social tem que ver com questões associadas ao ambiente em que estes indivíduos crescem e se desenvolvem, ambiente este que não oferece as condições necessárias a um bom desenvolvimento (Reis, 2009).

Fonseca (2004) e Martins (2004) lembram que a natureza da definição de “crianças e jovens em risco” é imprecisa e heterogénea. A lei portuguesa considera crianças e jovens em risco,

as crianças e jovens sujeitos a maus tratos, aqueles a quem os pais ou os representantes legais não prestam os cuidados necessários ao seu desenvolvimento e ainda aqueles que, com o seu comportamento, ponham eles próprios em causa o seu desenvolvimento, não tomando os pais ou representantes legais (ou não podendo tomar) as medidas necessárias para pôr cobro a esse comportamento, ou não se mostrando eficazes as medidas que estes adoptam (Resolução do Conselho de Ministros, nº 193/97, p. 6015).

São considerados factores de risco ou perigo para a criança ou adolescente as seguintes: abandono, negligência, abandono escolar, maus tratos físicos, maus tratos psicológicos/abuso emocional, abuso sexual, problemas de saúde, prostituição infantil, pornografia infantil, exploração do trabalho infantil, exercício abusivo de autoridade, mendicidade, exposição a modelos de comportamento desviante, corrupção de menores, prática de facto qualificado como crime por criança/jovem com idade igual ou inferior a 12 anos, uso de estupefacientes e outras situações de perigo. (CNPCJR, 2011).

Em Portugal, o primeiro grande estudo realizado no âmbito do risco em crianças, definiu mau-trato toda a acção que possa causar dano físico ou psíquico, ferindo desta forma os direitos e as necessidades da criança no que concerne o seu desenvolvimento psicomotor, intelectual, moral e afectivo (Reis, 2009).

Segundo Barnett (1997, citado por Maia & Williams, 2005), o mau-trato constitui o factor de risco com associação mais forte a um desenvolvimento psicopatológico, considerando que o abuso e a negligência produzem efeitos extremamente negativos na vida da criança, em especial no que diz respeito às áreas da cognição, linguagem, desempenho escolar, desenvolvimento sócio-emocional, regulação de afectos e comportamento.

### **2.3.1. As comissões de protecção de crianças e jovens em risco**

Quando a família, elemento fundamental da sociedade e valor social eminente na realização da acção insubstituível na socialização e desenvolvimento da criança ou adolescente, não consegue exercer as suas funções de responsabilidade no exercício do

poder parental, a promoção da defesa dos direitos da infância e juventude fica a cargo do Estado. O Ministério Público, os tribunais e as comissões de protecção de crianças e jovens em risco, são exemplo de entidades que assumem a co-responsabilização na actuação articulada face às crianças e jovens em risco (Lei Constitucional nº 1, 2005, art. 36º, nº 5 e nº 6, art. 67º, 68º, 69º e 70º).

Para este trabalho, as Comissões de Protecção de Crianças e Jovens em Risco (CPCJ) assumem particular relevância, uma vez que a sinalização e integração das crianças e jovens da amostra recolhida para o estudo empírico nestes organismos constitui um factor de avaliação de risco: o que são, qual o seu objecto de intervenção, como se caracterizam e actuam são aspectos que irão ser explorados a seguir.

Na década de 1990, o Estado português criou e desenvolveu inúmeros programas de acção destinados a crianças, jovens e suas famílias, com base nos quais elaborou estudos e auditorias que possibilitaram a definição de políticas integradas e mais eficazes no que concerne a protecção de crianças e jovens em situação de risco, partindo das conclusões de que os esforços para a implementação e desenvolvimento destes programas, a nível local, regional e nacional, não constituíam, ainda, um trabalho suficientemente coordenado e articulado nem os recursos humanos aproveitados para dar resposta às necessidades de protecção de todas as crianças e jovens em risco (Resolução do Conselho de Ministros nº 193, 1997).

Uma destas resoluções, passou pela criação de um organismo nacional, que representa as entidades públicas e privadas com acção específica na protecção da infância e juventude carenciada no que aos seus direitos e protecção diz respeito e cujas principais funções passam por planificar a intervenção do Estado e coordenar, acompanhar e avaliar a acção dos organismos públicos e da comunidade na protecção das crianças e jovens – a Comissão Nacional de Protecção de Crianças e Jovens em Risco (CNPJCJR).

Com a Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo (Decreto-lei 147/99 de 1 de Setembro), as comissões de protecção de menores, criadas em 1991, são reorganizadas, sob a tutela da CNPJCJR, formando-se então as Comissões de Protecção de Crianças e Jovens, existentes primeiramente nos principais distritos e depois em todo o país. Estas

Comissões são entidades oficiais, não judiciárias e funcionalmente autónomas que têm como princípio fundamental a prevenção ou suspensão de situações que coloquem em perigo a segurança, saúde, formação, educação ou desenvolvimento de crianças e jovens (Decreto-lei 147/99 de 1 de Setembro, art. 1º), em suma, que ameace o seu bem-estar, exercendo funções na área do município onde têm sede (Decreto-lei 147/99 de 1 de Setembro, art. 15º, nº1).

A intervenção destas Comissões tem lugar quando os pais, representante legal ou aquele a quem tenha sido atribuída a guarda de facto da criança ou jovem ponham em perigo esse mesmo bem-estar (Decreto-lei 147/99 de 1 de Setembro, art. 3ª).

A Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo, em vigor desde Janeiro de 2001, considera criança ou jovem qualquer sujeito com idade inferior a 18 anos (ou 21 anos com intervenção iniciada antes dos 18 e que solicite a continuação dessa intervenção) e enuncia como sendo situações de risco, as seguintes:

- a) a criança ou jovem está abandonado ou vive entregue a si próprio;
- b) sofre maus tratos físicos ou psíquicos ou é vítima de abusos sexuais;
- c) não recebe os cuidados ou a afeição adequados à sua idade e situação pessoal;
- d) é obrigado a actividades ou trabalhos excessivos ou inadequados à sua idade, dignidade e situação pessoal ou prejudiciais à sua formação ou desenvolvimento;
- e) está sujeito, de forma directa ou indirecta, a comportamentos que afectem gravemente a sua segurança ou o seu equilíbrio emocional;
- f) assume comportamentos ou se entrega a actividades ou consumos que afectem gravemente a sua saúde, segurança, formação, educação ou desenvolvimento sem que os pais, o representante legal ou quem tenha a guarda de facto se lhes oponham de modo adequado a remover essa situação (Decreto-lei 147/99 de 1 de Setembro).

Aquando da intervenção, esta deve basear-se em princípios orientadores tais como: o superior interesse da criança ou do jovem, atendendo primeiramente àqueles que são os seus interesses e direitos; o respeito pela intimidade, direito à imagem e reserva da sua vida privada (princípio da privacidade); a intervenção deve ter início o mais cedo e rapidamente possível, imediatamente após conhecida a situação de perigo (princípio da intervenção precoce); a intervenção deve ser mínima e a mais adequada à situação de

perigo em que a criança ou o jovem se encontre no momento da tomada de decisão (princípio da proporcionalidade e actualidade); os pais devem, sempre que possível, assumir os deveres para com a criança ou jovem (princípio da responsabilidade parental), dando prevalência a medidas que integrem o menor na sua família ou que promovam a sua adopção, evitando assim a institucionalização (princípio da prevalência da família); o acesso à informação sobre motivos da e forma como se processa a intervenção, bem como sobre direitos e deveres é obrigatório (princípio da informação); constitui um direito da criança, jovem, pai/mãe, representante legal ou a quem possuir a guarda de facto, ou ainda terceira pessoa escolhida pela criança ou jovem, ser ouvido e participar nos actos e na definição da medida de promoção dos direitos e protecção (princípio da audição obrigatória e participação); por fim, a hierarquia da intervenção deve caber primeiro às entidades com competência em matéria de infância e juventude, seguidamente às comissões de protecção de crianças e jovens e, em última instância, aos tribunais (princípio da subsidiariedade) (Martins, 2004).

A comunicação às CPCJ pode ser feita por qualquer pessoa que tenha conhecimento de situações de risco ou perigo para uma criança ou adolescente. A escola é a instituição que assume a responsabilidade de fazer esta comunicação, mais do que qualquer outra entidade, contribuindo, juntamente com as autoridades policiais, com metade das sinalizações efectuadas no ano de 2010 (CNPCJR, 2011).

De acordo com o Relatório Anual de Avaliação da Actividade das Comissões de Protecção de Crianças e Jovens no ano de 2010, a faixa etária com maior número de sinalizações é a que se situa entre os 11 e os 14 anos, sendo que a maior parte destes adolescentes é do sexo masculino. As situações de perigo mais referenciadas foram negligência, exposição a modelos de comportamento desviante, maus tratos psicológicos/abuso emocional, maus tratos físicos e abandono escolar. No que diz respeito ao abandono escolar, o número de sinalizações aumenta com a idade. Na grande maioria dos casos, as medidas de promoção aplicadas pelas CPCJ mantêm a criança ou jovem no seu meio natural de vida (CNPCJR, 2011).

### **2.3.2. Territórios educativos de intervenção prioritária**

A democratização do ensino e a escolaridade obrigatória trouxeram novos desafios e necessidades às políticas educativas e uma heterogeneização do espaço escolar. Quando o sistema educativo garante aos indivíduos o acesso à educação e formação independentemente do meio sócio-económico e de outros factores que possam originar desigualdades educativas e quando o tratamento reflecte as necessidades específicas dos indivíduos em termos de aprendizagens, fala-se de um sistema educativo equitativo. A equidade e a excelência, constituem necessidades decorrentes da heterogeneização do ensino, sendo imperativo garantir a qualidade no cumprimento de funções educativas ao mesmo tempo que se responde a problemas sociais gerados no exterior da escola. Esta resposta advém, muitas vezes, da promoção da ligação a outras entidades que, por terem outros recursos e/ou um melhor posicionamento, estão também melhor preparadas para enfrentar os problemas encontrados na escola, apoiando-a na sua missão de educar e formar as crianças e os jovens, sobretudo se os recursos sociais, culturais e económicos das suas famílias forem mínimos (Álvares, 2010). A criação destas parcerias interinstitucionais contribui não só para a melhoria das respostas que a escola dá aos desafios que enfrenta mas também para o desenvolvimento da comunidade em que a escola se insere, promovendo, desta forma, o aumento da qualidade de vida dos indivíduos (Despacho normativo nº 55/2008).

Por território educativo pode entender-se, numa primeira abordagem, a área geográfica envolvente de um determinado estabelecimento de ensino. No entanto, esta definição apenas tem em conta o espaço físico onde a escola estará edificada. Tradicionalmente, a ideia de território educativo relaciona a área geográfica e o estabelecimento educativo no sentido em que este vai buscar àquela a população que o preenche, especialmente os alunos. Assim, uma escola situada num determinado espaço vai buscar a esse espaço o universo de alunos dos vários níveis de ensino, funcionando como receptor dessa população. Actualmente, esta relação ganhou proporções dinâmicas, já que não só a escola recebe os alunos provenientes de um determinado espaço geográfico, com todas as particularidades sociais, culturais e demográficas implicadas, mas também é responsável pela elevação do nível educativo da população, dentro e fora do espaço escolar (Pires, 1993).

Os territórios de intervenção prioritária, apresentam características comuns, entre as quais se enumeram “famílias numerosas; agregados familiares flutuantes; paternidades não assumidas; maus tratos; negligência; delinquência; analfabetismo; baixas expectativas em relação à escola; alheamento das problemáticas escolares; carências alimentares; higiene e saúde precárias; auto-estima reduzida; falta de perspectivas para o futuro; deficiências de comunicação” (Comissão Nacional de Coordenação, 1999, citado por Canário, 2004, p. 59).

Todos estes aspectos constituem factores de risco para a infância e juventude, e surgem muitas vezes ligados ao conceito de exclusão social. Este conceito, trazido da esfera social para o contexto educativo é elucidativo da crescente sensibilização por parte da instituição escolar a fenómenos de natureza social cuja origem se situa no mundo do trabalho (Canário, 2004).

Com o objectivo de criar condições que possibilitassem garantir o acesso e usufruto de uma educação básica de qualidade em igualdade de oportunidades e promover o sucesso educativo de todos os estudantes, em especial daqueles que se encontram em situação de risco de exclusão social e escolar, o Ministério da Educação criou, em 1996, o Programa Territórios Educativos de Intervenção Prioritária (Despacho 147 – B/ME/96). Este projecto visava, então, em linhas gerais, a melhoria do ambiente educativo e a qualidade das aprendizagens dos alunos, uma articulação mais concertada entre os vários ciclos de estudos, incluindo o ensino pré-escolar e a coordenação das políticas educativas da escola com a comunidade envolvente, dentro da mesma área geográfica, com base na verificação de que em áreas sócio-economicamente carenciadas o sucesso educativo é reduzido, por comparação com a média nacional (Despacho 147 – B/ME/96).

As escolas território educativo de intervenção prioritária obteriam condições diferenciadas no que concerne o desenvolvimento de aspectos particulares, nomeadamente: o aumento do número de docentes de áreas específicas para dar resposta à realização de actividades de âmbito extra-curricular e a diminuição da componente lectiva de docentes com cargos de direcção e o apoio especial por parte de equipas de ensino especial e serviços de psicologia bem como de animadores sócio-culturais e mediadores, entre outros.

Em 2008, o Ministério da Educação definiu e regulamentou o Programa Territórios Educativos de Intervenção Prioritária de 2º Geração (TEIP2). Uma das escolas onde também recolhemos os dados para esta investigação, integra este Programa desde o primeiro momento (1997).

A realidade social que envolve esta escola caracteriza-se por uma população que partilha o mesmo tipo de problemas socioeconómicos e urbanísticos, nomeadamente aqueles que resultam da degradação habitacional e sobre-ocupação do espaço, das carências económicas que geram fragilidades sociais e situações de exclusão em número muito significativo e baixos níveis de escolaridade. No que diz respeito às estruturas familiares de onde provêm os alunos desta escola, elas caracterizam-se por uma grande diversidade no tipo de família (nuclear, monoparental, uniões ou casamentos com filhos de vários pais, relacionamentos conjugais conflituosos, pouco estáveis e pouco duradouros) que acumulam muitas vezes situações de pobreza e desemprego, associada à baixa escolaridade, factores que estão na base do elevado número de alunos que usufruem de apoio social escolar (266 alunos em 357 dos 2º e 3º ciclos no ano 2009/2010) e cujas famílias vivem, não raras vezes, do Rendimento Social de Inserção (AEM, 2009).

Esta realidade influencia o sucesso académico e os níveis de indisciplina que se reflectem nos fracos resultados escolares obtidos, no número de retenções e no número de ocorrências disciplinares, operacionalizadas em número de ordem de saída de sala de aula (AEM, 2009).

#### **2.4. Síntese**

A noção de risco constitui-se, hoje em dia, como um conceito transversal a inúmeros domínios do conhecimento e a diferentes contextos de actuação. Os factores de risco são as condições associadas à elevada probabilidade de ocorrência de resultados negativos ou indesejáveis na vida dos indivíduos e precedem o aparecimento de problemas de saúde mental ou de comportamento, especialmente quando se fala de crianças e adolescentes, seres ainda em desenvolvimento.

O número total de acontecimentos de risco, o período de tempo e o momento de exposição ao risco no percurso de vida da criança têm mais impacto do que um único acontecimento de risco grave (Engle, Castle & Menon, 1996). Por outro lado, os factores de protecção têm a função de diminuir o impacto dos factores de risco, proporcionando alternativas para a resolução das problemáticas experienciadas pelos indivíduos que vivem em contextos de risco.

As crianças e adolescentes que actualmente enfrentam ambientes sociais em que as condições estão bastante abaixo do nível ideal para o desenvolvimento do seu potencial são consideradas como jovens em risco. A negligência, o abandono escolar, a exposição a modelos de comportamento desviante, os problemas de saúde entre outras situações de perigo são alguns dos factores considerados de risco e que levam à sinalização destas crianças nas Comissões de Protecção de Crianças e Jovens em Risco.

Estas entidades, criadas pelo Estado, promovem a defesa dos direitos da infância e juventude que sofrem algum tipo de carência e cujo princípio fundamental é prevenção ou suspensão de situações que coloquem em perigo a segurança, saúde, formação, educação ou desenvolvimento de crianças e jovens. A escola pode e deve assumir a responsabilidade de fazer a comunicação a uma destas comissões de situações de risco ou perigo observadas nas suas populações.

As escolas inserem-se num contexto geográfico próprio onde vão buscar a sua população, trazendo para dentro das paredes da instituição as suas particularidades sociais, culturais e demográficas, constituindo-se, por vezes, territórios de intervenção prioritária uma vez possuem, na sua população, um elevado número de alunos com características familiares e pessoais de risco de entre as quais se destacam os agregados familiares flutuantes, os maus tratos, a negligência, a delinquência, o analfabetismo, as baixas expectativas em relação à escola, as carências alimentares e a higiene e saúde precárias, entre outras.

Também aqui o Estado assume a necessidade de protecção destes contextos, tendo criado o Programa TEIP cujos principais objectivos visam a melhoria do ambiente educativo e a qualidade das aprendizagens dos alunos, a coordenação das políticas

educativas da escola com a comunidade envolvente, dentro da mesma área geográfica, com base na verificação de que em áreas socioeconomicamente carenciadas o sucesso educativo é reduzido, por comparação com a média nacional.

Feito o enquadramento teórico que suporta este trabalho, prosseguimos com a apresentação detalhada do estudo empírico levado a cabo, nos capítulos seguintes.

## **Capítulo III – Estudo empírico**

### **3.1. Introdução**

Considerando a revisão da literatura efectuada, apresentada nos capítulos anteriores, descrevemos a seguir, de forma detalhada, o estudo empírico levado a cabo no âmbito desta investigação.

Apresentamos no próximo ponto a metodologia utilizada, dentro da qual especificamos os objectivos, as variáveis e o desenho do estudo. No ponto a seguir, apresentamos o método que contempla uma definição e caracterização dos participantes e dos materiais utilizados nesta investigação bem como uma descrição dos procedimentos efectuados.

Seguidamente, apresentamos os resultados e, por fim, a sua discussão e interpretação à luz do enquadramento teórico feito.

### **3.2. Metodologia**

#### **3.2.1. Objectivos**

Como foi já referido, o objectivo principal deste estudo é analisar de que forma os adolescentes percebem a sua qualidade de vida e se essa percepção é significativamente diferente tratando-se de crianças e adolescentes com conjugação de características de risco. Explicitamos, a seguir, os objectivos específicos desta investigação:

1. Analisar se existem diferenças estatisticamente significativas na percepção geral da qualidade de vida (percepção geral e percepção do bem-estar físico, bem-estar psicológico, autonomia e relação com os pais, suporte social e grupo de pares e ambiente escolar) em função do sexo;
2. Analisar se existem diferenças estatisticamente significativas na percepção geral da qualidade de vida (percepção geral e percepção do bem-estar físico, bem-estar psicológico, autonomia e relação com os pais, suporte social e grupo de pares e ambiente escolar) em função da idade.

3. Analisar se existem diferenças estatisticamente significativas na percepção geral da qualidade de vida (percepção geral e percepção do bem-estar físico, bem-estar psicológico, autonomia e relação com os pais, suporte social e grupo de pares e ambiente escolar) em função da escolaridade;
4. Analisar se existem diferenças estatisticamente significativas na percepção geral da qualidade de vida (percepção geral e percepção do bem-estar físico, bem-estar psicológico, autonomia e relação com os pais, suporte social e grupo de pares e ambiente escolar) em função do NSE;
5. Analisar se existem diferenças estatisticamente significativas na percepção geral da qualidade de vida (percepção geral e percepção do bem-estar físico, bem-estar psicológico, autonomia e relação com os pais, suporte social e grupo de pares e ambiente escolar) em função da existência ou não de conjugação de características de risco.

### **3.2.2. Variáveis**

As variáveis principais desta investigação são as cinco dimensões da qualidade de vida relacionada com a saúde do instrumento KIDSCREEN: (1) bem-estar físico, (2) bem-estar psicológico, (3) autonomia e relação com os pais, (4) suporte social e grupo de pares e (5) ambiente escolar e a percepção da qualidade de vida geral (6). Quanto às variáveis secundárias, distinguem-se:

- a) sexo (variável nominal operacionalizada em “masculino” e “feminino”);
- b) idade (variável ordinal operacionalizada em “criança” – entre 10 e 12 anos de idade - e “adolescente” – entre 13 e 16 anos de idade)
- c) escolaridade (variável ordinal, operacionalizada em “2º ciclo” e “3º ciclo”)
- d) nível sócio-económico (variável ordinal, operacionalizada em “baixo”, “médio” e “alto”) avaliado através dos itens referentes à profissão do pai e mãe ou principais cuidadores (itens 7 e 8 do questionário sócio-demográfico e dos itens referentes à escolaridade do pai e mãe ou principais cuidadores (itens 9 e 10 do questionário sócio-demográfico) com recurso à NORMA S.A.R.L. (cf. Anexo I)
- e) risco social (variável nominal, operacionalizada em “com risco” – conjugação de pelo menos dois indicadores de risco: a) integração em CPCJ, b) frequência de escola

TEIP; c) nível sócio-económico baixo e d) existência de doença ou condição física crónica - e “sem risco” – sem conjugação de indicadores de risco).

### **3.2.3. Desenho do estudo**

Esta investigação é de natureza quantitativa, de tipo descritiva de comparação, uma vez que se foca em dois grupos seleccionados com base no critério de um deles possuir características de interesse para o estudo e o outro não (Ribeiro, 1999b). Por ter sido realizada num só momento, é também uma investigação de natureza transversal (Ribeiro, 1999b).

## **3.3. Método**

### **3.3.1. Participantes**

Esta investigação foi realizada no contexto escolar, com uma população de alunos de duas escolas básicas do distrito do Porto. Foi seleccionada uma amostra de tipo não probabilístico por conveniência (Marconi & Lakatos, 1990, Ribeiro, 1999b), uma vez que os elementos foram escolhidos de acordo com as suas características e disponibilidade, usando os recursos humanos à disposição. No Quadro 1 fazemos uma caracterização sócio-demográfica geral dos participantes, divididos em dois grupos: um que apresenta pelo menos duas características de risco conjugadas (com risco) e outro que apresenta apenas uma ou nenhuma característica de risco (sem risco).

A amostra é composta por um total de 359 sujeitos, dos quais, 51,3% são do sexo feminino e 48,7% são do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 10 e 16 anos ( $M=11,98$ ;  $DP=1,48$ ), na sua maioria crianças (63,8%) sendo que o nível sócio-económico mais representado é o médio (38,7%) e que frequentam o 2º ciclo do ensino básico (61,3%).

## Quadro 1.

*Descrição sócio-demográfica dos participantes (N=359)*

	Com risco <i>n (%)</i>	Sem risco <i>n (%)</i>	Total <i>n (%)</i>
<b>Sexo</b>			
Feminino	21 (5,8)	163 (45,4)	184 (51,3)
Masculino	21 (5,8)	154 (42,9)	175 (48,7)
Total <i>n (%)</i>	42 (11,7)	317 (88,3)	359 (100,0)
<b>Idade</b>			
Criança (10-12 anos)	28 (7,8)	201 (56,0)	229 (63,8)
Adolescente (13-16 anos)	14 (3,9)	116 (32,3)	130 (36,2)
Total <i>n (%)</i>	42 (11,7)	317 (88,3)	359 (100,0)
<b>Escolaridade</b>			
2º ciclo	34 (9,5)	186 (51,8)	220 (61,3)
3º ciclo	8 (2,2)	131 (36,5)	139 (38,7)
Total <i>n (%)</i>	42 (11,7)	317 (88,3)	359 (100,0)
<b>NSE</b>			
Baixo	35 (10,0)	95 (27,2)	130 (37,2)
Médio	5 (1,4)	130 (37,2)	135 (38,6)
Alto	-	84 (24,1)	84 (24,1)
Total <i>n (%)</i>	40 (11,4)	309 (88,5)	349 (100,0)*

\*A frequência total observada não corresponde à esperada (N=359) devido à existência de valores *Missing*.

Para a avaliação do risco social, foram considerados, como foi já referido, dois ou mais indicadores de risco conjugados. O Quadro 2 apresenta a caracterização dos indicadores de risco dos participantes. Do total, 11,7% apresentam pelo menos dois indicadores de risco e 88,3% não apresentam conjugação de características de risco. A distribuição por sexos é equilibrada e a maioria dos participantes com características de risco apresenta a conjugação dos indicadores “processo em CPCJ, frequência de escola TEIP e NSE baixo”

## Quadro 2.

*Caracterização do risco social (N=359)*

	Sexo feminino <i>n (%)</i>	Sexo masculino <i>n (%)</i>	Total <i>n (%)</i>
CPCJ, TEIP, doença crónica e NSE baixo	-	2 (0,6)	2 (0,6)
CPCJ, TEIP e NSE baixo	8 (2,2)	9 (2,5)	17 (4,7)
TEIP, NSE baixo e doença crónica	11 (3,0)	4 (1,1)	15 (4,2)
CPCJ e TEIP	2 (0,6)	6 (1,7)	8 (2,2)
Não tem	163 (45,4)	154 (42,9)	317 (88,3)
Total <i>n (%)</i>	184 (51,3)	175 (48,7)	359 (100,0)

**3.3.2. Materiais****3.3.2.1. O questionário sócio-demográfico**

Com a finalidade de obtermos os dados que possibilitam a caracterização sócio-demográfica dos participantes deste estudo, procedemos à construção de um questionário sócio-demográfico que apresenta um total de 10 itens: 1) sexo; 2) idade/data de nascimento; 3) ano de escolaridade; 4) retenção; 5) pessoas que vivem com o aluno; 5) zona da cidade/cidade em que vive; 6) profissão da mãe (ou da pessoa com quem vive); 7) profissão do pai (ou da pessoa com quem vive); 8) escolaridade da mãe (ou da pessoa com quem vive e 10) escolaridade do pai (ou da pessoa com quem vive).

A escolha destas questões e a forma como estão formuladas, em especial os itens 5 e 6, têm por base a realidade familiar e social vivenciada pela população onde recolhemos uma primeira parte dos dados e observada ao longo dos 10 meses de estágio curricular. Os itens 7, 8, 9 e 10 permitem o cálculo do NSE recorrendo à NORMA, S.A.R.L. (cf. Anexo I).

Deste questionário, constava também um espaço para que o aluno colocasse o seu número de identificação de turma de forma a fazer o emparelhamento com os dados recolhidos no âmbito da avaliação de risco.

### **3.3.2.2. O KIDSCREEN 27**

Este instrumento constitui uma versão reduzida do questionário KIDSCREEN 52 e está inserido no Projecto KIDSCREEN. É de natureza transversal e avalia a qualidade de vida em crianças e adolescentes com idades compreendidas entre os 8 e os 18 anos.

Foi adaptado e aferido para a população portuguesa em 2008 num projecto coordenado por Gaspar e Matos (2008) e compreende, na sua versão integral, 52 itens distribuídos por 10 dimensões (saúde e actividade física, sentimentos, estado de humor geral, auto-percepção, autonomia/tempo livre, família, ambiente familiar e vizinhança, questões económicas, amigos(as), ambiente escolar e aprendizagem e provocação).

A versão reduzida utilizada neste estudo é o KIDSCREEN 27 que compreende 5 dimensões que resultam do agrupamento dos 52 itens que constituem a versão integral, mantendo a representatividade das 10 dimensões originais. Assim, as 5 dimensões são:

1. Bem-estar físico: avalia o nível de prática de actividade física, energia e resistência e a forma como a criança ou adolescente se sente em relação à sua saúde (dimensão 1; itens 1 a 5).

2. Bem-estar psicológico: avalia as emoções positivas, a satisfação com a vida e os sentimentos de tristeza e solidão (dimensão 2; itens 1 a 7).

3. Autonomia e relação com os pais: mede a qualidade de interacção entre a criança ou adolescente e os seus pais ou principais cuidadores, a forma como se sente amada e apoiada pela família, a percepção do nível de autonomia e da qualidade dos recursos económicos (dimensão 3; itens 1 a 7).

4. Suporte social e grupo de pares: avalia a relações sociais e com o grupo de pares bem como a qualidade das interacções e o apoio percebido entre a criança ou adolescente e os amigos (dimensão 4; itens 1 a 4).

5. Ambiente escolar: avalia a percepção que a criança ou adolescente tem das suas capacidades cognitivas, de aprendizagem e concentração, bem como os seus

sentimentos pela escola e a percepção da relação com os professores (dimensão 5; itens 1 a 4).

O instrumento apresenta, ainda, uma questão relativa à existência ou não de deficiência ou doença crónica (“Tens alguma deficiência, doença ou condição física crónica?”). Para este estudo, não foram considerados os alunos com necessidades educativas especiais.

A opção por esta versão reduzida do instrumento prende-se com a necessidade de ajustar o tempo de aplicação do protocolo de avaliação ao horário dos alunos e aos tempos lectivos que são de cerca de 45 minutos para as aulas das disciplinas seleccionadas, interferindo, desta forma, o menos possível com o normal decorrer das actividades lectivas da comunidade educativa.

### ***3.3.2.3. Avaliação do risco social***

Para a avaliação desta variável, recolhemos, nas escolas públicas onde foi realizado o estudo, informação processual individual relativa aos alunos com processo aberto em Comissão de Protecção de Crianças e Jovens em Risco (CPCJ) e cuja sinalização tenha sido feita pela escola. Para tal, foi-nos fornecida uma listagem pelos serviços administrativos das escolas envolvidas, com os números e turma dos alunos que tinham, nos anos lectivos 2009/2010 e 2010/2011, processo aberto na CPCJ. Fizemos igualmente um levantamento da documentação publicada em Diário da República que referencia quais as escolas pertencentes ao projecto TEIP2.

Além destes dois indicadores (sinalização na CPCJ e frequência de escola TEIP), usamos também o nível sócio-económico baixo e a existência de doença ou condição física crónica.

A opção por este tipo de dados recolhidos baseia-se no facto de considerarmos relevante a incorporação de aspectos objectivos para a avaliação do risco, respeitando a definição de qualidade de vida que contempla tanto aspectos subjectivos como indicadores objectivos na sua definição. A conjugação de vários factores de risco aumenta o impacto

no potencial máximo de cada criança e adolescente, colocando-as abaixo do nível ideal de desenvolvimento que é desejável.

### **3.3.3. Procedimento**

Este estudo partiu da necessidade de analisar de que forma os adolescentes percebem a sua qualidade de vida, fazendo uma comparação entre um grupo com conjugação de características de risco e outro grupo que não apresenta conjugação de características de risco explicitadas neste trabalho.

Para tal, numa primeira fase, realizamos a pesquisa, recolha e revisão bibliográficas e a exploração teórica do tema em estudo. Seguidamente, seleccionámos o instrumento a utilizar e construimos o questionário sócio-demográfico.

Procedemos, então, à elaboração dos pedidos de autorização para a recolha de dados, junto dos órgãos responsáveis e de direcção, uma vez que a aplicação dos instrumentos foi feita em contexto escolar (cf. Anexo II).

Depois de obtidos os pareceres positivos destas autorizações, elaborámos os horários e documentos informativos para os Directores de Turma, a quem mostrámos total disponibilidade para o esclarecimento de dúvidas e para a alteração dos horários propostos, caso houvesse essa necessidade. Uma vez que os instrumentos foram aplicados em contexto de sala de aula, optámos por escolher as disciplinas de Formação Cívica, Área de Projecto e Estudo Acompanhado, de forma a perturbar o menos possível o normal decorrer das disciplinas consideradas prioritárias pelos docentes. Solicitámos aos Directores de Turma que, em reunião de conselho de turma, fizessem chegar estas informações aos professores destas disciplinas.

Assim, os docentes responsáveis por estas disciplinas receberam igualmente um documento informativo assim como horário em que a aplicação dos instrumentos iria ser feita, havendo igualmente total disponibilidade para alterar a data da aplicação. Procedemos igualmente à entrega dos pedidos de autorizações destinados aos encarregados de educação dos alunos do 2º e 3º ciclo (cf. Anexo III).

Após recepção das autorizações e ao longo de duas semanas em cada escola, aplicamos os questionários nas turmas de 5º (6 turmas), 6º (7 turmas), 7º (6 turmas), 8º (5 turmas) e 9º (3 turmas). Na primeira escola, os protocolos foram aplicados entre 7 e 11 de Junho de 2010, em contexto de estágio curricular, e na segunda escola entre 21 e 25 de Fevereiro de 2011. Os questionários, de auto-resposta, foram aplicados colectivamente, na nossa presença. Apresentámos o tema da investigação e os principais objectivos, a informação sobre a confidencialidade, bem como as instruções necessárias ao preenchimento dos questionários, mostrando também disponibilidade para o esclarecimento de qualquer dúvida que viesse a surgir. A aplicação dos instrumentos nas turmas teve a duração média de 40 minutos, desde o momento da apresentação até à recolha de todos os questionários.

Durante a aplicação, foram surgindo algumas dúvidas no preenchimento dos questionários. Houve um item em particular que suscitou dúvidas em todas as turmas da escola TEIP em que os questionários foram aplicados, sem excepção, não tendo acontecido o mesmo na escola não TEIP. A dúvida suscitada diz respeito à compreensão do significado do item 4 da dimensão 3 – Autonomia e Relação com os Pais (“Os teus pais trataram-te com justiça?”).

Após esta primeira fase de recolha de dados, solicitámos aos agentes responsáveis, a listagem dos alunos com processo aberto em CPCJ (número e turma) para recolha da informação relativa à avaliação do risco. Uma vez que os pedidos de autorização foram redigidos numa fase inicial da investigação em que estava a ser ainda ponderada a melhor forma de realizar a avaliação de risco, redigimos uma adenda posterior aos documentos para rectificar o tipo de recolha de dados realizada. As entidades foram informadas atempadamente e as alterações aceites por via informal, respeitando o volume de trabalho das escolas. Esta informação foi a seguir emparelhada com os instrumentos preenchidos pelos alunos, através da numeração colocada no questionário sócio-demográfico, divididos de acordo com as turmas.

Reunidas estas informações, apresentamos no ponto seguinte os resultados da análise estatística, realizada em função dos objectivos estabelecidos para este estudo empírico.

### 3.4. Resultados

Neste ponto apresentamos os resultados do estudo empírico realizado. Procedemos à elaboração da base de dados e conseqüente análise estatística, utilizando o programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences*, versão 19 para *Windows* (*IBM SPSS Statistics 19*).

Para o primeiro objectivo estipulado para esta investigação - analisar se existem diferenças estatisticamente significativas na percepção da qualidade de vida (percepção geral e dimensões: percepção do bem-estar físico, bem-estar psicológico, autonomia e relação com os pais, suporte social e grupo de pares e ambiente escolar) em função do sexo - procedeu-se à comparação de médias através do teste *t de student* para amostras independentes tendo-se obtido os resultados a seguir apresentados.

De acordo com o Quadro 3, verifica-se que existem diferenças significativas entre rapazes e raparigas na percepção da qualidade de vida geral e nas dimensões bem-estar físico e bem-estar psicológico. Assim, os rapazes apresentam melhor percepção da qualidade de vida geral bem como do bem-estar físico e do bem-estar psicológico do que as raparigas. Para as restantes dimensões (autonomia e relação com os pais, suporte social e grupo de pares e ambiente escolar) não existem diferenças significativas entre os sexos.

Quadro 3.

*Diferenças na percepção da qualidade de vida geral e dimensões em função do sexo*

Dimensões	Sexo feminino		Sexo masculino		Teste t		
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>
Qualidade de vida geral	113,57	13,14	116,52	13,44	-2,102	332	0,036*
Bem-estar físico	19,26	4,10	21,21	3,54	-4,820	351,195	0,000*
Bem-estar psicológico	29,38	4,93	30,68	3,94	-2,739	341,621	0,006*
Autonomia e relação com os pais	30,99	3,99	30,99	4,33	0,014	345,000	0,989
Suporte social e grupo de pares	18,07	2,46	17,70	2,89	1,272	334,250	0,204
Ambiente escolar	15,76	2,74	15,67	3,13	0,277	349,000	0,783

\* $p < 0,05$

Legenda: *M* – Média; *DP* – Desvio-padrão

Para o segundo objectivo estipulado para esta investigação - analisar se existem diferenças estatisticamente significativas na percepção da qualidade de vida (percepção geral e dimensões: percepção do bem-estar físico, bem-estar psicológico, autonomia e relação com os pais, suporte social e grupo de pares e ambiente escolar) em função da idade - procedeu-se à comparação de médias através do teste *t de student* para amostras independentes tendo-se obtido os resultados a seguir apresentados.

Segundo o Quadro 4, verificamos que existem diferenças estatisticamente significativas entre crianças e adolescentes apenas para a dimensão ambiente escolar. Deste modo, as crianças apresentam uma percepção mais positiva do ambiente escolar do que os adolescentes.

#### Quadro 4.

##### *Diferenças na percepção da qualidade de vida geral e dimensões em função da idade*

Dimensões	Crianças (10-12 anos)		Adolescentes (13-16 anos)		Teste t		
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>
Qualidade de vida geral	115,63	12,54	113,79	13,41	1,262	332	0,208
Bem-estar físico	20,21	3,83	20,18	4,19	0,057	353	0,955
Bem-estar psicológico	30,22	4,79	29,59	4,41	1,249	347	0,212
Autonomia e relação com os pais	31,05	4,04	30,90	4,36	0,318	345	0,751
Suporte social e grupo de pares	17,88	2,76	17,91	2,54	-0,093	351	0,926
Ambiente escolar	16,03	2,93	15,17	2,87	2,682	349	0,008*

\* $p < 0,05$

Em relação ao terceiro objectivo - analisar se existem diferenças estatisticamente significativas na percepção da qualidade de vida (percepção geral e percepção do bem-estar físico, bem-estar psicológico, autonomia e relação com os pais, suporte social e grupo de pares e ambiente escolar) em função da escolaridade - procedeu-se também à comparação de médias através do teste *t de student* para amostras independentes tendo-se obtido os resultados a seguir apresentados.

Quanto às diferenças na percepção da qualidade de vida geral em função do ciclo de escolaridade, foram encontradas diferenças significativas entre os dois ciclos do ensino básico para a percepção geral da qualidade de vida e para as dimensões bem-estar

psicológico e autonomia e relação com os pais. Assim os alunos do 2º ciclo têm uma percepção mais positiva da sua qualidade de vida geral bem como do seu bem-estar psicológico e da sua autonomia e relação com os pais quando comparados com alunos do 3º ciclo. Para as restantes dimensões não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas (cf. Quadro 5).

Quadro 5.

*Diferenças na percepção da qualidade de vida geral e dimensões em função do ciclo de escolaridade*

Dimensões	2º ciclo		3º ciclo		Teste t		
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>
Qualidade de vida geral	116,36	11,50	112,86	14,50	2,339	237,581	0,020*
Bem-estar físico	20,20	3,80	20,20	4,21	0,006	353	0,995
Bem-estar psicológico	30,50	4,25	29,21	4,85	2,630	347	0,009*
Autonomia e relação com os pais	31,43	3,83	30,34	4,54	2,412	345	0,016*
Suporte social e grupo de pares	17,95	2,78	17,79	2,52	0,554	351	0,580
Ambiente escolar	19,95	3,01	15,35	2,77	1,886	349	0,060

\* $p < 0,05$

Quanto ao quarto objectivo - analisar se existem diferenças estatisticamente significativas na percepção da qualidade de vida (percepção geral e percepção do bem-estar físico, bem-estar psicológico, autonomia e relação com os pais, suporte social e grupo de pares e ambiente escolar) em função do nível sócio-económico - procedeu-se à comparação de médias através análise de variância univariada ANOVA, tendo-se obtido os resultados a seguir apresentados.

Encontraram-se diferenças estatisticamente significativas na percepção do ambiente escolar entre o NSE baixo e o NSE alto e entre o NSE médio e o NSE alto, favorecendo este último. Quanto mais elevado é o NSE mais positiva é a percepção do ambiente escolar. Para as outras dimensões não foram encontradas diferenças significativas, pelo que os sujeitos dos diferentes níveis sócio-económicos têm percepções semelhantes no que a elas diz respeito (cf. Quadro 6).

## Quadro 6.

*Diferenças na percepção da qualidade de vida geral e dimensões em função do nível sócio-económico*

Dimensões	NSE Baixo		NSE Médio		NSE Alto		ANOVA			Scheffé
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>F</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>	
Qualidade de vida geral	114,67	14,48	113,93	11,59	117,38	12,30	1,413	3	0,239	
Bem-estar físico	19,67	4,43	20,15	3,80	30,32	3,24	2,616	3	0,051	
Bem-estar psicológico	30,41	4,86	29,63	4,24	30,32	4,04	2,432	3	0,065	
Autonomia e relação com os pais	31,41	4,33	30,42	3,88	31,24	4,28	1,340	3	0,261	
Suporte social e grupo de pares	17,93	3,10	17,75	2,53	18,01	2,30	0,271	3	0,846	
Ambiente escolar	15,00	3,48	15,66	2,34	16,86	2,66	7,060	3	0,000*	B<M<A

\*p&lt;0,05

Legenda: B – Baixo, M – médio, A - Alto

Quanto ao quinto objectivo - analisar se existem diferenças estatisticamente significativas na percepção da qualidade de vida relacionada com a saúde (percepção geral e percepção do bem-estar físico, bem-estar psicológico, autonomia e relação com os pais, suporte social e grupo de pares e ambiente escolar) em função do risco social - procedeu-se à comparação de médias através do teste *t de student* para amostras independentes tendo-se obtido os resultados a seguir apresentados.

No que diz respeito às diferenças na percepção da qualidade de vida considerando o risco social, verifica-se que existem diferenças estatisticamente significativas apenas para a dimensão autonomia e relação com os pais. Deste modo, o grupo de alunos de com conjugação de características de risco apresenta uma percepção mais positiva do que o grupo de alunos sem conjugação de características de risco. Para as restantes dimensões, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas (cf. Quadro 7).

Quadro 7.

*Diferenças na percepção da qualidade de vida geral e dimensões em função do risco social*

Dimensões	Com risco		Sem risco		<i>t</i>	Teste t	
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		<i>gl</i>	<i>p</i>
Qualidade de vida geral	115,32	14,22	114,92	12,72	0,179	322	0,858
Bem-estar físico	19,25	4,60	20,32	3,86	-1,611	353	0,108
Bem-estar psicológico	30,60	5,01	29,92	4,47	0,894	347	0,372
Autonomia e relação com os pais	32,70	3,00	30,77	4,23	2,793	345	0,006*
Suporte social e grupo de pares	18,15	2,74	17,86	2,67	0,653	531	0,514
Ambiente escolar	14,75	3,58	15,84	2,82	-1,858	45,447	0,070

\* $p < 0,05$

### 3.5. Discussão

Considerando o objectivo principal desta investigação – analisar a percepção da qualidade de vida de alunos do 2º e 3º ciclo do ensino básico e se existem diferenças estatisticamente significativas tratando-se de um grupo de crianças e adolescentes com conjugação de características de risco, por comparação com um grupo sem conjugação de características de risco, discutimos, neste ponto, os resultados a que chegámos.

Em primeiro lugar, consideramos importante referir alguns aspectos respeitantes aos participantes neste estudo. Deste modo, salientamos a distribuição equilibrada, em termos percentuais, quanto ao sexo, escolaridade e NSE. Em relação a esta última variável, o número de respostas obtidas nos itens 7, 8, 9 e 10 do questionário sócio-demográfico que nos possibilitou o cálculo do NSE foi inferior ao número total de participantes respondentes. A ausência de dados deve-se ao facto de muitos participantes não saberem responder às questões relativas à escolaridade e profissão dos pais ou principais cuidadores o que resultou na ausência de dados para o cálculo do NSE. Isto poderá dever-se a vários factores, entre eles, as condições de empregabilidade precária das famílias dos alunos que frequentam a escola TEIP, o que faz com que as mudanças de emprego sejam frequentes mas também à ausência de uma profissão definida, consequência da baixa escolaridade dos pais ou principais cuidadores, levando a que os alunos não tenham conhecimento sobre a ocupação daqueles.

A diferença verificada no número de participantes entre o grupo com combinação de características de risco e o grupo sem combinação de características de risco pode dever-se ao absentismo/abandono escolar dos alunos pertencentes a contextos onde os factores de risco social são mais frequentes, como é o caso da escola TEIP onde foram recolhidos parte dos dados, resultando, desta forma, num número reduzido de participantes respondentes com características de risco. Este aspecto vai, aliás, ao encontro do que referencia a literatura. O abandono escolar foi uma das situações de perigo mais referenciadas no ano de 2010, aumentando com a idade (CNPCJ, 2011).

Assim, fazendo uma caracterização geral dos participantes, verificamos que o sexo feminino é o mais representado, a idade é a de 11 anos, a escolaridade é o 2º ciclo e o nível sócio-económico com maior representatividade é o médio.

No que diz respeito aos dois grupos em análise, o grupo com conjugação de indicadores de risco e o grupo sem conjugação de indicadores de risco, ambos são compostos por igual número de rapazes e raparigas, sendo que a idade mais representada é a de 11 anos e a escolaridade mais representada o 2º ciclo. Quanto ao nível sócio-económico, aquele que tem maior representatividade no grupo com conjugação de características de risco é o baixo e no grupo sem conjugação de características de risco é o médio. A conjugação dos três indicadores de risco - integração em CPCJ, frequência de escola TEIP e NSE baixo – é a mais representada, reflectindo a realidade existente no contexto do estágio curricular realizado na escola TEIP onde a maior parte das famílias é de NSE baixo e onde existe um número considerável de alunos elegíveis para sinalização na CPCJ por apresentarem características de risco.

De acordo com aquilo que estipulamos como primeiro objectivo e que respeita as diferenças de sexo na percepção da qualidade de vida, os resultados obtidos dizem-nos que as diferenças encontradas favorecem os rapazes quer na percepção da qualidade de vida geral quer na percepção do bem-estar físico e do bem-estar psicológico, indo ao encontro da revisão bibliográfica feita que nos diz que a percepção das raparigas com a sua saúde e bem-estar é mais negativa do que a dos rapazes na maioria das medidas relacionadas com a satisfação com a vida, queixas relacionadas com a saúde e percepção de saúde (Bisegger, Cloetta, Reuden, Abel, Ravens-Sieberer e The European

Kidscreen Group, 2005; World Health Organization, 2009). Uma possível explicação dever-se-á ao facto de as tarefas desenvolvimentais se irem tornando cada vez mais específicas para cada sexo, com o aumento da idade o que poderá influenciar a percepção que rapazes e raparigas têm acerca de dimensões como o bem-estar físico e o bem-estar psicológico, influenciando, também, a percepção da qualidade de vida geral. Outra explicação poderá estar relacionada com a mudança no estado de saúde de rapazes e raparigas na passagem da infância para a adolescência. Ainda de acordo com Bisegger et al (2005), os rapazes parecem apresentar mais problemas de saúde na infância do que as raparigas, situação que se altera na adolescência com as raparigas a apresentarem mais frequentemente perturbações psicossomáticas e problemas emocionais do que os rapazes (Bisegger et al, 2005). Em relação às dimensões autonomia e relação com os pais, suporte social e grupo de pares e ambiente escolar não foram encontradas diferenças significativas pelo que rapazes e raparigas percebem estas dimensões de forma semelhante. A ausência de diferenças poderá dever-se ao facto de, actualmente, rapazes e raparigas terem acesso às mesmas oportunidades sociais e escolares, independentemente do sexo.

Para o segundo objectivo, analisámos as diferenças na percepção da qualidade de vida entre crianças e adolescentes, considerando as primeiras como indivíduos entre os 10 e os 12 anos e os segundos com idades compreendidas entre os 13 e os 16. As diferenças encontradas sugerem que as crianças apresentam uma percepção mais positiva apenas em relação ao ambiente escolar quando comparadas com os adolescentes. A literatura refere que as crianças apresentam uma melhor percepção da sua qualidade de vida na maioria das dimensões, incluindo o ambiente escolar, encontrando-se uma percepção geral menos positiva a partir dos 12 anos (Bisegger et al, 2005, Santos, 2008). A diminuição de uma percepção positiva da qualidade de vida na adolescência prende-se com todas as alterações físicas, psicológicas e sociais ocorridas no período de transição entre a infância e a idade adulta, em que o adolescente se depara com novas experiências, a aquisição de um certo grau de autonomia e independência, o estabelecimento de novas relações sociais e a necessidade de criar o seu próprio quadro de valores e crenças bem como as tarefas associadas ao desenvolvimento da identidade. Tudo isto são factores que acarretam uma certa instabilidade e insegurança,

influenciando a percepção da qualidade de vida nas suas diversas dimensões (Bisegger et al, 2005).

Não há diferenças estatisticamente significativas para as dimensões percepção geral, bem-estar físico, bem-estar psicológico, autonomia e relação com os pais e suporte social e grupo de pares. A ausência de significância estatística nas diferenças de percepção nestas dimensões poderá ter a ver com o facto de, nesta amostra, as alterações típicas da transição para a adolescência não terem afectado o seu bem-estar físico e psicológico. Quanto à autonomia e relação com os pais e suporte social e grupo de pares, estas crianças e adolescentes parecem sentir-se confortáveis com o nível de independência que lhes é dado bem como com os amigos que têm e o suporte social que sentem, avaliando estas dimensões da mesma forma.

O terceiro objectivo deste estudo pretendia perceber se existem diferenças na percepção da qualidade de vida entre o 2º e o 3º ciclo do ensino básico. Os resultados alcançados favorecem o 2º ciclo na percepção da qualidade de vida geral, do bem-estar psicológico e da autonomia e relação com os pais. Ainda no estudo do Bisegger et al (2005), realizado com o KIDSCREEN 52, os resultados sugerem que as crianças apresentam uma melhor percepção do bem-estar psicológico e da relação com os pais do que os adolescentes. A passagem para a adolescência traz consigo, além das mudanças físicas inerentes ao processo de maturação do organismo, um distanciamento dos adultos, na busca por uma identidade, sendo, portanto, natural, que a relação com os pais bem como o desejo de autonomia em relação a estes sofra alterações significativas quando comparado com a infância, altura em que os pais funcionam ainda como modelos a seguir (Bisegger et al, 2005). No que diz respeito à percepção da qualidade de vida geral, as crianças parecem ter uma percepção mais positiva do que os adolescentes. No estudo de Santos (2008), em que as crianças são consideradas até à idade dos 11 anos, estas apresentam uma percepção mais positiva da qualidade de vida em relação aos adolescentes com 12 anos ou mais (Santos, 2008). Desta forma, os resultados que obtivemos, corroboram aqueles que foram encontrados na literatura.

Foram encontrados diferentes resultados para a idade e para a escolaridade, tendo em conta que, de um modo geral, as duas classes de idade correspondem aos dois ciclos de

escolaridade (10-12 anos para o 2º ciclo e 13-16 anos para o 3º ciclo). Para a variável idade apenas foram encontradas diferenças estatisticamente significativas em relação ao ambiente escolar e para a variável escolaridade as diferenças estatisticamente significativas existem para as dimensões percepção geral, bem-estar psicológico e autonomia e relação com os pais. Isto sugere que, na amostra seleccionada, a idade dos alunos do 2º ciclo poderá não coincidir com a divisão que escolhemos fazer entre crianças e adolescentes, chegando, assim, a estes resultados diferentes para as duas variáveis.

Quanto às diferenças no NSE, concluímos que apenas existem diferenças com significância estatística em relação ao ambiente escolar, favorecendo os níveis sócio-económicos mais elevados, isto é, quanto maior for o NSE, mais positiva será a percepção do ambiente escolar. A literatura mostra que existem diferenças significativas na percepção de grande parte das dimensões relacionadas com a qualidade de vida favorecendo os níveis sócio-económicos mais elevados bem como a evidência de que um NSE baixo constitui um factor de risco para uma percepção da qualidade de vida mais pobre em dimensões como ambiente escolar (Santos, 2008). Segundo Santos (2008), o envolvimento em actividades com os pares durante e após os intervalos da escola é menor para aquelas que pertencem a um NSE baixo, afirmando também que a pobreza e o desempenho escolar podem influenciar a qualidade de vida. No mesmo estudo, os participantes que frequentam escolas situadas em zonas sócio-economicamente desfavorecidas, tendem a criticar a escola e os professores sem apresentarem, todavia, argumentos que espelhem uma reflexão consciente sobre o assunto, mencionando menor interesse pela escola, pelas avaliações e pelas consequências futuras. O sentimento de segurança relativamente à escola parece ser outro factor que apresenta efeitos nestes resultados, já que alunos que frequentam escolas situadas em meio desfavorecidos dizem sentir-se menos seguros do que os alunos que frequentam escolas incluídas em meios mais favorecidos (Santos, 2008).

Quanto ao quinto objectivo deste estudo, propúnhamo-nos perceber se existem diferenças na percepção da qualidade de vida entre um grupo com conjugação de características de risco e outro grupo sem conjugação de características de risco. Os resultados obtidos dizem-nos que o grupo com combinação de características de risco

tem uma melhor percepção da sua autonomia e relação com os pais quando comparado com o grupo sem combinação de características de risco, sendo esta a única dimensão onde foram encontradas diferenças estatisticamente significativas. A este respeito, não encontramos estudos que corroborem ou neguem os resultados encontrados. No entanto, uma aproximação possível à explicação destes resultados pode dar-se por via da dimensão para a qual foram assinaladas as diferenças com significância estatística, isto é, a autonomia e a relação com os pais. Esta dimensão prende-se com aspectos relacionados com a oportunidade e liberdade que são dadas à criança ou adolescente para criar e gerir o seu tempo social e de lazer, o que reflecte a sua auto-suficiência e independência ou, por outro lado, uma percepção de restrição, opressão e dependência. Os sistemas familiares, observados no contexto em que a recolha de dados respeitante ao grupo com características de risco foi feita, constroem-se e desenvolvem-se favorecendo relações de suporte entre a vizinhança e os amigos, muito mais do que na família nuclear. Assim, é comum a convivência das crianças e adolescentes daquele espaço com um variado número de pessoas exteriores ao núcleo familiar que é, muitas vezes, desestruturado. No entanto, é neste ambiente que, desde cedo, as crianças crescem e se desenvolvem, motivadas pelos pais ou principais cuidadores. Deste modo, a perpetuação destes comportamentos, ao longo da infância e adolescência, manifestados pelo incentivo e permissividade dos estilos parentais típicos desta população, acabam por fomentar os traços distintivos do que é a autonomia e que foram acima referidos. De facto, como refere Visser (2004), em comunidades que enfrentam problemas psicossociais e económicos, o suporte social que nasce das relações com os pares é promotor da troca de conhecimentos e experiências, fornecendo um modelo de regras e de competências de *coping* saudáveis. O sistema de suporte do grupo de pares pode ter um impacto positivo num grupo que tem como fonte de referência os outros, como é o caso da comunidade em que o maior número de participantes do grupo com conjugação de características de risco em estudo se insere.

O facto de não terem sido encontradas diferenças estatisticamente relevantes nas outras dimensões da qualidade de vida, quer na percepção geral quer no bem-estar físico, bem-estar psicológico, suporte social e grupo de pares e ambiente escolar pode dever-se, também, a outros factores. Entre eles, a dimensão dos dois grupos comparados, isto é, o número de elementos que os compõem, é bastante desequilibrada. O reduzido número

de elementos do grupo com conjugação de características de risco poderá ter tido influência sobre os resultados obtidos uma vez que é bastante inferior ao número de elementos constituintes do grupo sem conjugação de características de risco. Além disso, a avaliação da QV nesta faixa etária é, segundo Wallander, Shmitt e Koot (2001), feita de acordo com aquilo que a criança ou o adolescente conhece. A realidade observada leva-nos a crer que a maioria daqueles alunos não conhece outra realidade senão aquela onde vive e em que sempre cresceram pelo que, ao longo do tempo, foram adoptando estratégias de *coping* para lidar com aquilo que a literatura entende como dificuldades e adversidades que podem influenciar negativamente a qualidade de vida. O que está aqui em causa é a forma como estas crianças e adolescentes avaliam a sua qualidade de vida pelo que é com base na sua experiência que efectuem essa avaliação.

Assim, a capacidade destes sujeitos em superar e conviver de forma ajustada num contexto de risco, onde a pobreza, a violência e a delinquência existem, pode estar associada a estilos resilientes, no sentido em que estes dotam os indivíduos de uma capacidade para ultrapassar e conviver com situações de adversidade (Rutter, 1999; Kitano & Lewis, 2005). Da mesma forma, a auto-estima, o optimismo, as estratégias de *coping* e a gestão emocional, especialmente a nível da gestão adaptativa de situações de vida crítica e às metas pessoais estão associadas a uma boa qualidade de vida. (Wrosch & Scheier, 2003).

### **3.6. Síntese**

O estudo empírico levado a cabo no âmbito deste trabalho tem como principal objectivo analisar as diferenças na percepção da qualidade de vida geral e nas dimensões bem-estar físico, bem-estar psicológico, autonomia e relação com os pais, suporte social e grupo de pares e ambiente escolar, respeitantes ao questionário KIDSCREEN 27 entre um grupo com conjugação de características de risco e um grupo sem conjugação de características de risco. Estas características dizem respeito a quatro indicadores objectivos distintos: a) integração em CPCJ, b) frequência de escola TEIP, c) nível sócio-económico baixo e d) existência de doença ou condição física crónica. Dos 350 participantes no estudo, verificamos que o sexo feminino é o mais representado, a idade é a de 11 anos, a escolaridade é o 2º ciclo e o nível sócio-económico com maior

representatividade é o médio. Quanto aos dois grupos em análise, o grupo com conjugação de indicadores de risco e o grupo sem conjugação de indicadores de risco, ambos são compostos por igual número de rapazes e raparigas, sendo que a idade mais representada é a de 11 anos e a escolaridade mais representada é o 2º ciclo. Quanto ao nível sócio-económico, aquele que apresenta maior representatividade no grupo de risco é o baixo e no grupo sem risco é o médio. A conjugação de três indicadores de risco - integração em CPCJ, frequência de escola TEIP e NSE baixo – é a mais representada.

Os resultados alcançados mostram que o grupo com características de risco tem uma percepção mais positiva apenas em relação à autonomia e relação com os pais quando comparado com o grupo sem características de risco. Os rapazes apresentam uma percepção mais positiva da sua qualidade de vida geral, bem-estar físico e bem-estar psicológico do que as raparigas; as crianças mostram ter uma percepção mais positiva do ambiente escolar quando comparadas com os adolescentes; os alunos do 2º ciclo apresentam uma percepção mais positiva da sua qualidade de vida geral, bem-estar psicológico e autonomia e relação com os pais do que os alunos que frequentam o 3º ciclo; os alunos de nível sócio-económico alto têm uma percepção mais positiva do ambiente escolar do que aqueles de nível sócio-económico médio e do que os de nível sócio-económico baixo.

De uma forma geral, os resultados encontrados vão de encontro à literatura. Quando tal não acontece, os motivos relacionados com as especificidades das características dos participantes neste estudo bem como o contexto sócio-cultural em que vivem, tendem a explicar os resultados obtidos.

## **Conclusão geral**

A noção de qualidade de vida (QV) é um termo amplamente usado e difundido, com relevância para todas as pessoas, o que lhe confere algumas dificuldades na tarefa de lhe atribuir uma definição única e universal (Ribeiro, 2009; Gordia, Quadros, Oliveira & Campos, 2011). Vários autores atribuem a este conceito as ideias de multidimensionalidade, subjectividade e complexidade, enfatizando o seu carácter holístico e a existência de aspectos objectivos e subjectivos. A noção de qualidade de vida tem que ver com a percepção individual da posição de cada um na vida, respeitando o contexto cultural e o seu quadro de valores, incorporando nesta definição aspectos ligados à saúde física, ao estado psicológico, ao nível de independência e às relações sociais que o sujeito desenvolve no seio do ambiente em que vive e, ao mesmo tempo, com questões objectivas que se prendem com índices económicos, sociais e de saúde reflectindo até que ponto as necessidades de cada um estão ou podem ser satisfeitas.

A contribuição da saúde para a qualidade de vida é uma evidência científica, do mesmo modo que muitos dos seus componentes contribuem para que seja possível alcançar uma vida com elevado nível de saúde (Buss, 2000). O conceito de qualidade de vida relacionada com a saúde (QVRS) prende-se com aspectos da qualidade de vida mais directamente relacionados com a saúde, a sua avaliação e intervenção (Seidl & Zannon, 2004).

A criança e o adolescente são actualmente reconhecidos como actores sociais nas suas vidas, na vida das pessoas mais próximas e na sociedade em que se inserem porquanto a percepção sobre a sua qualidade de vida, especialmente no que concerne os aspectos relacionados com a sua saúde física, a cultura, o envolvimento social, os stressores sociais, os comportamentos de saúde e os processos psicossociais tem vindo a tornar-se cada vez mais importante. A avaliação da QV nesta faixa etária é, portanto, feita de acordo com aquilo que a criança ou o adolescente conhece (Wallander, Shmitt & Koot, 2001). No entanto, existem algumas limitações relacionadas com a idade, maturidade e desenvolvimento cognitivo que podem dificultar a avaliação deste constructo nestas populações, limitações que têm vindo a ser ultrapassadas com a construção e

desenvolvimento de instrumentos que ajustam as estratégias e métodos ao estágio de desenvolvimento. Apesar de ser ainda um campo de investigação por explorar, é possível que crianças e adolescentes baixem os seus padrões de percepção para níveis objectivamente inaceitáveis como forma de adaptação às suas condições de vida (Wallander, Shmitt & Koot, 2001).

Os factores de ordem pessoal e social assumem uma posição de destaque pela importância que têm na procura de uma vida com qualidade (Santos, 2008). De entre eles destacamos o NSE, suporte social, grupo de pares, família e escola (factores sociais), a idade e o sexo e características pessoais tais como o bem-estar subjectivo, o optimismo e a resiliência (factores pessoais) como alguns dos que podem exercer influência sobre a qualidade de vida.

Existem diversos instrumentos, desenvolvidos ao longo das últimas décadas, para avaliar a qualidade de vida e a qualidade de vida relacionada com a saúde, independentemente das diferenças culturais e sociais inerentes a cada população (Minayo, et al, 2000). De entre eles, destacamos o Projecto KIDSCREEN que tem como principal objectivo o desenvolvimento de um instrumento de rastreio padronizado da qualidade de vida de crianças e adolescentes com representatividade a nível europeu em termos de pesquisas relacionadas com a saúde, com o intuito de identificar as crianças em risco em termos da sua saúde subjectiva e sugerir programas de intervenção precoce apropriados, através da inclusão dos instrumentos nos serviços de saúde (Ravens-Sieberer, 2004a. 2004c). Em 2008, este instrumento foi adaptado e aferido para a população portuguesa por Gaspar e Matos (2008).

Por vezes, os aspectos da vida do indivíduo podem inibir o seu desenvolvimento positivo saudável e adaptativo, assumindo-se como factores de risco pondo em risco a sua qualidade de vida (Santos, 2008). Estas questões assumem uma importância ainda maior quando se fala de crianças e adolescentes. Contudo, o desencadeamento do risco é proporcionado pela combinação de vários factores de risco, cuja acumulação se apresenta como um risco acrescido quando afecta os vários domínios da vida das crianças (Martins, 2004). Por outro lado, os factores de protecção interagem com o impacto dos factores de risco fornecendo alternativas para a resolução dos problemas

existentes num contexto de risco psicossocial (Amparo, Galvão, Alves, Brasil & Koller, 2008).

O ambiente social em que o adolescente se desenvolve, que inclui a família, a vizinhança, os professores e amigos, deverá proporcionar, idealmente, o sentido de estabilidade, segurança e suporte social necessários (Bowen & Chapman, 1996). Quando a família não consegue exercer as suas funções de responsabilidade no exercício do poder parental, a promoção da defesa dos direitos da infância e juventude fica a cargo do Estado. Através da legislação em vigor, as Comissões de Protecção de Crianças e Jovens têm como princípio fundamental a prevenção ou suspensão de situações que ameacem o bem-estar de crianças e jovens.

Além das CPCJ, o Programa Territórios Educativos de Intervenção Prioritária, direccionado para o contexto educativo, visa melhorar o ambiente na escola, área geográfica envolvente, a qualidade das aprendizagens dos alunos e a coordenação das políticas educativas da escola com a comunidade, com base na verificação de que em áreas sócio-economicamente carenciadas o sucesso educativo é reduzido, por comparação com a média nacional.

Neste trabalho propusemo-nos analisar as diferenças na percepção da qualidade de vida em alunos do 2º e 3º ciclo do ensino básico, através da comparação entre um grupo com conjugação de características de risco com outro sem conjugação de características de risco. Estas características dizem respeito a: a) integração dos alunos em Comissões de Protecção de Crianças e Jovens em Risco (CPCJ), b) frequência de estabelecimento de ensino Território Educativo de Intervenção Prioritária (TEIP), c) nível sócio económico baixo e d) existência de doença ou condição física crónica. Analisámos igualmente as diferenças entre sexos, idade, escolaridade e nível sócio-económico.

Os resultados alcançados mostram que o grupo com características de risco tem uma percepção mais positiva sobre a autonomia e relação com os pais quando comparado com o grupo sem características de risco. Os rapazes apresentam uma percepção mais positiva da sua qualidade de vida geral, bem-estar físico e bem-estar psicológico do que as raparigas; as crianças mostram ter uma percepção mais positiva do ambiente escolar quando comparadas com os adolescentes; os alunos do 2º ciclo apresentam uma

percepção mais positiva da sua qualidade de vida geral, bem-estar psicológico e autonomia e relação com os pais do que os alunos que frequentam o 3º ciclo; os alunos de nível sócio-económico alto têm uma percepção mais positiva do ambiente escolar do que aqueles de nível sócio-económico médio e do que os de nível sócio-económico baixo.

O número reduzido de elementos do grupo de risco e a avaliação do risco efectuada são duas das limitações neste trabalho. Sugerimos que investigações futuras integrem e cruzem, além de uma amostra maior, dados relativos aos motivos de integração de crianças e adolescentes nas Comissões de Protecção de Crianças e Jovens bem como o tipo de doença ou condição física crónica. Sugerimos igualmente a exploração da relação entre o risco social e a qualidade de vida em crianças e adolescentes, tema que este trabalho começa a aflorar. Considerando duas temáticas que, à partida, nos surgem como antagónicas, no sentido em que uma boa qualidade de vida contemplaria a ausência de conjugação de características de risco social, os resultados encontrados para esta amostra sugerem, no geral, que não existem diferenças entre um grupo de risco e outro sem risco, reiterando a ideia de que condições de vida óptimas não garantem uma boa qualidade de vida já que o que a determina é a percepção do ser humano dessas mesmas condições (Souza & Carvalho, 2003). Além disso, no caso particular das crianças e adolescentes, a tendência será a de que estes se adaptem à realidade em que vivem, reflectindo, na avaliação da sua qualidade de vida, essa mesma adaptação.

Surge-nos também como pertinente, estender a avaliação a aspectos relacionados com o auto-conceito, a auto-estima, a resiliência e o optimismo em grupos de risco, comparando-os com grupos sem risco e relacionar estes dados com a avaliação da qualidade de vida, por considerarmos importante perceber de que forma estes constructos poderão estar relacionados com a percepção das dimensões da qualidade de vida referidas neste trabalho. Além disso, será também importante perceber as diferenças na percepção da qualidade de vida de grupo de risco e grupos sem risco para as variáveis idade, sexo e escolaridade, algo que não foi feito neste estudo em virtude do número reduzido de participantes do grupo com conjugação de características de risco.

Salientamos ainda que, durante a fase de recolha de dados na escola TEIP, surgiu, em todas as turmas sem excepção onde foi aplicado o protocolo, dúvidas em relação ao item 4 da dimensão 3 – Autonomia e Relação com os Pais (“Os teus pais trataram-te com justiça?”). Esta questão que nos suscitou uma enorme curiosidade não foi, no entanto aprofundada por questões relacionadas com a metodologia que optámos por seguir. Apesar disso, consideramos importante referir que a dúvida surgiu na compreensão do termo “justiça”, isto é, em todas as turmas, mais do que um aluno não foi capaz de compreender o significado deste termo, tendo havido a necessidade de o explicar. A primeira explicação, suficiente nalguns casos, resultou na reformulação do item passando a ser “Os teus pais foram justos contigo?”. Nos casos em que esta reformulação foi insuficiente, apresentamos um exemplo prático ligado ao contexto de sala de aula (“Quando o teu colega de carteira está a falar contigo e é a ti que a professora manda sair da sala, isso é justo ou injusto?”). Com esta ilustração, os alunos que não foram capazes de compreender o item, conseguiram interpretá-lo e, deste modo, responder. Sugerimos, no entanto, que a questão da percepção da justiça em grupo de crianças e adolescentes com características de risco social integre avaliações futuras, por ter sido um aspecto flagrante neste trabalho.

O mundo enfrenta, no presente, pela conjuntura sócio-económica que atravessa, a necessidade de repensar estilos de vida. A importância da investigação levada a cabo bem como os resultados a que chegámos permite-nos reflectir sobre as intervenções nos contextos de risco, mais concretamente junto das populações carenciadas. Consideramos que essas intervenções devem ter em conta as especificidades das populações e do contexto em quem é feita a intervenção sendo, para tal, necessária uma avaliação que contemple aspectos objectivos mas também a percepção que o indivíduo e o grupo têm acerca da sua própria vida, aspecto presente neste trabalho. A capacidade de adaptação do ser humano à realidade está consagrada em estudos sobre a resiliência e o *coping*. Intervir implica um conhecimento prévio dos aspectos que se pretendem manter ou alterar e tem consequências para o indivíduo ou para o grupo, quer se tratem de intervenções individuais ou comunitárias. Esse processo implica, normalmente, uma reflexão sobre o estado actual e o que se espera atingir e pode perturbar o equilíbrio alcançado no modo de vida que, até aí, estava em vigor e ao qual existia uma previa

adaptação. Importará perceber até que ponto se trata de uma adaptação saudável e que promova o desenvolvimento óptimo das comunidades.

Mais especificamente, as intervenções realizadas em ambiente escolar, contexto onde foi realizado este estudo, devem contemplar actividades lúdicas e de inclusão destas populações, adequando os conteúdos programáticos obrigatórios às especificidades e idiossincrasias dos alunos, dando particular atenção a aspectos relacionados com a motivação para a aprendizagem e à formação específica de professores para contextos de risco.

### Referências bibliográficas

- Abrams, M. (1974). Uma aferição difícil: A qualidade de vida. *A saúde do mundo*, 11, 4-11.
- AEM. (2009). *Despertar saberes: Projecto educativo TEIP II 2009-2011*. Não publicado.
- Allport, G. (1961). *Pattern and growth in personality*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Álvares, M. E. (2010). *Ser e aprender: A resposta TEIP no combate às desigualdades sociais na educação*. Dissertação de mestrado em Sociologia e Planeamento não publicada. Lisboa: Instituto Universitário de Lisboa.
- Amparo, D., Galvão, A., Alves, P., Brasil, K. & Koller, S. (2008). Adolescentes e jovens em situação de risco psicossocial: Redes de apoio social e factores pessoais de protecção. *Estudos de Psicologia*, 13(2), 165-174.
- Anaut, M. (2005). *A resiliência: Ultrapassar os traumatismos*. Lisboa: Climepsi.
- APA. (2009). *Publication Manual of the American Psychological Association, 6th Edition*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Assumpção Jr, F. & Kuczynski, E. (Coord.). (2010). *Qualidade de vida na infância e adolescência: Orientações para pediatras e profissionais da saúde mental*. Porto Alegre: Artmed.
- Bagwell, C., Schmidt, M., Newcomb, A. & Bukowski, W. (2001). Friendship and Peer Rejection as Predictors of Adult Adjustment. *Child and Adolescent Development*, 91, 25-49.
- Barrera, M. (1986). Distinctions between social support concepts, measures, and models. *American Journal of Community Psychology*, 14, 413-445.

- Bisegger, C., Cloetta, B., Rueden, U., Abel, T., Ravens-Sieberer, U. & The European Kidscreen Group. (2005). Health-related quality of life: gender differences in childhood and adolescence. *Soz.-Präventivmed*, 50, 281–291. Acedido em 6 de Maio de 2011 de <http://www.springerlink.com/content/x722572257v76047/fulltext.pdf>
- Beck, U. (1992). *Risk Society: Towards a New Modernity*. New Delhi: Sage.
- Bowen, G. & Chapman, M. (1996). Poverty, neighborhood danger, social support, and the individual adaptation among at-risk youth in urban areas. *Journal of Family Issues*, 17(5), 641-666.
- Bowlby, J. (1981). *Cuidados Maternos e Saúde Mental*. São Paulo: Martins Fontes.
- Bradley, R. & Corwyn, R. (2002). Socioeconomic status and children development. *Annual Review of Psychology*, 53, 371-399.
- Buss, P. (2000). Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Colectiva*, 5(1), 163-177.
- Canário, R. (2004). Territórios educativos e políticas de intervenção: Uma análise crítica. *Perspectiva*, 22(1), pp. 47-78. Acedido em 2 de Abril de 2011 de [http://www.perspectiva.ufsc.br/perspectiva\\_2004\\_01/04\\_artigo\\_canario.pdf](http://www.perspectiva.ufsc.br/perspectiva_2004_01/04_artigo_canario.pdf).
- Carver, C. & Scheier, M. (2002). Optimism. In C. Snyder & S. Lopez (Eds.) *Handbook of Positive Psychology*. London: Oxford University Press, pp. 3-9
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38 (5), 300-314.
- Cohen, S. & McKay, G. (1984). Social support, stress and the buffering hypothesis: A theoretical analysis. In Baum, A., Taylor, S. & Singer, J. (Eds.). (1984). *Handbook of psychology and health*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Publishers, pp. 253-267.

- Costa, M. & Bigras, M. (2007). Mecanismos pessoais e coletivos de protecção e promoção da qualidade de vida para a infância e adolescência. *Ciência & Saúde Colectiva*, 12(5), 1101-1109.
- Costanza, R., Fisher, B., Ali, S., Beer, C., Bond, L., Boumans, R. et al (2008). An integrative approach to quality of life measurement, research an policy. *Surveys and Perspectives Integrating Environment and Society*, 1(1).Acedido em 12 de Janeiro de 2011 de <http://sapiens.revues.org/169>.
- CNPCJR. (2011). *Relatório anual de avaliação da actividade das comissões de protecção das crianças e jovens no ano de 2010*. Lisboa: Comissão Nacional de Protecção de Crianças e Jovens em Risco.
- Cummins, R. (1997). Assessing quality of life. In Brown, R. (Ed.). *Quality of life for people with disabilities (2nd Ed.)*. London: Stanley Thornes Publishers Ltd, pp. 116-150.
- Dammann,. G (2003). Borderline personality disorder and theory of mind: An evolutionary perspective. In Brune, M., Ribbert, H. & Schiefenhover, W. (2003). *The social brain: Evolution and pathology*. John Wiley & Sons, 372-417.
- Dayrell, J. (2007). A escola “faz” as juventudes? Reflexões em torno da socialização juvenil. *Educação & Sociedade*, 28(100), 1105-1128.
- Decreto-lei nº 98/98 de 18 de Abril de 1998. Comissão Nacional de Protecção de Crianças e Jovens. Diário da República, nº 91 – I Série A. Lisboa: Ministério do Trabalho e da Solidariedade.
- Decreto-lei nº 147/99 de 1 de Setembro de 1999. Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo. Diário da República, nº 204 – I Séria A. Lisboa: Ministério do Trabalho e da Solidariedade.

Despacho 147 – B/ME/96 de 1 de Agosto de 1996. Criação dos Territórios Educativos de Intervenção Prioritária. Diário da República, nº 177, II Série. Lisboa: Ministério da Educação.

Despacho nº 8065/2009 de 13 de Março de 2009. Identificação das escolas prioritárias para efeitos de atribuição de recursos no âmbito dos diversos projectos do Ministério da Educação. Diário da República, nº 56, II Série. Lisboa: Ministério da Educação.

Despacho normativo nº 55/2008 de 14 de Outubro de 2008. Territórios Educativos de Intervenção Prioritária de 2ª Geração. Diário da República, nº 206, II Série. Lisboa: Ministério da Educação.

Dessen, M. & Polonia, A. (2007). A família e a escola como contextos de desenvolvimento humano. *Paidéia*, 17(3), 21-32.

Doron, R. & Parot, F. (2001). *Dicionário de psicologia*. Lisboa: Climepsi Editores.

Dorsch, F., Hackar, H. & Stapf, K-H. (Eds.). (2001). *Dicionário de psicologia Dorsch*. Petrópolis: Editora Vozes.

Eisenstein, E. (2005). Adolescência: Definições, conceitos e critérios. *Adolescência & Saúde*, 2(2), pp. 6-7.

Evans, G. (2004). The Environment of Childhood Poverty, *American Psychological Association*, 59 (2) 77-92.

Engle, P. L., Castle, S. & Menon, P. (1996). Child development: Vulnerability and resilience. *Social Science Medicine*, 43(5), 621-635.

European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. (2004). Quality of life in Europe. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities,

- Eysenck, H. & Eysenck, M. (1985). The scientific description of personality. In Eysenck, H. & Eysenck, M. *Personality and individual differences: A natural Science Approach*. New York: Plenum Press.
- Fallowfield, L. (1990). *The quality of life: The missing measurement in health care*. Londres: Souvenir Press.
- Faria, L. (1999). Contextos sociais de desenvolvimento das atribuições causais: O papel do nível socio-económico e da raça. *Análise Psicológica*, 2 (17) 265-273.
- Farquhar, M. (1995). Definitions of quality of life: a taxonomy. *Journal of Advanced Nursing* 22, 502-508.
- Fernández-Ballesteros, R. (Ed.). (2003). *Encyclopedia of psychological assessment, Vol 2*. Oxford: SAGE Publications.
- Fleck, M. (Coord.) (2008). *A avaliação da qualidade de vida: Guia para profissionais de saúde*. Porto Alegre: Artmed.
- Fleck, M., Leal, O., Louzada, S., Xavier, M., Cachamovich, E., Vieira, G. *et al.* (1999a). Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação da qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21(1), 19-28.
- Fleck, M., Louzada, S., Xavier, M., Cachamovich, E., Vieira, G., Santos, L., Pinzon, V. (1999b). Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100). *Revista de Saúde Pública*, 23(2), 198-205.
- Fonseca, A. (2004). Crianças e jovens em risco: Análise de algumas questões sociais. In Silva, M., Fonseca, A., Alcoforado, L., Vilar, M. & Vieira, C. (Eds.). *Crianças e jovens em risco: Da investigação à intervenção*. Coimbra: Almedina.

- Galinha, I. & Ribeiro, J. (2005). História e evolução do conceito de bem-estar subjectivo. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 6(2), 203-214.
- Gaspar, T. & Matos, M. (Coord.). (2008). *Qualidade de vida em crianças e adolescentes: Versão portuguesa dos instrumentos KIDSCREEN 52*. Website: <http://www.fmh.utl.pt/aventurasocial>; [www.aventurasocial.pt](http://www.aventurasocial.pt). Acedido em 22 de Fevereiro de 2010.
- Gaspar, T., Ribeiro, J., Matos, M., Leal, I. & Ferreira, A. (2009). Optimismo em crianças e adolescentes: Adaptação e validação do LOT-R. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 22(3), 439-446.
- Gordia, A. P., Quadros, T., Oliveira, M. & Campos, W. (2011). Qualidade de vida: Contexto histórico, definição, avaliação e fatores associados. *Revista Brasileira de Qualidade de vida*, 3 (1), 40-52.
- 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.
- Helgeson, V. (2003). Social support and quality of life. *Quality of Life Research*, 12(1), 25-31.
- Huebner, E., Suldo, S., Smith, L. & McKnight, C. (2004). Life satisfaction in children and youth: Empirical foundations and implications for school psychologists. *Psychology in The Schools*, 41(1), 81-93. Acedido em 2 de Abril de 2011 de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/pits.10140/pdf>.
- Huebner, E., Valois, R., Paxton, R. & Drane, J. (2005). Middle school students' perception of quality of life. *Journal of Happiness Studies*, 6, 15-24.
- Huebner, E., Valois, R., Suldo, S., Smith, L., McKnight, C., Seligson, J & Zullig, K. (2004). Percieved quality of life: A neglected component of adolescent health assessment and intervention. *Journal of Adolescent Health*, 34, 270-278.

Lei Constitucional nº1/2005 de 12 de Agosto de 2005. Diário da República, nº 55 – I  
Série A. Lisboa: Assembleia da República.

Kitano, M. & Lewis, R. (2005). Resilience and coping: implications for gifted children and youth at risk. *Roepers Review*, 27(4), 200-205.

Kluthcovsky, A. & Takayanagui, A. (2007). Qualidade de vida: Aspectos conceituais. *Revista Salus-Guarapuava*, 1(1), 13-15.

Luthar, S., Cicchetti, D. & Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, 71(3), 543-562.

Maia, J. & Williams, L. (2005). Fatores de risco e fatores de protecção ao desenvolvimento infantil: Uma revisão da área. *Temas em Psicologia*, 13(2), 91-103.

Marconi, M. A. & Lakatos, E. M. (1990). *Técnicas de pesquisa* (2ª Edição). São Paulo: Editora Atlas.

Martins, P. (2004). Protecção de crianças e jovens em itinerários de risco: Representações sociais, modos e espaços. Tese de Doutoramento não publicada. Instituto de Estudos da Criança, Universidade do Minho, Braga, Portugal.

Minayo, M., Hartz, Z. & Buss, P. (2000). Qualidade de vida e saúde: Um debate necessário. *Ciência & Saúde Colectiva*, 5(1), 7-18.

Masten, A. (2001). Ordinary Magic: Resilience Processes in Development. *American Psychologist*, 56 (3) 227-238.

Natvig, G., Albrektsen, G & Qvarnstrom, U. (2003). Methods of teaching and class participation in relation to perceived social support and stress: modifiable factors for improving health and wellbeing among adolescents. *Educational Psychology*, 23 (3) 261-274.

- Ogden, J. (2004). Medida do estado de saúde. Em Ogden, J. (2004). *Psicologia da Saúde*, pp. 387-402. Lisboa: Climepsi Editores.
- Oliveira, E. (1998). Modelos de risco na psicologia do desenvolvimento. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 14(1), 19-26.
- Papalia, D., Olds, S. & Feldman, R. (2001). *O mundo da criança*. Lisboa: McGraw Hill.
- Papalia, D., Olds, S. & Feldman, R. (2006). *Desenvolvimento humano*. Porto Alegre: Artmed.
- Parreira, A. (2006). *Gestão do stress e da qualidade de vida: Um guia para a acção*. Lisboa: Monitor.
- Patton, G., Butler, H. & Glover, S. (2003). Changing schools, changing health? Design and implementation of the Gatehouse Project. *Journal of Adolescent Health*, 33, 231-239.
- Pedro, L. (2010). *Implicações do optimismo, esperança e funcionalidade na qualidade de vida em indivíduos com esclerose múltipla*. Lisboa: Edições Colibri
- Peterson, C. & Steen, T. (2002). Optimistic explanatory style. In C. Snyder & S. Lopez (Eds.) *Handbook of Positive Psychology*. London: Oxford University Press, pp. 244-256.
- Pires, E. (1993). *Escolas básicas integradas com centros locais de educação básica*. Porto: Sociedade Portuguesa de Ciências da Educação.
- Quivy, R. & Campenhoudt, L. (1998). *Manual de investigação em ciências sociais*, 2ª Edição. Lisboa: Gradiva.
- Ravens-Sieberer, U. (2004a). *Description of the KIDSCREEN instruments: KIDSCREEN-52, KIDSCREEN-27 & KIDSCREEN-10 index – Health-related*

*quality of life questionnaires for children and adolescents*. Hamburg: The KIDSCREEN Group.

Ravens-Sieberer, U. (2004b). *Description of the KIDSCREEN-27: Health-related quality of life questionnaire for children and young people*. Hamburg: The KIDSCREEN Group.

Ravens-Sieberer, U. (2004c). *The KIDSCREEN project information: Screening for and promotion of health-related quality of life in children and adolescents – A european public health perspective*. Hamburg: The KIDSCREEN Group.

Reis, V. (2009). Crianças e jovens em risco. (Contributos para a organização de critérios de avaliação de factores de risco). Tese de doutoramento apresentada à Universidade de Coimbra. Não publicada. Coimbra. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

Resolução do Conselho de Ministros nº 193/97. Diário da República, nº 254, I Série B. Lisboa: Presidência do Conselho de Ministros. Acedido em 2 de Março de 2011 de <http://dre.pt/pdf1sdip/1997/11/254B00/60156017.pdf>

Ribeiro, J. (1994). A importância da qualidade de vida para a psicologia da saúde. *Análise Psicológica*, XII (2-3), 179-191.

Ribeiro, J. (1995). Questões acerca da avaliação da qualidade de vida em crianças. In Almeida, L., Araújo, M., Vila-Chã, M. & Oliveira, M. (Orgs.). *Áreas de intervenção e compromissos sociais dos psicólogos*, Lisboa: Actas da Convenção Anual da APPORT/95, pp.30-36.

Ribeiro, J. (1999a). Escala de satisfação com o suporte social (ESSS). *Análise Psicológica*, 3(17), 547-558.

Ribeiro, J. (1999b). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.

- Ribeiro, J. (2005a). *O importante é a saúde. Estudo de adaptação de uma técnica de avaliação do estado de saúde SF 36*. Fundação Marck, Sharp & Dohme.
- Ribeiro, J. (2005b). Qualidade em saúde. In *Introdução à psicologia da saúde*. Coimbra: Quarteto, pp. 91-107.
- Ribeiro, J. (2009). A importância da qualidade de vida para a psicologia da saúde. Em Cruz, J. P., Jesus, S. N. & Nunes, C. (Coords.). *Bem-Estar e Qualidade de Vida*, pp.31-49. Alcochete: Textiverso.
- Rubin, K. H., Bukowski, W. M., and Parker, J. G. "Peer Interactions, Relationships, and Groups." In W. Damon (series ed.) and N. Eisenberg (vol. ed.), *Handbook of Child Psychology, Vol. 3: Social, Emotional, and Personality Development* (5th ed.). New York: Wiley, 1998.
- Rutter, M. (1999). Resilience concepts and findings: Implications for family therapy. *Journal of Family Therapy, 21*, 119-144.
- Rutter, M., Maughan, B. & Mortimore P. (1979). *Fifteen thousand hours: Secondary schools and their effects on children*. London: Open Books.
- Santos, T. (2008). *Qualidade de vida em crianças: Factores pessoais e sociais promotores da qualidade de vida*. Tese de Doutoramento não publicada, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade do Porto, Porto, Portugal.
- Scheier, M. & Carver, C. (1992). Effects of optimism on psychological and physical well-being: Theoretical overview and empirical update. *Cognitive Therapy and Research, 16*(2), 201-228.
- Scheier, M., Carver, C. & Bridges, M. (1994). Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and self-esteem): A reevaluation of the Life Orientation Test. *Journal of Personality and Social Psychology, 67* (6) 1063-1078.

- Seidl, E. & Zannon, C. (2004). Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Caderno de Saúde Pública*, 20 (2), 580-588.
- Senos, J. & Diniz, T. (1998). Auto-estima, resultados escolares e indisciplina. Estudo exploratório numa amostra de adolescentes. *Análise Psicológica*, 2(XVI), 267-276.
- Silva, A. (2004). *Desenvolvimento de competências sociais nos adolescentes*. Lisboa: Climepsi.
- Souza, R. & Carvalho, A. (2003). Programa de saúde da família e qualidade de vida: Um olhar da Psicologia. *Estudos de Psicologia*, 8(3), pp. 515-523.
- Stewart, A. & Ware, J. (Eds.). (1992). *Measuring functioning and well-being: The medical outcomes study approach*. Durham: Duke University Press.
- UNICEF. (1989). Convenção sobre os direitos da criança: Adoptada pela Assembleia Geral nas Nações Unidas em 20 de Novembro de 1989 e ratificada por Portugal em 21 de Setembro de 1990. Acedido em 3 de Fevereiro de 2011 de [http://www.unicef.pt/docs/pdf\\_publicacoes/convencao\\_direitos\\_crianca2004.pdf](http://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf)
- Wallander, J., Schmitt, M. & Koot, H. (2001). Quality of life measurement in children and adolescents: issues, instruments and applications. *Journal of Clinical Psychology*, 57 (4), 571-585.
- Warming, H. (2003). The quality of life from a child's perspective. *International Journal of Public Administration*, 26 (7) 815-829.
- Watten, R., Vassen, O., Syversen, J. & Myhrer, T. (1995). Personality and quality of life. *Social Indicators Research*, 35, 289-302.
- World Health Organization. (1946). *Constitution of the World Health Organization*. Geneve: World Health Organization. Acedido em 2 de Janeiro de 2011 de [http://whqlibdoc.who.int/hist/official\\_records/constitution.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hist/official_records/constitution.pdf).

World Health Organization. (1978). *Declaration of Alma-Mata: International Conference of Health Care*. Alma-Mata: WHO.

World Health Organization (1986a) *Ottawa's Charter: First International Conference on Health Promotion*. Ottawa: WHO/HRP/HEP/95.1.

World Health Organization. (1986b). *Young people's health – a challenge for society*. Genebra: World Health Organization. Acedido a 1 de Março de 2011 de [http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO\\_TRS\\_731.pdf](http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_731.pdf).

World Health Organization (2009). *A snapshot of the health of young people in Europe: A report prepared for the European Commission conference on youth health*. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe. Acedido a 4 de Abril de 2011 de [http://www.euro.who.int/data/assets/pdf\\_file/0013/70114/E93036.pdf](http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0013/70114/E93036.pdf)

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. (1997). *WHOQOL: Measuring quality of life*. Geneve: World Health Organization Quality of Life Group.

Wrosh, C. & Scheier, M. (2003). Personality and quality of life: The importance of optimism and goal adjustment. *Quality of Life Research*, 12(1), 59-72.