

EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES

T. Gaspar^{1,2,3,4,5}, J.L.Pais Ribeiro³, M.G.Matos^{1,2} & I. Leal⁴

¹Faculdade de Motricidade Humana (Projecto Aventura Social) / U. Técnica de Lisboa;
²Centro de Malária e outras Doenças Tropicais/Instituto de Higiene e Medicina Tropical / U. Nova de Lisboa; ³Faculdade de Psicologia e Ciência da Educação – U. do Porto; ⁴Instituto Superior de Psicologia Aplicada – Lisboa; ⁵apoio da bolsa da Fundação para a Ciência e a Tecnologia - SFRH/BD/22908/2005

RESUMO: O presente trabalho visa identificar e caracterizar estratégias de promoção de qualidade de vida relacionada com a saúde (QVRS) em crianças e adolescentes, tendo em conta a perspectiva de crianças e adolescentes, pais e profissionais de educação. Foram utilizados métodos qualitativos através da aplicação da técnica de recolha de dados, grupos focais ou grupos de discussão centrados num tema. Para obter informação de modo a contextualizar, clarificar e interpretar o conhecimento adquirido através da revisão de literatura, nomeadamente, de estudos empíricos realizados neste âmbito. Foram efectuados dezasseis grupos, seis grupos de crianças e adolescentes, quatro grupos de pais e seis grupos de profissionais de educação. O discurso dos participantes foi alvo de análise de conteúdo

Os resultados realçam essencialmente, a necessidade de actividades alternativas de ocupação de tempos livre dentro e fora da escola, envolvimento mais activo a parte dos pais e participação mais adequada e competente por parte dos professores na promoção da QVRS em crianças e adolescentes. Estas propostas remetem para a necessidade de uma intervenção conjunta e ecológica entre os vários actores e nos diversos contexto.

Palavras-chave: Qualidade de vida, Infância, Adolescência, Promoção de saúde, Grupos focais.

QUALITY OF LIFE PROMOTION WITH CHILDREN AND ADOLESCENTS

ABSTRACT: The present study aims to identify and to characterize the strategies used in order to promote Health-Related Quality of Life (HRQoL) with children and adolescents, according to children and adolescents' perspectives, Parents' perspectives and professionals' perspectives were also analysed and discussed.

A qualitative method was used in order to collect data. A "focus group" or discussion groups based in specific issue was used to collect information and to contextualize, to highlight and to interpret the knowledge obtained through literature. Sixteen focus groups were carried out: six groups with children and adolescents; four groups with parents and six groups with education professionals. Participants speeches were analysed by using a *content analyse procedure*.

The results highlighted from one side the need of alternative activities to spend leisure time inside and outside school. On another hand results suggested the need for parents' active involvement and the need for a more skilled/ competent participation from education Professional. These features are critical in order to promote HRQoL in children and adolescents. Those proposals indicate the need of a global intervention, framed by an ecological approach involving all actors and several contexts.

Key words: Quality of life, Childhood, Adolescence, Health promotion, Focus group

Recebido em 9 de Fevereiro de 2008 / aceite em 29 de Março de 2008

A promoção da qualidade de vida em crianças e adolescentes implica uma abordagem desenvolvimentista e uma abordagem ecológica (Bronfenbrenner, 2001; 2005).

O desenvolvimento positivo e saudável, a potencial mudança de comportamento, crenças e atitudes existe como consequência de uma influência global das relações entre o indivíduo em desenvolvimento, de factores biológicos, psicológicos, família, comunidade, cultura, ambiente físico e nicho histórico. As regulações para um desenvolvimento adaptativo emergem desta bidireccional interacção, entre o indivíduo e o seu contexto, promovendo o bem-estar e qualidade de vida de ambos os componentes (Gaspar, Matos, Ribeiro & Leal, 2005; Lerner, Almerigi, Theokas & Lerner, 2005; Lerner et al, 2005).

Cada vez mais, o estudo do desenvolvimento da criança e do adolescente e da QVRS dá mais atenção à interacção de múltiplas variáveis contextuais na vida da criança e do adolescente em desenvolvimento. Uma das vias desta investigação tem a ver com a natureza protectora da relação de parceria entre a casa, a escola e a comunidade. O envolvimento positivo dos pais na vida escolar dos filhos tem sido associado a resultados positivos tanto para os pais como para os filhos (Matos, Dadds & Barrett, 2006). Nas sociedades mais desenvolvidas, a ênfase dada pelos serviços de saúde passou para a promoção e educação para a saúde tentando levar os indivíduos a adoptar estilos de vida saudáveis, desde as idades mais precoces no sentido de uma melhor qualidade de vida., Daí a importância crescente atribuída ao trabalho de promoção de saúde desenvolvido a nível das escolas e das famílias (Nickerson & Nagle, 2005; WHO, 1999). Uma vez identificados os factores de risco, eles podem vir a ser o ponto de entrada ou o foco para as estratégias e acções de promoção da saúde (Gaspar & Matos, 2007; Muuss & Porton, 1999; Nutbeam, 1998).

No que respeita a promoção da saúde é essencial ter uma noção da eficácia dos programas desenvolvidos em promoção ou intervenção, no sentido de trazer benefícios e rigorosidade no alcance de objectivos. Assim, se educar é um processo de comunicação orientado intencionalmente e sistematicamente para o atingir de determinados objectivos, deve pois compreender componentes da avaliação desses mesmos objectivos. Num estudo realizado por McIntyre e Araújo (1999), os autores assumem que o investigador deve colocar a si próprio perguntas antes da intervenção, que passam por definir claramente os objectivos, os comportamentos a observar e modificar, bem como as bases teóricas em que se fundamenta para a investigação; durante a intervenção, no sentido de verificar o cumprimento dos objectivos definidos no inicio da investigação e o feedback dos participantes de forma a poder continuar ou modificar a investigação se necessário; e por fim, depois da intervenção, sendo aqui importante a comparação dos objectivos procurados e dos verdadeiramente alcançados, bem como observar as manifestações ou alterações verificadas e tirar conclusões da investigação e para investigações futuras. É através da avaliação de intervenções que se podem tirar conclusões dos resultados encontrados e de alterações necessárias verificadas.

Podem-se agrupar os seguintes modelos teóricos da Psicologia referentes à Promoção da Saúde: Teorias psico-educacionais e de disseminação da informação; Teorias Cognitivas, com ênfase no processo da tomada de decisão; Modelos baseados nas Teorias da Aprendizagem; Teorias baseadas na Motivação e Emoções; e Teorias de influência social e de marketing. Constata-se que os programas mais recentes utilizados na Promoção da Saúde se baseiam em teorias de base cognitiva, sendo eles os Modelos de Crenças na Saúde, Teoria da Acção Racional, Teoria do Comportamento Planeado e a Teoria da Informação-Motivação-Competências Comportamentais. Verifica-se que estes modelos mais Cognitivos têm em comum por um lado o pressuposto de que os comportamentos de risco para a saúde têm na sua origem variáveis de ordem cognitiva que são a sua causa, e por outro que estas variáveis cognitivas pre-dispõem o sujeito a escolher comportamentos de risco para a saúde. É com base nestas teorias e modelos de mudança de comportamento que se delineiam programas promotores de saúde e intervenções preventivas de comportamentos de risco. Conclui-se, que a avaliação da eficácia dos programas de promoção da saúde se constitui como factor primordial na condução de investigações rigorosas e metódicas (McIntyre & Araújo, 1999).

Um desenvolvimento positivo na adolescência contribui positivamente para o *Self*, para a família, para o grupo de pares, para a comunidade e para a sociedade civil. Implicando o desenvolvimento de diversas competências específicas, denominadas pelos cinco C: (1) Competência, perspectiva positiva sobre a própria acção em diversos domínios, incluindo o social (relações interpessoais; comunicação; resolução de conflitos), cognitivo (processamento de informação; tomada de decisão), académico (avaliações e frequência e envolvimento escolar) e vocacional (futuro/carreira); (2) Confiança, percepção de auto-estima e de auto-eficácia, perspectiva do valor global do próprio; (3) Ligação “*Connection*”, ligações positivas com pessoas e instituições (pares, família, escola e comunidade) com os quais se estabelecem relações bidireccionais; (4) Carácter respeito pelas regras sociais e culturais, sentido do bem e do mal e integridade; (5) Compaixão, sentido de simpatia e empatia para com os outros (Lerner et al, 2005).

A qualidade de vida em crianças e adolescentes está intimamente relacionada com a sua saúde mental e bem-estar subjectivo. Podem ser propostas diversas estratégias para promover a qualidade de vida em crianças e adolescentes. O desenvolvimento psicológico e cognitivo das crianças e também, dos adolescentes depende da qualidade das relações com os seus pais (Gaspar, Matos, Ribeiro & Leal, 2006). Programas que abordem a qualidade dessas relações podem melhorar substancialmente o desenvolvimento emocional, social, cognitivo e físico da criança e adolescente. A escola é uma estrutura social crucial para a educação das crianças e adolescentes na preparação para a vida, no entanto, deveriam estar mais ter uma abordagem educacional mais alargada, promotora de um desenvolvimento social e emocional mais saudável dos alunos. A OMS desenvolveu um currículo educacional de competências de vida, no qual, os professores, podem promover junto dos alunos competências psicossociais, tais como, competências de resolução de problemas, pensamento crí-

tico, comunicação e relacionamento interpessoal, empatia e gestão das emoções. Estas competências permitem às crianças e adolescentes desenvolverem uma saúde mental positiva e um maior bem-estar. É fundamental, promover um bom ambiente socio-cultural, a nível escolar e comunitário. Através do desenvolvimento de competências de tolerância, empatia e igualdade entre rapazes e raparigas, entre diferentes grupos étnicos, religiosos ou diferentes grupos sociais. Esta acção passa, também, por estabelecer mais e melhores conexões entre a escola, família e comunidade, encorajando criatividade, competências académicas e promove a auto-estima e auto-confiança das crianças e dos adolescentes (Gaspar, 2005; Matos 2005a; 2005b; WHO, 2001).

As percepções de qualidade de vida providenciam uma visão das condições de vida através dos olhos dos próprios residentes duma determinada comunidade. Individualmente pode revelar o que é importante para eles, incluindo o nível e determinantes da sua saúde com o contexto das suas vidas. Considerando que a intervenção em saúde pública permite promover políticas de saúde e condições que melhoram a QVRS das pessoas envolvidas. Os seus Índices providenciam informação importante relacionada com o bem-estar das pessoas através de sintomas físicos e psicológicos e ou índices de comportamentos de risco. No modelo hierárquico foram incluídos 5 domínios específicos, a família, escola, ambiente, amigos e o próprio, sendo este um modelo multi-dimensional. Dando uma importância considerável aos factores psicológicos positivos e ao funcionamento e estado de saúde individual, as medidas da QVRS são cruciais nas avaliações dos resultados de saúde (Huebner, Suldo, Smith & McKnight, 2004).

Adoptando um trabalho baseado na psicologia positiva, no sentido de promover o bem-estar de todas as crianças e adolescentes, esta é uma tarefa complexa e multifacetada. Promover a QVRS é consistente com os esforços preventivos nos serviços de psicologia nas escolas, serviços indirectamente relacionados, avaliações não tradicionais, aplicação de psicologia científica, questões de diversidade cultural, e colaboração com pais e professores. Monitorizar a QVRS das crianças e adolescentes com incapacidades pode ser particularmente importante, dando níveis mais baixos de PQOL nalguns grupos, apesar da variedade de intervenções médicas, educacionais e psicossociais que eles possam ter tido. Um psicólogo educacional que use uma escala de medida da QVRS multi-dimensional poderá aceder melhor ao bem-estar das crianças e dos adolescentes com os seus amigos, família, escola e outros domínios que reflectem factores de risco ou protecção em relação à sua adaptação. A QVRS demonstra claramente a importância de factores ecológicos, sendo estes resultados inconsistentes com programas que se focam exclusivamente nas mudanças individuais em vez de se focarem no ambiente. Assim, não se deve incluir esforços apenas para mudar o comportamento individual, mas também incluir esforços para modificar o ambiente envolvente. A QVRS oferece oportunidades de serem considerados objectivos, métodos e avaliação de estratégias, dando aos alunos que têm atitudes positivas, através dos seus professores e da sua escola uma experiência mais agradável e resultados mais elevados de QVRS. Especificamente, os

professores deveriam de monitorizar sistematicamente os seus efeitos nas experiências da escola, reunindo esforços para manter bem-estar nos estudantes. As medidas de QVRS podem eventualmente ser úteis na triagem e identificação de indivíduos que estão em risco de desenvolver problemas de comportamento, sendo esta de importância crucial para programas académicos, de promoção de saúde e programas de prevenção. A relação entre a QVRS e um número crescente de importantes indicadores de saúde, educacionais e psicossociais, providencia um forte argumento para a investigação científica em crianças e adolescentes, para psicólogos educacionais e outros educadores. Os psicólogos educacionais têm que se confrontar com o desafio de providenciarem serviços que sejam sensíveis às diferenças culturais bem como às diferenças individuais. Por exemplo, os psicólogos educacionais devem estar atentos ao grau de separação da criança com a sua cultura nativa, bem como manter uma identidade étnica positiva, sendo uma importante correlação com a QVRS da criança e do adolescente (Huebner, Suldo, Smith & McKnight, 2004).

Deste modo, a promoção da qualidade de vida através da intervenção psicológica é pertinente e de extrema importância, centrando-se na mudança de estilo de vida, nomeadamente, a nível dos processos cognitivos e emocionais associados a aspectos físicos, comportamentos, psicológicos e sociais. Esta mudança complexa inclui uma abordagem focada nos aspectos positivos e não nas disfunções/perturbações e intervir a nível interpessoal e comunitário devido à importância dos aspectos sociais, que se desenvolvem conjuntamente com aspectos funcionais e psicológicos (Ribeiro, 1994a; 1994b).

O objectivo do presente estudo é identificar, discutir e explicar os aspectos a focar num programa de promoção da qualidade de vida em crianças e adolescentes.

MÉTODO

Participantes

No estudo qualitativo, tendo como base a justificação do estudo quantitativo, anteriormente apresentada, considerou-se pertinente a investigação das populações pertencentes a três zonas (*Cascais, Marvila e Lumiar*), com três contextos socio-económicos diferentes, alto, baixo e médio respectivamente e com as quais já se mantiveram contactos anteriores. Os participantes foram:

- a) 6 grupos de crianças e adolescentes, do sexo masculino e feminino, do 5º e 7º anos de escolaridade, com idades compreendidas entre os 10-15 anos de idade, que frequentam o ensino público;
- b) 4 grupos pais de crianças e adolescentes;
- c) 4 grupos professores;
- d) 2 grupos de auxiliares de acção educativa (AAE).

As 53 crianças e adolescentes participantes nos grupos focais, 30 rapazes e 23 raparigas foram agrupados da seguinte forma: Zona 1 – 5º ano - cinco rapazes e quatro raparigas, 7º ano - quatro rapazes e quatro raparigas; Zona 2 - 5º ano - seis rapazes e quatro raparigas, 7º ano - cinco rapazes e quatro raparigas; Zona 3 - 5º ano - quatro rapazes e cinco raparigas, 7º ano - seis rapazes e duas raparigas. Todos os grupos (excepto na zona 1) incluíram 2 ou 3 elementos de outra nacionalidade (oriundos de países africanos) e elementos com doença crónica.

Em relação aos grupos focais dos pais verificou-se a seguinte caracterização: Local 1 – oito pais (4 mães e 4 pais); Local 2 – doze pais (3 mães e 9 pais); Local 3 – dezasseis pais (dois grupos focais: 5 pais e 11 mães); num total de 36 pais participantes.

Dos 34 professores participantes: Local 1 – oito professores; Local 2 – dezasseis professores (dois grupos focais); Local 3 – nove professores.

Relativamente aos grupos focais desenvolvidos com os auxiliares de acção educativa (AAE), foram realizados dois grupos focais: Local 1 – oito AAE; Local 3 – nove AAE.

Material

Nesta fase do estudo foi realizado um total de dezasseis grupos focais (três grupos de crianças (5ºano), três grupos de adolescentes (7ºano); quatro grupos de pais; quatro grupos de professores e dois grupos de AAE, que foram entrevistados uma vez cada, através da aplicação da técnica de recolha de dados, grupos focais ou grupos de discussão centrados num tema, abordando diferentes aspectos da qualidade de vida relacionada com a saúde em crianças e adolescentes (Detmar & European KIDS-CREEN group, 2006; EMCDDA, 2000; Gaspar, Matos, Gonçalves, Ferreira & Linhares, 2006; Gaspar, Matos, Gonçalves & Ramos, 2006; Lambert, Hublet, Verduyct, Maes & Broucke, 2002; MacDougall & Baum, 1997; Matos, Gaspar, Vitória & Clemente, 2003; Morse, 1999; Wilkinson, 1998).

Cada grupo de discussão de crianças e adolescentes foi constituído em média por 9 elementos, os grupos de pais, professores e AAE tiveram cerca de 8 ou 9 elementos cada.

Foi seguido um protocolo tendo em conta os procedimentos necessários à realização de grupos focais propostos por Morgan, Krueger e King (1998), nomeadamente, estabelecimento de categorias e subcategorias *à priori*, baseada na revisão de literatura, elaboração de um guião de entrevista para cada grupo entrevistado (alunos, professores/auxiliares e pais) tendo em conta as questões de investigação e os objectivos do estudo, no sentido de melhor organizar e recolher a informação dos grupos de discussão com os diferentes grupos, características do recrutamento e do *setting* de realização dos grupos de discussão. A discussão iniciou-se com perguntas abertas e sobre temas mais acessíveis, tais como a ocupação dos tempos livres, passando para temas mais subjectivos, tais como, os sentimentos e estado de humor.

As entrevistas foram moderadas pelo investigador, que encorajou e geriu a discussão tendo em conta o guião de entrevista e a participação, necessidades e motivação dos participantes. Todas as entrevistas iniciaram-se com o investigador a explicar, com linguagem adequada aos participantes, o objectivo e tema do grupo de discussão “conhecer e compreender os factores que influenciam a qualidade de vida relacionada com a saúde em crianças e adolescentes, e quais as estratégias mais eficazes para promover essa QVRS”. O investigador apresenta regras essenciais a ter em conta durante o grupo de discussão, nomeadamente, respeitar as opiniões dos outros, que não existem respostas certas ou erradas e dar oportunidade a todas a gente para se expressar. Começou-se com as questões relacionadas com as actividades de tempos livres e depois aprofundaram-se todas as dimensões estipuladas no guião de entrevista.

Procedimento

As entrevistas foram gravadas em sistema de áudio e foram transcritas e registadas em ficheiros “Word for Windows”.

Foi utilizada uma metodologia qualitativa, uma análise de conteúdo, na análise das entrevistas das crianças, dos adolescentes, dos profissionais de educação e dos pais participantes nos "grupos focais" ou grupos de discussão centrados num tema.

Os dados provenientes da segunda fase do estudo, no estudo qualitativo, foram alvo de uma análise de conteúdo: definição de categorias, codificação e registo de exemplos ilustrativos de cada categoria identificada. Previamente, aos grupos de discussão com os diferentes grupos, foi necessária a elaboração de guiões de entrevista adequados à população alvo e aos objectivos pretendidos, no sentido de melhor organizar e recolher a informação.

Para todos os grupos, as entrevistas semi-estruturadas, foram criadas categorias *a priori*, sendo que, após a análise dos dados, surgiu a necessidade de ajustar a estrutura de categorização pré-estabelecida, de modo a uma melhor exposição dos resultados. As categorias pré-estabelecidas foram fundamentadas pela primeira fase do estudo (instrumento KIDSCREEN© e análise estatística dos dados) e por conhecimento adquirido através de uma revisão bibliográfica sobre o tema. Foram tidos em conta diversos passos: (1) identificar nas transcrições secções/frases relevantes para as dimensões e questões de investigação; (2) estabelecer diferentes categorias e subcategorias baseando-se no sistema de classificação inicial; (3) descrever o conteúdo expresso por cada grupo de participantes face a cada uma das categorias e subcategorias; (4) seleccionar frases exemplificativas de cada categoria e subcategoria por grupo de participantes. Frases ou conteúdos relevantes mas que não se incluísem em nenhuma das categorias pré-estabelecidas seriam organizadas em novas categorias. A análise de conteúdo foi conduzida separadamente por dois investigadores e posteriormente comparada, com o objectivo de controlo da subjectividade.

Com os grupos de discussão com as crianças e os adolescentes, pretendeu-se aprofundar junto destes a sua percepção sobre a própria qualidade de vida relacionada

com a saúde e avaliar a sua percepção acerca das estratégias de intervenção que deveriam ser desenvolvidas de modo a promover o seu bem-estar e QVRS. Com os grupos de discussão com os pais, pretendeu-se aprofundar junto destes a sua percepção sobre a QVRS dos seus filhos e avaliar a sua percepção acerca das estratégias de intervenção que deveriam ser desenvolvidas de modo a promover o bem-estar e QVRS dos seus filhos. Com os grupos de discussão com os professores, pretendeu-se aprofundar junto destes a sua percepção sobre a QVRS dos seus alunos e avaliar a sua percepção acerca das estratégias de intervenção que deveriam ser desenvolvidas de modo a promover o bem-estar e QVRS dos seus alunos. Com os grupos de discussão com os AAE, pretendeu-se aprofundar junto destes a sua percepção sobre a QVRS dos alunos e avaliar a sua percepção acerca das estratégias de intervenção que deveriam ser desenvolvidas de modo a promover o bem-estar e QVRS dos alunos.

RESULTADOS

Os resultados permitem identificar e caracterizar a percepção dos participantes dos grupos focais acerca dos principais factores que poderiam melhorar a QVRS em crianças e adolescentes.

Face à percepção das crianças e dos adolescentes participantes acerca dos principais factores que poderiam melhorar a sua QVRS, foram identificados por estes diversos problemas que afectam o seu bem-estar, tais como, (1) falta de actividades e infra-estruturas na escola e na comunidade envolvente para ocupação dos tempos livres e que as actividades que são desenvolvidas têm um carácter esporádico, (2) defendem que os professores deveriam ser mais justos, e propõe que este adoptem estratégias de ensino mais inovadores e motivadores, (3) a grande maioria dos alunos sugere a eliminação das aulas de substituição, (4) propõe a realização de debates sobre diversos temas que gostariam de aprender mais, nomeadamente, “Sexualidade / relação com o par sexual”, “Consumo de Substâncias”, “Abandono Escolar”, “Relação entre os colegas e alunos/professores na escola”, “Futuro”, (5) consideram ser muito importante a relação com os amigos, (6) melhorar a relação com os pais, estes compreenderem mais e permitirem mais autonomia aos filhos, (7) salientam a importância de desenvolverem actividades extra-curriculares fora do contexto escolar e aos fins-de-semana, actividades desportivas, familiares e com o grupo de pares (festas, reuniões, participação em actividades associativas, (8) As crianças e adolescentes referem estratégias para o desenvolvimento de actividades que envolvam os pais, professores e alunos.

“Acho que o pior é quando não há nada para fazer”; “Devia haver cenas de desporto, havia um campo aqui, estava sempre a jogar à bola, tiraram as balizas, mas como não estavam presas ao chão caíram e em vez de as pregar, tiraram-nas”; “Devia haver mais espaços desporti-

vos”; “Organizar torneios de futebol na escola para alunos, pais e professores”; “Ir mais ao cinema”; “organizar grupos para fazer passeios”; “Fazer um acampamento mas como custa muito dinheiro podemos preparar uma festa para angariar dinheiro e vender rifas”; “Pois é, o que falta é coisas para fazer todos os dias, quando há escola e ao fim de semana”; “Gostávamos de fazer debates nas aulas ou mesmo para toda a escola, sobre sexualidade, amizade, família, futuro, ambiente e outras”; “Gostávamos de falar sobre muitas coisas, como a SIDA, pois se começássemos a falar de uma coisa depois vinham outras”; “Mas há uns que querem saber mas são tímidos e têm vergonha”; “Querem falar mas ficam com vergonha”; “A escola precisa de obras e de ser remodelada, por vezes chove e faz muito frio no Inverno e calor no Verão”; “A escola deveria ser um sítio bom para estar, passamos cá tanto tempo, demais”; “Ter mais tempo com os amigos, para conversar e jogar, aumentar os intervalos e deixar as aulas de substituição”; “Quando estou triste vou falar com as minhas amigas”; “Ter professores compreensivos que nos apoiem e que sejam nossos amigos”; “Professores que ensinem bem, de forma divertida e prática”; “Podemos falar mais com os nossos pais, sem medo, e que eles nos ouçam e nos compreendam”; “Os pais podiam ajudar mais na escola, nos trabalhos de casa por exemplo”.

Em relação aos principais factores que poderiam melhorar a QVRS dos filhos, e face às necessidades de intervenção, os pais apresentam algumas sugestões, nomeadamente, (1) necessidade da formação dos professores para saberem como lidar melhor e motivar os alunos, (2) salientam a necessidade de trabalho conjunto entre os pais e professores, no qual os pais devem ser vistos como aliados e não inimigos, (3) propõe que a escola promova mais encontros, festas e debates que envolvam pais, professores e filhos, (4) necessidade de haver psicólogo na escola, (5) prevenção e diminuição da violência na escola deveria ser uma prioridade, (6) providenciar apoio psicossocial às crianças e adolescentes com problemas económicos e familiares, (7) sugerem a reactualização e adequação à realidade dos programas escolares, (8) concordam que a educação começa em casa, no contexto familiar, para esta tarefa ter sucesso alguns pais precisariam de apoio educativo e económico, (9) referem o desacordo com as aulas de substituição nos moldes em que se encontram agora, com professores em formação específica, desmotivados, que não conhecem nem sabem lidar com a turma, (10) os pais apresentam algumas sugestões de como se poderá chamar mais os pais à escola.

“Um professor deve ter formação suficiente para lidar com o grupo. Nunca se deve chamar a atenção um miúdo quando está em grupo. São marcas que ficam”; “Da parte dos professores chamar os pais à escola e o chamar os pais à escola é fazê-los sentir-se importantes na escola”; “É preciso uma aldeia para educar uma criança, os professores têm de

passar a ver os pais não como ameaça mas também como alguém que vem trazer um contributo positivo. Da parte dos pais, cada um devia compreenderem um pouco o papel difícil dos professores, haver muito diálogo”; “Esta conversa é ótima, mas realmente, a doutora não é daqui da escola, seria bom que também tivéssemos pessoas da escola a falar connosco e haver este diálogo, para nos entendermos todos de uma vez por todas e compreender que cada um tem o seu papel muito bem definido. A única ideia que é estarmos aqui todos para que os nossos filhos se sintam felizes na escola, aprendam, que é aquilo que a gente quer”; “Os pais têm de servir de modelo, e também os professores, se exigem respeito também têm de respeitar as crianças”; “Gostaria de termos mais psicólogos nas escolas, educar os pais para que os filhos quando cheguem aqui venham educados. É mais fácil para todos”; “Eu acho que isto começa com um ponto de partida a família, eu sei que a escola também é importante e que os pode ajudar mas tem de vir da família”; “Resolver e prevenir os problemas de segurança na escola, os problemas sociais, alunos que batem em professores e auxiliares, pedir sempre identificação quando se entra na escola”; “Mesmo os que são suspensos, têm cartão e podem entrar na mesma. Todos os dias têm havido suspensões. Estamos a falar em casos graves. Estas crianças não devem ter casa, não devem ter família, não têm apoio”; “Deviam ter critérios de selecção”; “Você já viu o que é estar a fazer uma selecção de pessoas...Ou não aceitar, ou aceitar. Eu estou convencido que todas as escolas têm que aceitar e que o ministério da educação obrigam-nos a aceitar”; “Nesta escola há uma boa integração de crianças migrantes, africanas, etc., Estão inseridos em bairros, onde para resolver o assunto é à pancada, é à pancada e ao tiro”; “Os programas não são reactualizados e adaptados à realidade. Eu acho que com a evolução é necessário fazer o ministério pensar numa actualização dada à realidade actual para que os alunos estejam mais cativados mais motivados. Dizem que é uma seca a aula”; “Eu acho que a divisão da escola devia ser diferente, a forma como estão divididos os alunos não ajuda os técnicos, e isto começa desde o ministério de educação a saber como dividir os alunos”; “Os técnicos devem trabalhar duma forma diferente. Assim começamos a educar as crianças, e a educar os pais também”; “Á bocado presenciei uma situação, uma aula de substituição, um menino entrou um pouquinho atrasado, bateu á porta e entrou: óh tu senta-te, disse a professora. E o miúdo voltou-se para a professora e disse: óh tu não, a senhora vai ai ao livro de ponto eu tenho nome e mandou-o para a rua. E tá a ver que é um menino que tá a ser acompanhado, que tem problemas, e que aquela atitude da professores não foi a mais correcta”; “Os professores deviam de ter alguma formação suplementar, e não é só professores, funcionários

também”; “Buscar os pais para a escola Isto é uma missão impossível”; “Porque os pais não vêm á escola e não sabem o que se passa”; “É fazer uma festa e convidá-los. Tinha que haver aí uma palestra para se ouvir, uma coisa que sensibilizasse os pais”; “Eu vou dar um exemplo, eu sou de Cabo Verde, e tenho um grupo que jogamos futebol aqui todos os sábados, éramos só homens e levávamos os putos. Depois do jogo nós tomamos uma cerveja mas não estavam envolvidas as mulheres, e agora há dois meses, nós fizemos uns jogos que entram mulheres, e agora elas já vão ver os nossos jogos, e já tá a ficar mais enquadrado. Não sei se pode aproveitar alguma coisa disso mas é um exemplo, que também podia ser usado na escola. Chamar os pais só para discutir coisas de família, ou discutir problemas de droga, muitos pais não vêm. Tem de ter uma parte que os pais gostem, um ambiente de música, futebol é já uma forma depois de poder entrar com outras coisas. Pouco a pouco”; “Podiam até criar actividades onde os pais ajudarem os filhos a fazerem certos tipos de trabalhos, concursos”; “Tem que haver uma maneira de chamar os pais, que os pais dos bons exemplos...é como nós, nós não nascemos ensinados, agente aprende as coisas no dia a dia, esses pais que não estão com a cabeça virada para isso, sem querer, nessas situações dos jogos, do convívio eles envolvem-se e acabam por sensibilizar-se, não através da obrigação, fazê-los vir por própria vontade”; “Eu acho que neste aspecto não é só a associação de pais que tem que fazer, acho que todos nós também”; “No ano passado fez-se um teatro, e os pais foram convidados para ver, foi uma professora nova de história que organizou esse trabalho. Outros fizeram um filme, uns textos, foi muito giro. Eu acho que este ano para as crianças foi uma coisa que ficou na memória deles, ainda saem com a professora, vão ao cinema com a professora, falam com ela sempre pelo computador, e essa professora conseguiu o que muitas, em muitos anos de carreira não conseguiram. Esta professora mexeu-se, conseguiu as coisas, os pais tiveram que comprar materiais, ninguém disse que não, as pessoas participaram. Os pais disponibilizaram-se ao sábado para ir ver as crianças, com muito respeito das crianças, é aí que moram os valores todos que nós temos que repor no nosso dia-a-dia para as crianças serem felizes”.

Em relação às necessidades e sugestões de intervenção os professores e funcionários salientam diversos conteúdos, que na sua maior parte requerem alterações no comportamentos e atitudes dos pais, nomeadamente, (1) alterações no comportamento dos professores e pais em relação à escola e à participação escolar, (2) promover que os pais assumam mais o papel de educador e não deleguem esse papel exclusivamente na escola, (3) promover mais competência parentais e estratégias de educação mais adequadas, (4) a família também deve desenvolver actividades con-

juntas com os filhos, (5) consideram que se tem de chamar os pais à escola mesmo recorrendo a sanções legais e/ou monetárias, (6) promover a criação e participação activa das associações de pais e de estudantes, (7) dinamizar a aprendizagem, virada para a realidade, (8) desenvolver actividades escolares que promovam a cooperação entre alunos, alunos professores/funcionários e pais professores/funcionários, (9) desenvolver actividades fora do contexto escolar, na comunidade e com outras escolas e instituições, (10) os professores devem utilizar estratégias de incentivo e reforço positivo, (11) formação de professores e funcionários para adquirirem competências para lidar com situações e populações específicas.

*“Os eixos centrais da intervenção são a família, escola e tempo livre”;
“As crianças e os adolescentes devem ser incentivados a praticar exercício físico, preferencialmente ao ar livre; devem criar-se condições nas escolas e clubes para a prática desportiva que promove a saúde, melhora a sociabilização e contribui para a saúde mental”; “É negativo chamar os pais à escola e estar constantemente a focar o lado negativo. Isso pode fazer com que eles venham uma vez ou duas mas não venham mais”; “Os pais devem interferir, não intervir de uma forma negativa como costumam fazer, mas eles deviam vir e participar, dialogar de uma forma positiva. Nós não podemos substituir a entidade parental. Os pais depositam-nos aqui e acham que nós temos que resolver”; “Como é que nós chamamos os pais? Isto é o grande problema. Com muitas, que os obriguem a ir a escola e quem não for têm coima, vê lá se o sistema inglês não resolveu o problema, começaram a participar nas escolas”; “As associações de pais, se de facto trabalharem com os professores poderiam progressivamente criar esse bem-estar”; “Também a associação de estudantes, serem eles próprios a construírem, a tornar o seu ambiente mais agradável”; “Pintar, decorar, tornarem a sala de aula muito mais pessoal, com quadros e trabalhos”; “Festas de convívio, dinamizadas por eles, porque não música nos intervalos”; “Debates promovidos por eles, orientados com os professores mas eles próprios a promoverem, intercâmbio de turmas entre eles”; “Convidar pessoas de fora para dinamizar debates sobre temas do interesse dos alunos e pais”; “Também acho que é importante promover e deixar eles fazerem uma festa na aula, para comemorar determinados momentos, por exemplo, o final do período, eu noto que dá uma outra abertura, uma outra satisfação e a relação com o professor melhora muito”; “A nível escolar deveriam ser efectuadas mudanças baseadas na informação científica e na opinião dos professores, tais como, uma avaliação com critérios operacionáveis e justos, diminuição do tempo de aula para 50 minutos para aproveitar e rentabilizar a sua capacidade de atenção e concentração, aumento do tempo de intervalo para os alunos poderem estar juntos, jogar e conviver e não o*

terem de fazer na sala de aula”; “Contactar com alunos de outras escolas; visitar exposições; participar em encontros, debates, espectáculos, jogos; assistir a diferentes manifestações culturais; encontros personalizados com técnicos; visitar instituições; encontros com pais/encarregados de educação; envolvimento da família na vida escolar (não só o que respeita a avaliação)”; “Deveríamos ajustar o conteúdo programático com as necessidades dos alunos; promover actividades extra-curriculares, promover debates sobre temas de sexo, saúde, dinheiro, humanos, ambiente; os alunos sentir-se-ão mais felizes se os pais participassem na sua vida escolar, para isso promover momentos de convívio entre encarregado de educação e comunidade escolar. Exposição de fotografia, e/ou trabalhos no final do ano; visitas de estudo”; “Deveria haver uma melhor definição dos direitos e responsabilidades da escola e professores e da família e pais, penso que evitaria muitos mal-entendidos”; “A família deve promover actividades que possam desenvolver conjuntamente. Devem dar oportunidade a que os miúdos experimentem diversas actividades para poderem expressar preferências e testar as suas capacidades, por em prática as várias competências”; “Independentemente da representação que eles tenham dos professores, eu acho que depois na relação que estabelecem com cada professor ganhamos ou não a confiança deles, ou seja, também depende da nossa atitude”; “O professor também pode ser mais activo, fazer o telefonema na altura certa, usar as palavras e a atitude adequadas”; “Alguns professores precisam de apoio ou formação extra para lidar com determinados alunos e não os mandarem sistematicamente para a rua”; “Com formação a pais, escola de pais. Os pais delegam na escola esse papel de educadores e a escola não pode. Eu noto que eles querem lidar com os filhos mas não sabem como”.

DISCUSSÃO

As estratégias apresentadas pelos participantes realçam essencialmente, a necessidade de actividades alternativas de ocupação de tempos livre dentro e fora da escola, envolvimento mais activo a parte dos pais e participação mais adequada e competente por parte dos professores. Estas propostas remetem para a necessidade de uma intervenção conjunta e ecológica entre os vários actores e nos diversos contextos. Neste sentido, a promoção da qualidade de vida em crianças e adolescentes implica uma abordagem desenvolvimentista e uma abordagem ecológica (Bronfenbrenner, 2001; 2005). O desenvolvimento positivo e saudável, a potencial mudança de comportamento, crenças e atitudes existe como consequência de uma influência global

das relações entre o indivíduo em desenvolvimento, de factores biológicos, psicológicos, família, comunidade, cultura, ambiente físico e nicho histórico. As regulações para um desenvolvimento adaptativo emergem desta bidireccional interacção, entre o indivíduo e o seu contexto, promovendo o bem-estar e qualidade de vida de ambos os componentes (Gaspar, Matos, Ribeiro & Leal, 2005; 2006a; 2006b; 2006c; Lerner et al, 2005). Uma das vias desta investigação tem a ver com a natureza protectora da relação de parceria entre a casa, a escola e a comunidade. O envolvimento positivo dos pais na vida escolar dos filhos tem sido associado a resultados positivos tanto para os pais como para os filhos. Nas sociedades mais desenvolvidas o ênfase dos serviços de saúde passou para a promoção e educação para a saúde tentando levar os indivíduos a adoptar estilos de vida saudáveis, desde as idades mais precoces no sentido de uma melhor qualidade de vida. Daí a importância crescente atribuída ao trabalho de promoção de saúde desenvolvido a nível das escolas e das famílias (Gaspar, Matos, Ribeiro & Leal, 2005; 2006a; 2006b; 2006c; Konu & Lintonen, 2005; Matos, 2005a; 2005b; WHO, 1999). Uma vez identificados os factores de risco, eles podem vir a ser o ponto de entrada ou o foco para as estratégias e acções de promoção da saúde (Muuss & Porton, 1999; Nutbeam, 1998). No que respeita a promoção da saúde é essencial ter uma noção da eficácia dos programas desenvolvidos em promoção ou intervenção, no sentido de trazer benefícios e rigorosidade no alcance de objectivos. Assim, se educar é um processo de comunicação orientado intencionalmente e sistematicamente para o atingir de determinados objectivos, deve pois compreender componentes da avaliação desses mesmos objectivos. Um desenvolvimento positivo na adolescência contribui positivamente para o *Self*, para a família, para o grupo de pares, para a comunidade e para a sociedade civil. Implicando o desenvolvimento de diversas competências específicas, denominadas pelos cinco C: (1) Competência, perspectiva positiva sobre a própria acção em diversos domínios, incluindo o social (relações interpessoais; comunicação; resolução de conflitos), cognitivo (processamento de informação; tomada de decisão), académico (avaliações e frequência e envolvimento escolar) e vocacional (futuro/carreira); (2) Confiança, percepção de auto-estima e de auto-eficácia, perspectiva do valor global do próprio; (3) Ligação “*Connection*”, ligações positivas com pessoas e instituições (pares, família, escola e comunidade) com os quais se estabelecem relações bidireccionais; (4) Carácter, respeito pelas regras sociais e culturais, sentido do bem e do mal e integridade; (5) Compaixão, sentido de simpatia e empatia para com os outros (Lerner, et al, 2005).

A qualidade de vida em crianças e adolescentes está intimamente relacionada com a sua saúde mental e bem-estar subjectivo. Podem ser propostas diversas estratégias para promover a qualidade de vida em crianças e adolescentes. O desenvolvimento psicológico e cognitivo das crianças e também, dos adolescentes depende da qualidade das relações com os seus pais. Programas que abordem a qualidade dessas relações podem melhorar substancialmente o desenvolvimento emocional, social, cognitivo e físico da criança e adolescente. A escola é uma estrutura social crucial para a educação das crianças e adolescentes na preparação para a vida, no entanto, deveriam estar mais ter uma abordagem educacional mais alargada, promotora de um

desenvolvimento social e emocional mais saudável dos alunos. A OMS desenvolveu um currículo educacional de competências de vida, no qual, os professores, podem promover junto dos alunos competências psicossociais, tais como, competências de resolução de problemas, pensamento crítico, comunicação e relacionamento interpessoal, empatia e gestão das emoções. Estas competências permitem às crianças e adolescentes desenvolverem uma saúde mental positiva e um maior bem-estar. É fundamental, promover um bom ambiente socio-cultural, a nível escolar e comunitário. Através do desenvolvimento de competências de tolerância, empatia e igualdade entre rapazes e raparigas, entre diferentes grupos étnicos, religiosos ou diferentes grupos sociais. Esta acção passa, também, por estabelecer mais e melhores conexões entre a escola, família e comunidade, encorajando criatividade, competências académicas e promove a auto-estima e auto-confiança das crianças e dos adolescentes (WHO, 2001).

REFERÊNCIAS

- Bronfenbrenner, U. (2001). Human development, bioecological theory of. In N. J. Smelser & P. B. Baltes (Eds.), *International encyclopaedia of the social and behavioural sciences* (pp. 6963-6970). Oxford, UK: Elsevier.
- Bronfenbrenner, U. (2005). *Making human beings human: Bioecological perspectives on human development*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Detmar, S., Bruil, J., Ravens-Sieberer, U., Gosch, A., Bisegger, C. & the European KIDSCREEN group (2006). The use of focus group in the development of the KIDSCREEN HRQL questionnaire. *Quality of Life Research*, 15, 1345-1353.
- Gaspar, T. (2005). Saúde e diversidade cultural. In M. Matos (Eds.) *Comunicação, Gestão de Conflitos e Saúde na Escola* (pp. 69-78). Lisboa, Faculdade de Motricidade Humana.
- Gaspar, T. & Matos, M. (2007). Comportamentos de Saúde de Adolescentes Migrantes e o Efeito Protector da Relação com os Avós. *Revista de Estudos Demográficos*, 41, 37-51
- Gaspar, T., Matos, M., Gonçalves, A., Ferreira, M. & Linhares, F. (2006). Comportamentos Sexuais, Conhecimentos e Atitudes face ao VIH/Sida em adolescentes migrantes. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 7 (2), 299-316
- Gaspar, T., Matos, M., Gonçalves, A. & Ramos, V. (2005). Saúde dos Adolescentes Migrantes. In M. Matos (Eds.) *Comunicação, Gestão de Conflitos e Saúde na Escola*. (pp. 119-124). Lisboa, Faculdade de Motricidade Humana.
- Gaspar, T., Matos, M., Ribeiro, J. & Leal, I. (2005). Saúde, qualidade de vida e desenvolvimento. In M. Matos (Eds.) *Comunicação, Gestão de Conflitos e Saúde na Escola* (pp. 61-68). Lisboa, Faculdade de Motricidade Humana.
- Gaspar, T., Matos, M., Ribeiro, J. & Leal, I. (2006a). Percepção da qualidade de vida em crianças e adolescentes: diferenças de idade. In *actas (CD-ROM) VI Simpósio Nacional de Investigação em psicologia*, Évora.
- Gaspar, T., Matos, M., Ribeiro, J. & Leal, I. (2006b). Avaliação da percepção da qualidade de vida em crianças e adolescentes. In C. Machado, L. Almeida, M. A. Guisande, M. Gonçalves e

V. Ramalho (Eds.) *Actas do XI Congresso Internacional de Avaliação Psicológica: Formas e Contextos* (pp.491-500). Universidade do Minho. Edições Psiquilibrios, Braga.

Gaspar, T., Matos, M., Ribeiro, J. & Leal, I. (2006c). Qualidade de vida e bem-estar em crianças e adolescentes. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, Brasil, 2(2), 47-60

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.

Konu, A. & Lintonen, T. (2005). Theory-based survey analysis of well-being in secondary schools in Finland. *Health Promotion International*, 21, 27-36.

Lambert, M., Hublet, A., Verduyck, P., Maes, L. & Broucke, S. (2002). *Report «Gender differences in Smoking in Young People»*. The European Commission, Europe against Cancer. Brussels, Belgium: Flemish Institute for Health Promotion.

Lerner, R., Almerigi, J., Theokas, C. & Lerner, J. (2005). Positive Youth Development. *Journal of Early Adolescence*, 25, 10-16.

Lerner, R., Lerner, J., Almerigi, J., Theokas, C., Phelps, E., Gestsdottir, S., Naudeau, SW., Jelicic, H., Alberts, A., Ma, L., Smith, L., Bobek, D., Richman-Raphael, D., Simpson, I., Christiansen, E. & Eye, A. (2005). Positive Youth Development, Participation in Community Youth Development Programs, and Community Contributions of Fifth-Grade Adolescents. *Journal of Early Adolescence*, 25, 17-71.

MacDougall, C. & Baum, F. (1997). The devil's advocate: a strategy to avoid groupthink and stimulate discussion in focus group. *Qualitative Health Research*, 7 (4), 532-541.

Matos, M. (2005a). Adolescência, psicologia da saúde e saúde pública. In M. Matos (Eds.) *Comunicação, Gestão de Conflitos e Saúde na Escola* (pp. 15-26). Lisboa, Faculdade de Motricidade Humana.

Matos, M. (2005b). Adolescência, saúde e desenvolvimento. In M. Matos (Eds.) *Comunicação, Gestão de Conflitos e Saúde na Escola* (pp. 27-39). Lisboa, Faculdade de Motricidade Humana.

Matos, M., Dadds, M., Barrett, P. (2006) Family-school issues and the mental health of adolescents: post hoc analysis from the Portuguese National Health Behaviour in School aged children survey. *Journal of Family Studies*, 2, 261-274

Matos, M., Gaspar, T., Vitória, P. & Clemente, M. (2003). *Adolescentes e o Tabaco: rapazes e raparigas*. Lisboa: FMH, CPT e Ministério da Saúde.

McIntyre, T. & Araújo, S. (1999). Programas de promoção da saúde: Avaliação da eficácia de um programa de saúde psicosexual para adolescentes (PPSA). *A Avaliação da promoção da saúde psicosexual na adolescência* (pp. 616-631).

Morse, J. (1999). Qualitative methods - the state of the art. *Qualitative Health Research*, 9 (3), 393-406.

Muuss, R. & Porton, H. (1999). Increasing risk behaviour among adolescents. In R. Muuss & H. Porton (Eds.) *Adolescent Behavior* (pp.422-431). USA: McGraw-Hill College.

Nickerson, A. & Nagle, R. (2005). Parent and Peer Attachment in Late Childhood and Early Adolescence. *Journal of Early Adolescence*, 25, 223-249.

Nutbeam, D. (1998). Health promotion glossary. *Health Promotion International*, 13 (4), 349-363.

Ribeiro, J. (1994). A Importância da Qualidade de Vida para a Psicologia da Saúde. *Análise Psicológica*, 2-3 (12), 179-191.

Ribeiro, J. (1994b). A Importância da família como suporte social na saúde. *Actas da Convenção Anual da APPORT*. Braga: Associação dos Psicólogos Portugueses.

World Health Organisation (1999). WHO information series on school health. Document six. Preventing HIV/AIDS/STI and related discrimination: An important responsibility of health promoting schools Geneva: WHO. Retirado em 10 de Dezembro de 2002 da World Wide Web: www.who.int/hpr/gshi/docs.

World Health Organization (2001). *Mental health: strengthening mental health promotion*. Fact sheet n° 220. Geneva: World Health Organization.

