



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

**A SAÚDE DO ADOLESCENTE E A SUPERAÇÃO DA
ADVERSIDADE EM CONTEXTOS DE POBREZA**

**ADOLESCENT HEALTH AND OVERCOMING ADVERSITY
IN THE CONTEXT OF POVERTY**

Tese apresentada à Universidade Católica Portuguesa
para a obtenção do grau de Doutor em Enfermagem
na especialidade de Enfermagem Avançada

por

Maria Margarida Nogueira Mota Guedes

Instituto de Ciências da Saúde

Setembro, 2018



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

**A SAÚDE DO ADOLESCENTE E A SUPERAÇÃO DA
ADVERSIDADE EM CONTEXTOS DE POBREZA**

**ADOLESCENT HEALTH AND OVERCOMING ADVERSITY
IN THE CONTEXT OF POVERTY**

Tese apresentada à Universidade Católica Portuguesa
para a obtenção do grau de Doutor em Enfermagem
na especialidade de Enfermagem Avançada

por

Maria Margarida Nogueira Mota Guedes

Sob orientação da Professora Doutora Margarida Maria Silva Vieira

Instituto de Ciências da Saúde

Setembro, 2018

“O nosso mais elevado objetivo deve ser a promoção do desenvolvimento de seres humanos livres, aptos a dar por si próprios sentido e direção às suas vidas.”

Rudolf Steiner

À minha mãe, Lucinda
Ao meu pai, António “*in memorium*”

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Margarida Vieira por ter aceitado orientar este projeto, pelo incentivo e compreensão que sempre transmitiu;

À Escola Superior de Enfermagem de Lisboa na pessoa da sua Diretora Filomena Gaspar, pelo apoio concedido na realização deste trabalho;

Aos Agrupamentos de Escolas do Ensino Básico e Secundário envolvidos, pela disponibilidade na recolha de dados;

Aos participantes, alunos adolescentes, que tão gentilmente se dispuseram a participar;

À Hélia Dias pelo incentivo, pela disponibilidade demonstrada, pela amizade;

Às colegas e amigos que estiveram por perto em muitos momentos, ao longo deste percurso, eles sabem quem são;

À minha família, mãe e manas, pelo encorajamento e incentivo para seguir em frente;

Ao meu marido, Luís, pelo sem número de horas de conversa sobre o objeto deste trabalho, pela sua compreensão, capacidade de escuta e ânimo para continuar;

Aos meus filhos, Sara e João, por me dizerem a toda a hora que sou a sua inspiração e o seu orgulho, por acreditarem em mim. Com eles aprendi a buscar o sentido da vida;

À minha neta Matilde, luz de esperança por um mundo melhor.

RESUMO

A presente tese resultou do estudo realizado com o propósito da obtenção do grau de doutor em enfermagem, na Universidade Católica Portuguesa. Incide sobre a saúde dos adolescentes em contextos de pobreza urbana, mais precisamente, na periferia urbana da cidade de Lisboa, nos concelhos da Amadora e Sintra. Este estudo foi impulsionado por um conjunto de fatores, sendo que, o fundamental, foi poder contribuir para uma reflexão sobre os modos de erradicar a pobreza infantil e as desigualdades desvelando o mistério da saúde (*unraveling the mystery of health*), como proposto por Aaron Antonovsky na sua Teoria Salutogénica e, por vários autores, dedicados ao estudo da Resiliência. O estudo parte de um problema de investigação, a saber, *a saúde dos adolescentes em contextos de pobreza*. Deste problema resultou a questão central da investigação: *Por que razão adolescentes que vivem em situação de pobreza, escolhem ter um estilo de vida promotor de saúde, apesar das circunstâncias adversas que rodeiam as suas vidas?* A questão de investigação formulada deu origem a objetivos, a saber, *identificar o estilo de vida de adolescentes que vivem em contextos de pobreza; analisar a relação que existe entre auto-eficácia, locus de controlo, sentido de coerência e resiliência de adolescentes que vivem em contextos de pobreza e um estilo de vida promotor de saúde; analisar a relação que existe entre fatores de ordem individual e fatores de ordem contextual que enformam e reproduzem os estilos de vida individuais; analisar, na perspetiva de adolescentes que vivem em contextos de pobreza, a relação que existe entre a experiência de ser pobre e um estilo de vida promotor de saúde*. Para estes objetivos recorreu-se a um desenho de métodos mistos com uma estratégia sequencial: QUAN→qual de tipo exploratório-descritivo e explicativo. Na componente quantitativa utilizaram-se inquéritos por questionário e participaram 270 adolescentes. Na componente suplementar recorreu-se à entrevista semi-estruturada a 10 adolescentes. A tese inclui um enquadramento teórico do estudo (Parte I), onde se identifica o conhecimento atual na área da pobreza, pobreza infantil, desigualdades em saúde, políticas saudáveis e resiliência de adolescentes em contextos de pobreza. Ancoramo-nos em Amartya Sen quanto à equidade em saúde e, em, Antonovsky, Bronfenbrenner, Dahlgren, Whitehead e Pender na ligação de um estilo de vida promotor de saúde a um contexto social determinado. A parte II é dedicada à Investigação Empírica. Nesta parte reportamos a Metodologia (Capítulo I), a Apresentação de Resultados (Capítulo II) e a Discussão de Resultados (Capítulo III). A parte III é dedicada às Conclusões Gerais, Implicações e Sugestões. Como principais resultados relevamos: 1) a saúde dos pobres pior que a dos não-pobres 2) a construção do processo de resiliência dos adolescentes em

contextos de pobreza urbana, faz-se no diálogo entre: a pertença a um nível socioeconómico baixo e a vivência de episódios de adversidade; os fatores individuais - valores favoráveis de sentido de coerência, auto-eficácia e resiliência - e, fatores contextuais, como famílias acolhedoras e de suporte, existência de pessoas significativas e a participação em atividades promotoras da saúde e bem-estar. O crescimento espiritual e as relações interpessoais são os comportamentos de saúde mais relacionados com um estilo de vida promotor de saúde no grupo dos pobres e dos não-pobres, quando associados aos fatores individuais e contextuais, evidenciando o grupo dos não-pobres valores igualmente favoráveis na nutrição, gestão do *stress* e atividade física. Nos dois grupos, o comportamento de saúde menos favorável foi a responsabilidade.

Palavras-chave: Pobreza Infantil; Desigualdades; Resiliência; Promoção da Saúde

ABSTRACT

This thesis is the result of a study that was made with the objective of obtaining the PhD degree in Nursing in the Universidade Católica Portuguesa. It is based on the adolescent's health in contexts of urban poverty, more precisely, in the urban periphery of the city of Lisbon, in the municipalities of Amadora and Sintra. This study was leveraged through a set of factors, being that the fundamental one was being able to contribute to a reflection on the ways of eradicating child poverty and inequalities “unravelling the mystery of health” as it was proposed by Aaron Antonovsky in its Salutogenesis Theory, and also by various authors dedicated to the study of Resilience. The current study develops from a research problem – *the health of adolescents in contexts of poverty*. From this problem the main research question was defined namely, *why adolescents that live in poverty choose to have a health promoting lifestyle, despite the adverse circumstances that characterize their lives?* Through the analysis of this research question the following objectives were defined: *to identify the lifestyle of the adolescents that live in a context of poverty; to analyze the relation that exists between auto-efficacy, locus of control, sense of coherence and resilience of adolescents that live in poverty contexts, and a health promoting lifestyle; to analyze the relation that exists between individual related factors and contextual related factors that give form and reproduce individual lifestyles; to analyze, through the perspective of adolescents that live in poverty contexts, the relation that exists between the experience of being poor and a health promoting lifestyle*. For these objectives it was designed a mixed methods approach with a sequential strategy: QUAN→qual of exploratory-descriptive and explanatory type. In the quantitative component it was used surveys by questionnaire with the participation of 270 students. In the supplementary component it was used a semi-structured interview to 10 adolescents. The current PhD thesis, is structured around a theoretical analysis (Part I), in which it is identified the current state of the art on the research on poverty, child poverty, health inequalities, and health promoting policies and adolescent's resilience in poverty contexts. This analysis is framed by Amartya Sen in what regards health equity, and also by Antonovsky, Bronfenbrenner, Dahlgren, Whitehead e Pender in what regards the connection between a health promoting lifestyle and a determined social context. Part II is centered around the Empirical Research, namely the Methodology (Chapter I), Presentation of Results (Chapter II), and Discussion and Results (Chapter III). Part III is related to the General Conclusions, Implications and Suggestions. The following main results were obtained: 1) the health of the poor is worse than the health of the non-poor; 2) the construction of the adolescent's

resilience process in contexts of urban poverty is made through the dialogue between: having a low socioeconomic status and living adverse situations; individual factors – favorable values of sense of coherence, auto-efficacy and resilience – and, contextual factors, as are foster and support families, the existence of significant others, and the participation in health promoting and wellbeing activities. The spiritual growth and interpersonal relations are the health behaviors which are more related with a health promoting lifestyle in the groups of the poor and non-poor, when related with individual and contextual factors, demonstrating the group of the non-poor equally favorable values in nutrition, stress management and physical activity. In the two groups the less favorable health behavior was the responsibility.

Keywords: Child Poverty; Inequalities; Resilience; Health Promotion

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	25
-------------------------	----

PARTE I

ERRADICAR A POBREZA E AS DESIGUALDADES DESVELANDO O MISTÉRIO DA SAÚDE

1 - POBREZA	33
1.1 – POBREZA INFANTIL	36
2 - DESIGUALDADES	46
2.1 – EQUIDADE EM SAÚDE	58
2.2 – EQUIDADE E JUSTIÇA	59
2.3 – A PERSPETIVA DA CAPACIDADE EM AMARTYA SEN	61
3 – POLÍTICAS SAUDÁVEIS	65
3.1 – PROMOÇÃO DA SAÚDE	65
4 – A SAÚDE DO ADOLESCENTE	73
4.1 – ESTILOS DE VIDA NA ADOLESCÊNCIA	77
4.2 – SENTIDO DE COERÊNCIA	79
4.3 – LOCUS DE CONTROLO	82
4.4 – AUTO-EFICÁCIA	86
4.5 – RESILIÊNCIA	89

PARTE II

INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA

CAPÍTULO I – METODOLOGIA

1 – O PROBLEMA DE INVESTIGAÇÃO E OS OBJETIVOS	99
2 – DESENHO DO ESTUDO	102
3 – COMPONENTE CENTRAL DA INVESTIGAÇÃO – A ABORDAGEM QUANTITATIVA	111
3.1 – TIPO DE ESTUDO	111
3.2 – A POPULAÇÃO/ A AMOSTRA	111

3.2.1 – Caraterização dos participantes	112
3.3 – OS INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS	126
3.3.1– Os inquéritos por questionário. A construção: conteúdos e estrutura	127
3.3.1.1 – Questionário de caracterização sociodemográfica.....	127
3.3.1.2 – Perfil de Estilo de Vida II - Health Promotion Lifestyle Profile II	132
3.3.1.3 – Questionário “Orientação para a Vida”	133
3.3.1.4 – Escala de Avaliação de Auto-Eficácia Geral.....	134
3.3.1.3 – Escala do Locus de Controlo de Saúde.....	136
3.3.1.4 – Escala de Resiliência	138
3.4 – PROCEDIMENTOS DE RECOLHA DE DADOS	140
3.5 – TRATAMENTO DOS DADOS	144
4 – COMPONENTE SUPLEMENTAR DA INVESTIGAÇÃO – A ABORDAGEM QUALITATIVA	147
4.1 – A AMOSTRA	147
4.2 – FASE DE RECOLHA DE DADOS	150
4.3 – ANÁLISE DOS DADOS.....	153
5 – CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	158

CAPÍTULO II – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

1 – CARATERIZAÇÃO DO ALUNO E DAS PESSOAS COM QUEM VIVE: ASPETOS SOCIODEMOGRÁFICOS E DO CONTEXTO LOCAL	163
1.1 – CARATERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DO ALUNO E DAS PESSOAS COM QUEM VIVE	163
1.2 – CARATERIZAÇÃO DO BAIRRO PELO ALUNO	175
1.3 – CARATERIZAÇÃO DA ESCOLA PELO ALUNO	177
2 – ESTILO DE VIDA DE ADOLESCENTES EM CONTEXTO DE POBREZA	178
2.1– COMPORTAMENTOS DE SAÚDE DOS ADOLESCENTES E CONTEXTO	178
2.2– ATRIBUTOS INDIVIDUAIS DOS ADOLESCENTES E CONTEXTO	190
2.3 – AS ASSOCIAÇÕES ENTRE ATRIBUTOS DE ORDEM INDIVIDUAL E COMPORTAMENTOS DE SAÚDE	223
3 – IDENTIFICAÇÃO DE CLUSTERS DE FATORES DE PROTEÇÃO E FATORES DE RISCO DOS ADOLESCENTES A PARTIR DO SI PRÓPRIO E DO CONTEXTO SOCIOECONÓMICO QUE HABITAM	232

3.1 – SAÚDE E ESTILO DE VIDA.....	234
3.1.1 – Comportamentos de saúde dos adolescentes e estilo de vida	234
3.2 – ADVERSIDADE NA ADOLESCÊNCIA.....	247
3.2.1 – Situações de adversidade vividas pelos adolescentes	247
3.3 – FAMÍLIA E AMBIENTE FAMILIAR	256
3.3.1 – Características da família e do ambiente familiar do adolescente	256
3.4 – UMA ESCOLA PARA TODOS.....	263
3.4.1 – Fatores facilitadores na implementação de uma escola para todos	263
3.5 – O SENTIDO DA VIDA.....	265
3.5.1 – A vontade de sentido dos adolescentes em busca de orientação para o futuro e do sentido da vida	265
3.6 – POBREZA INFANTIL.....	270
3.6.1 – A voz dos adolescentes em tempos de crise	270
3.7 – IMPORTÂNCIA DO LUGAR NA SAÚDE E BEM ESTAR	280
3.7.1 – Aspectos relativos aos bairros residenciais dos adolescentes	280
3.8 – O ADOLESCENTE E A SUA CIRCUNSTÂNCIA	284
3.8.1 – Recursos e forças de vida dos adolescentes que vivem em contextos de pobreza	284

CAPÍTULO III – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

1 – UM OLHAR SOBRE A POBREZA NA ADOLESCÊNCIA	299
1.1 – CARACTERIZAÇÃO SOCIOEDEMOGRÁFICA DO ADOLESCENTE E DAS PESSOAS COM QUEM VIVE	299
2 – PERFIL DE ESTILO DE VIDA DE ADOLESCENTES QUE VIVEM EM CONTEXTO DE POBREZA	308
2.1 – PERFIL GLOBAL	308
2.2 – PERFIL DE POBRES E NÃO-POBRES	316
3 – A ADOLESCÊNCIA SOB A LENTE DA PERSPETIVA SALUTOGÉNICA	330

PARTE III

1 – CONCLUSÕES	337
2 – IMPLICAÇÕES E SUGESTÕES PARA O FUTURO	343
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	347

ANEXOS

- 1 – Instrumentos de recolha de dados
- 2 – Quadros RSI Sintra e Amadora
- 3 – Guião de entrevista
- 4 – Registo definitivo do projeto de investigação
- 5 – Parecer da Comissão de Ética do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa
- 6 – Autorização dos autores das escalas: (HPLP II - versão portuguesa; Resilience Scale - versão portuguesa; Auto-Eficácia Geral; Locus de Controlo de Saúde e Questionário do Sentido de Coerência).
- 7 – Autorização das Direções dos Agrupamentos de Escolas
- 8 – Formulários de consentimento informado: participantes e pais/encarregados de Educação
- 9 – Autorização do Ministério da Educação/Direção Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular (DGIDC)
- 10 – Autorização da Comissão Nacional de Proteção de Dados (CNPd)

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1	Dimensões da escala SCO e sua operacionalização	134
Tabela 2	Caracterização da amostra	149
Tabela 3	Idade	163
Tabela 4	Sexo	164
Tabela 5	Naturalidade do aluno.....	164
Tabela 6	Freguesia onde vive o aluno	165
Tabela 7	Naturalidade da mãe	166
Tabela 8	Naturalidade do pai.....	166
Tabela 9	Ano de escolaridade do aluno.....	167
Tabela 10	Reprovações no percurso escolar	167
Tabela 11	Número de reprovações no percurso escolar	168
Tabela 12	Pessoas com quem o aluno vive	168
Tabela 13	Pessoas com quem o aluno vive	168
Tabela 14	Número de irmãos.....	169
Tabela 15	Idade dos irmãos.....	169
Tabela 16	Número de irmãos que vivem com o aluno.....	170
Tabela 17	Número de divisões da casa do aluno.....	170
Tabela 18	Número de divisões da casa do aluno.....	171
Tabela 19	O aluno dorme num quarto só para si.....	171
Tabela 20	O aluno tem computador	172
Tabela 21	Número de computadores em casa	172
Tabela 22	Profissão dos pais	173
Tabela 23	Escolaridade do pai.....	173

Tabela 24	Escolaridade da mãe	174
Tabela 25	Escolaridade média dos pais	174
Tabela 26	Escolaridade máxima dos pais	175
Tabela 27	O aluno beneficia de SASE	175
Tabela 28	Caracterização do bairro pelo aluno	176
Tabela 29	Caracterização da escola pelo aluno	177
Tabela 30	Estatísticas descritivas das subescalas da HPLP II	178
Tabela 31	Matriz de correlações de Spearman entre as subescalas da HPLP II	179
Tabela 32	Matriz de correlações de Spearman entre as subescalas da HPLP II por SASE ..	180
Tabela 33	Resultados dos testes Mann-Whitney das subescalas da HPLP II por sexo	181
Tabela 34	Resultados dos testes Mann-Whitney das subescalas da HPLP II por SASE e por sexo	182
Tabela 35	Resultados dos testes Mann-Whitney das subescalas da HPLP II em relação à segurança que sente no bairro onde vive	184
Tabela 36	Resultados dos testes Mann-Whitney das subescalas da HPLP II por SASE e em relação à segurança que sente no bairro onde vive	185
Tabela 37	Resultados dos testes Mann-Whitney das subescalas da HPLP II em relação à participação em atividades que promovem a saúde e o bem-estar	186
Tabela 38	Resultados dos testes Mann-Whitney das subescalas da HPLP II por SASE e em relação à participação em atividades que promovem a saúde e o bem-estar	187
Tabela 39	Resultados dos testes Mann-Whitney das subescalas da HPLP II em relação ao sentimento de pertença à escola	188
Tabela 40	Resultados dos testes Mann-Whitney das subescalas da HPLP II por SASE e em relação ao sentimento de pertença à escola	190
Tabela 41	Estatísticas descritivas das sub-escalas da SOC	191
Tabela 42	Matriz de correlações de Spearman entre as subescalas da SOC	192
Tabela 43	Matriz de correlações de Spearman entre as subescalas da SOC por SASE	192
Tabela 44	Resultados dos testes Mann-Whitney das subescalas do SOC por sexo	193

Tabela 45 Resultados dos testes Mann-Whitney das subescalas do SOC por SASE e por sexo	194
Tabela 46 Resultados dos testes Mann-Whitney das subescalas do SOC em relação à segurança no bairro onde vivem.....	195
Tabela 47 Resultados dos testes Mann-Whitney das subescalas do SOC por SASE e em relação à segurança no bairro onde vivem.....	196
Tabela 48 Resultados dos testes Mann-Whitney das subescalas do SOC em relação às atividades que promovem a saúde e o bem-estar	197
Tabela 49 Resultados Mann-Whitney das subescalas do SOC por SASE e em relação à participação em atividades que promovem a saúde e o bem-estar	198
Tabela 50 Resultados dos testes Mann-Whitney das subescalas do SOC em relação ao sentimento de pertença à escola.....	199
Tabela 51 Resultados dos testes Mann-Whitney das subescalas do SOC por SASE em relação ao sentimento de pertença à escola	200
Tabela 52 Estatísticas descritivas das sub-escalas da CES.....	201
Tabela 53 Matriz de correlações de Spearman entre as subescalas da CES.....	201
Tabela 54 Matriz de correlações de Spearman entre as subescalas da CES por SASE	202
Tabela 55 Resultados dos testes Mann-Whitney das subescalas da CES em relação à segurança no bairro onde vivem.....	203
Tabela 56 Resultados dos testes Mann-Whitney das subescalas da CES por SASE em relação à segurança no bairro onde vivem.....	205
Tabela 57 Resultados dos testes Mann-Whitney das subescalas da CES em relação à participação em atividades que promovem a saúde e o bem-estar	206
Tabela 58 Resultados dos testes Mann-Whitney das subescalas da CES por SASE e em relação à participação em atividades que promovem a saúde e o bem-estar.....	207
Tabela 59 Resultados dos testes Mann-Whitney das subescalas da CES em relação ao sentimento de pertença à escola.....	208
Tabela 60 Resultados dos testes Mann-Whitney das subescalas da CES por SASE em relação ao sentimento de pertença à escola.....	209
Tabela 61 Estatísticas descritivas das sub-escalas da LC	210

Tabela 62 Resultados dos testes Mann-Whitney das subescalas do LC em função do SASE	210
Tabela 63 Resultados dos testes Mann-Whitney das subescalas do LCS por SASE e por sexo.....	211
Tabela 64 Resultados dos testes Mann-Whitney das subescalas do LCS em relação à segurança no bairro onde vivem.....	212
Tabela 65 Resultados dos testes Mann-Whitney das subescalas do LCS por SASE e em relação à segurança no bairro onde vivem.....	213
Tabela 66 Resultados dos testes Mann-Whitney das subescalas do LCS por SASE e em relação ao sentimento de pertença à escola	215
Tabela 67 Estatísticas descritivas das sub-escalas da RS	216
Tabela 68 Análise de consistência interna de alfa-Cronbach.....	216
Tabela 69 Resultados dos testes Mann-Whitney das subescalas da RS por sexo	217
Tabela 70 Resultados dos testes Mann-Whitney das subescalas da RS por SASE e por sexo.....	218
Tabela 71 Resultados dos testes Mann-Whitney das subescalas da RS em relação à segurança no bairro onde vivem	219
Tabela 72 Resultados dos testes Mann-Whitney das subescalas da RS por SASE em relação à segurança no bairro onde vivem.....	220
Tabela 73 Resultados dos testes Mann-Whitney das subescalas da RS em relação à participação em atividades que promovem a saúde e o bem-estar	220
Tabela 74 Resultados dos testes Mann-Whitney das subescalas da RS por SASE em relação à participação em atividades que promovem a saúde e o bem-estar.....	221
Tabela 75 Resultados dos testes Mann-Whitney das subescalas da RS em relação ao sentimento de pertença à escola.....	222
Tabela 76 Resultados dos testes Mann-Whitney das subescalas da RS por SASE em relação ao sentimento de pertença à escola	223
Tabela 77 Matriz de correlações de Spearman entre as subescalas da HPLP e as subescalas	226
Tabela 78 Matriz de correlações de Spearman entre as subescalas da HPLP e as subescalas em função do SASE.....	231

Tabela 79 Comportamentos de saúde dos adolescentes integrados na categoria <i>estilos de vida</i>	247
Tabela 80 Situações de adversidade vividas pelos adolescentes integradas na categoria <i>coisas más</i>	255
Tabela 81 Características dos agregados familiares dos adolescentes integrados na categoria <i>família e ambiente familiar</i>	262
Tabela 82 Fatores facilitadores na implementação de uma escola para todos integrados na categoria <i>escola e ambiente escolar</i>	265
Tabela 83 A vontade de sentido dos adolescentes integrada nas categorias <i>orientação para o futuro e buscar o sentido da vida</i>	270
Tabela 84 A voz dos adolescentes em tempos de crise integrada na categoria <i>pobreza</i>	280
Tabela 85 Aspetos relativos aos bairros residenciais dos adolescentes integrados na categoria <i>bairro</i>	284
Tabela 86 Recursos e forças de vida dos adolescentes integrados na categoria <i>“eu sou eu e a minha circunstância se não a salvo a ela não me salvo a mim”</i>	295
Tabela 87 Matriz de correlações de Spearman entre as subescalas da HPLP e as subescalas	309
Tabela 88 Matriz de correlações de Spearman entre as subescalas da HPLP e as subescalas em função do SASE.....	318

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Desenho do estudo: Abordagem métodos mistos - Estratégia sequencial QUAN →qual	110
Figura 2. Evolução do N.º de alunos abrangidos pela Ação Social Escolar.....	115
Figura 3. Evolução do N.º de Famílias Beneficiárias de RSI na Amadora	116

INTRODUÇÃO

A ligação entre saúde e desenvolvimento humano e económico é hoje profundamente reconhecida. A saúde é uma condição para o desenvolvimento pessoal e um investimento no futuro. É a base da produtividade no trabalho, da capacidade de aprender na escola e do bem-estar intelectual, físico e emocional. Não é apenas o resultado do desenvolvimento, mas um caminho para o atingir (United Nations, 2000).

A estratégia *Health 2020* (WHO, 2012) é o quadro de referência para as políticas europeias de saúde. Centra-se na melhoria da saúde e bem-estar da população e na redução das desigualdades em saúde, através do reforço da liderança e governança para a saúde. Estes objetivos são alcançados através de prioridades estratégicas, desenvolvidas segundo abordagens designadas por *whole-society* e *whole-of-government*. As prioridades estratégicas são: i) investir na saúde ao longo do ciclo de vida, capacitando os cidadãos; ii) combater as doenças transmissíveis e não transmissíveis; iii) fortalecer os sistemas de saúde centrados nas pessoas, bem como a capacidade de resposta em saúde pública, nomeadamente a vigilância, preparação e resposta a ameaças; iv) desenvolver comunidades resilientes e ambientes protetores (DGS, 2015).

O relatório *Um Futuro para a Saúde* (Fundação Calouste Gulbenkian, 2014) assentou no desafio de criar uma visão para a saúde e para os cuidados de saúde em Portugal, para os próximos 25 anos, descrevendo o que isso poderia significar na prática, nomeadamente em termos de implementação e sustentabilidade. Este documento propõe uma visão simples, caracterizada pelo *empowerment* (empoderamento) dos cidadãos, pela participação ativa da sociedade e por uma procura contínua de qualidade, apelando a um novo pacto para a Saúde (DGS, 2015).

Nos relatórios sobre o desenvolvimento humano, saúde e educação, são sistematicamente referidas como dois aspetos fundamentais do capital humano. O Programa de Desenvolvimento das Nações Unidas assume que o desenvolvimento humano é o processo de alargamento das escolhas das pessoas, conduzindo, idealmente, a uma vida longa e saudável, a um bom nível de educação e à obtenção de recursos necessários para um padrão de vida digno. Amartya Sen, prémio nobel da Economia em 1998, considera a liberdade de participação política e a oportunidade de receber educação básica e cuidados de saúde como componentes do desenvolvimento e contributos para o progresso económico (Sen, 1999)

afirmando que a saúde, como a educação, se encontra entre as capacidades básicas, que dão valor à vida humana.

Em 1985, na Conferência de Ottawa, a saúde é considerada um conceito positivo que dá ênfase aos recursos sociais e pessoais, bem como às capacidades físicas (Loureiro, 2010). Nesta Conferência (1986) é aceite por todos os países participantes que a saúde deixa de ser apenas da responsabilidade do próprio setor e que a promoção da saúde sendo “um processo que visa criar as condições que permitam aos indivíduos e aos grupos controlar a sua saúde, a dos grupos onde se inserem e agir sobre os fatores que a influenciam”, requer uma ação concertada entre todos: governos, setor da saúde e outros setores sociais e económicos, organizações não-governamentais, autoridades locais, indústria e meios de comunicação social. Os Objetivos de Desenvolvimento para o Milénio (ODM), adotados por 189 países, estabelecem como linha prioritária o desenvolvimento económico e a erradicação da pobreza, esta entendida como a privação ou falta de acesso aos meios através dos quais os indivíduos podem realizar, em plenitude, o seu potencial.

Ao longo dos anos o conceito de pobreza tem sido definido de diversas maneiras, mas, é consensual, que a pobreza humana constitui uma negação dos direitos humanos fundamentais. O Relatório de Desenvolvimento Humano (PNUD, 1997) descreve três perspetivas sobre a pobreza: perspetiva do rendimento, perspetiva das necessidades básicas e perspetiva das capacidades. Neste trabalho advogamos a perspetiva de Amartya Sen, que encara a pobreza como a incapacidade de desenvolver uma vida longa, saudável e criativa e de usufruir de um nível decente de vida, com liberdade, dignidade, respeito por si próprio e respeito dos outros. A pobreza pode ser visivelmente identificada em termos de carência de potencialidades; a abordagem centra-se nas privações que são *intrinsecamente* importantes, diferentemente do rendimento reduzido, que só *instrumentalmente* é significativa (Sen, 1999:101). Colocamo-nos ainda, neste trabalho, na perspetiva da *potencialidade humana* defendida pelo mesmo autor, centrada na *capacidade – na liberdade concreta – de as pessoas terem a vida que com razão valorizam e aumentarem as escolhas reais de que dispõem* (Sen, 1999:299).

Para Amartya Sen, a pobreza deve ser encarada não tanto pelo seu lado monetário mas, sobretudo, como um défice de capacidade(s) relativo a uma pessoa ou agregado familiar para levar uma vida decente segundo o padrão corrente na respetiva sociedade. Este conceito de capacidade (entitlement) tem o mérito de colocar o acento no que está a montante da situação

de pobreza monetária e que, de algum modo, a determina e põe em evidência não só a importância da disponibilidade de recursos materiais como também a disponibilidade de recursos humanos. Trata-se de uma perspetiva conceptual com evidentes consequências muito pertinentes para as políticas de erradicação e prevenção da pobreza, a exigir da produção estatística a devida resposta (INE, 2010). O conceito subjetivo de pobreza a partir das representações a respeito do que é ser pobre ou de quem são os pobres, é tido em consideração neste trabalho como ferramenta complementar para a compreensão do fenómeno em estudo.

A par da pobreza e da exclusão social as doenças crónicas constituem, atualmente, na Europa, a primeira causa de peso da doença expresso em anos de vida ajustados para a incapacidade (DALYs). Na etiologia destas doenças, encontra-se um conjunto complexo de fatores determinantes de saúde, relacionados com os aspetos sociais, com os estilos de vida e o meio ambiente. Estas doenças e disfunções são causadas por uma alimentação inadequada, excesso de consumo de álcool, má condução, consumo de drogas, stresse pessoal, poluição do ar e do ambiente e estilo de vida sedentário (DGS, 2004).

Realizámos uma vasta revisão bibliográfica e constatámos que há uma substancial evidência científica, revelando que as pessoas das classes socioeconómicas mais baixas, têm um aumento de riscos de saúde ao longo da sua vida, bem como maiores morbidade e mortalidade e ainda que a correlação entre doença e desigualdades sociais continua bem presente nos dias de hoje, por todo o mundo e na Europa, nomeadamente, onde existem grandes variações e desigualdades no estado de saúde entre as populações dos diferentes países, e entre os diferentes grupos da população em cada país, sendo que Portugal não é exceção.

Tanto nos países desenvolvidos, como nos países em desenvolvimento, os comportamentos que comprometem a saúde estão concentrados sobretudo em grupos socialmente desfavorecidos. Uma política efetiva para modificar a situação de saúde terá, assim, de se dirigir às condições sociais subjacentes, visando a diminuição das desigualdades (Marmot, 2005) e deve pautar-se por desencadear ações integradas envolvendo os vários domínios e setores, tendo por objetivo o fortalecimento das comunidades e dos indivíduos (Loureiro, 2010).

Crescer na pobreza consiste numa ameaça ao bem-estar das crianças e dos adolescentes e numa limitação das suas oportunidades de desenvolvimento. Nesse sentido, muitas crianças crescem e desenvolvem-se em contextos e situações que constituem ameaças à sua saúde. Ao enfrentar situações de stresse e risco no seu quotidiano, podem apresentar distúrbios emocionais e problemas de comportamento. No entanto, algumas delas, conseguem adaptar-se e superar essas situações, demonstrando, entre outras habilidades, capacidades pessoais e sociais.

A definição de resiliência, a partir da interação do indivíduo com o seu ambiente, implica o entendimento dinâmico dos fatores de risco e de proteção. Tanto no que se refere aos fatores de risco, quanto aos de proteção, a literatura tem destacado a necessidade de se enfatizar uma abordagem de “processos”. Ou seja, *à priori*, nenhuma variável é fator de risco ou proteção, uma vez que qualquer fator pode, potencialmente, ser de risco numa situação e de proteção noutra, dependendo justamente da relação estabelecida entre as variáveis individuais e do contexto socioambiental (Yunes, 2001; Tavares, 2001). Desta forma, as pesquisas sobre resiliência voltam-se para o estudo dos mecanismos específicos através dos quais determinadas variáveis produziram resultados particulares (Rutter, 1987; Rutter, 1996).

Explicitados os pressupostos ao desenvolvimento desta investigação a questão de investigação norteadora foi: "Por que razão adolescentes que vivem em situação de pobreza, escolhem ter um estilo de vida promotor de saúde, apesar das circunstâncias adversas que rodeiam as suas vidas?", da qual emergiram 2 tipologias de subquestões : a primeira tipologia a propósito da potencial relação entre atributos de ordem individual e contextual e a escolha de um estilo de vida promotor de saúde e, a segunda tipologia, de carácter qualitativo, sobre a experiência de ser pobre e a escolha de um estilo de vida promotor de saúde. As subquestões foram as seguintes:

- Quais são os estilos de vida de adolescentes escolarizados em contextos de maior vulnerabilidade e pobreza?
- Que relação existe entre auto-eficácia de adolescentes que vivem em contextos de pobreza e estilo de vida promotor de saúde?
- Que relação existe entre locus de controlo de adolescentes que vivem em contextos de pobreza e estilo de vida promotor de saúde?

- Que relação existe entre sentido de coerência de adolescentes que vivem em contextos de pobreza e estilo de vida promotor de saúde?
- Que relação existe entre resiliência de adolescentes que vivem em contextos de pobreza e estilo de vida promotor de saúde?
- Que relação existe entre fatores de ordem individual e fatores de ordem contextual que enformam e reproduzem os estilos de vida de adolescentes que vivem em contextos de pobreza?
- Na perspectiva de adolescentes que vivem em contextos de pobreza, que relação existe entre a experiência de ser pobre e ter um estilo de vida promotor de saúde?

Neste sentido o objetivo geral constituiu-se em identificar o estilo de vida de adolescentes que vivem em contextos de pobreza. Foram ainda definidos os objetivos específicos:

- Analisar a relação que existe entre auto-eficácia de adolescentes que vivem em contextos de pobreza e estilo de vida promotor de saúde.
- Analisar a relação que existe entre locus de controlo de adolescentes que vivem em contextos de pobreza e estilo de vida promotor de saúde.
- Analisar a relação que existe entre sentido de coerência de adolescentes que vivem em contextos de pobreza e estilo de vida promotor de saúde.
- Analisar a relação que existe entre resiliência de adolescentes que vivem em contextos de pobreza e estilo de vida promotor de saúde.
- Analisar a relação que existe entre fatores de ordem individual e fatores de ordem contextual que enformam e reproduzem os estilos de vida individuais.
- Analisar, na perspectiva de adolescentes que vivem em contextos de pobreza, a relação que existe entre a experiência de ser pobre e um estilo de vida promotor de saúde.

Este estudo tem como finalidade: Compreender os fatores e os processos que estão subjacentes à construção de um estilo de vida promotor de saúde de adolescentes que vivem em circunstâncias adversas, como a pobreza, analisando as conexões que se estabelecem entre os atributos de ordem individual e do contexto socioambiental.

Consideramos esta atenção dada a uma visão mais dialética e processual da resiliência, essencial, para o desenho de estratégias e intervenções de promoção e de educação para a saúde na escola com adolescentes que enfrentam adversidades.

A organização desta investigação estrutura-se em três partes:

A primeira parte, “Erradicar a pobreza e as desigualdades desvelando o mistério da saúde”, refere-se aos referenciais teóricos-conceituais e empíricos que sustentaram a fase empírica em linha com as perspetivas ontológica e epistemológica assumidas.

A segunda parte respeita à “Investigação empírica” e engloba três capítulos. O primeiro explicita o desenho do estudo e a abordagem metodológica seguida. São apresentados os instrumentos de recolha de dados. No seguinte apresentam-se os resultados numa ótica agregadora das componentes do estudo. Por fim, discutem-se os resultados desde uma visão compreensiva e coerente face ao objeto de estudo.

Na terceira parte designada de “Das conclusões gerais às implicações e sugestões” apresentam-se as principais considerações finais e implicações e apontam-se direções futuras para investigações que retomem esta temática.

As normas de elaboração seguem as orientações do Manual da American Psychological Association na sua 6ª edição.

PARTE I

**ERRADICAR A POBREZA E AS DESIGUALDADES DESVELANDO O MISTÉRIO
DA SAÚDE**

1 - POBREZA

Durante muito tempo teve-se como certo que o crescimento económico associado com a ideia de desenvolvimento, que constitui uma das imagens de marca e um dos sucessos atribuídos às sociedades industriais dos últimos 200 anos, teria como consequência inevitável e automática a redução da pobreza, pelas maiores oportunidades de emprego, consumo e riqueza criadas.

Nesse sentido, a pobreza era vista como uma ausência de riqueza, com as consequentes privações, resolvida, em condições normais, pelo crescimento económico ou, pontualmente, por ações compensatórias de tipo assistencialista (aos mais pobres).

Sabe-se de facto que, infelizmente, esse é um dos flagelos estruturais dos países subdesenvolvidos, atingindo persistentemente níveis de desumanização, de despojamento e de miséria indescritíveis. Relatórios de diversas organizações internacionais, como o Banco Mundial, a Comissão da União Europeia, a FAO, a OCDE, a OIT, a OMS, o PNUD e a UNICEF, entre outras, bem como diversos estudos e obras científicas publicadas, dão conta de um mal-estar crescente, associado à constatação de que os problemas de pobreza e exclusão social persistem e, há, não só, um agravamento de formas tradicionais, como também novas manifestações e modalidades, para além do alargamento das desigualdades entre os países, entre as classes sociais e entre os indivíduos.

As habituais medidas destinadas a combater a pobreza têm por base o rendimento ou o consumo, que registam importantes dimensões da privação, contudo dão apenas uma imagem parcial. As privações a que as pessoas estão sujeitas podem ir muito além do rendimento, nomeadamente, a falta de saúde, a má nutrição, a escolaridade e competências insuficientes, modos de vida e condições familiares inadequados e ainda exclusão social. Alguns destes aspetos mais alargados da pobreza são integrados no conceito de pobreza multidimensional (PNUD, 2010).

Em 104 países em desenvolvimento, 1,2 mil milhões de pessoas tinham um rendimento de 1,25 dólares, ou menos, por dia. Contudo, o número de pessoas em situação de pobreza multidimensional em 91 países em desenvolvimento foi estimado em cerca de 1,5 mil milhões de pessoas, segundo a medida do Índice de Pobreza Multidimensional (IPM). De acordo com o IPM, que foi introduzido no Relatório de Desenvolvimento Humano de 2010 para medir as privações em três dimensões do IDH, *saúde, educação e padrões de vida*, 2,2 mil milhões de

peças vivem em situação de pobreza multidimensional. A percentagem de pessoas em situação de pobreza multidimensional é geralmente superior à das que vivem com menos de 1,25 dólares por dia (PNUD, 2014).

Segundo os últimos dados do Eurostat em 2015, estima-se que existiam na UE28 cerca de 118.759 milhões de pessoas em situação de pobreza e de exclusão social (23,7% do total da população). Tendo em conta que este é um indicador composto estima-se que, em 2015, 17,3% das pessoas da UE28 viviam em risco de pobreza; 8,1% em situação de privação material severa e 10,5 % num agregado com muito baixa intensidade de trabalho (EAPN, Portugal, 2016:6).

Em Portugal, as consequências sociais da profunda crise económica e do *processo de ajustamento* traduziram-se não somente num acréscimo da população em situação de pobreza, mas igualmente numa pronunciada deterioração dos recursos da população pobre. Entre 2009 e 2014, a taxa de pobreza aumentou 1,6 pontos percentuais (ou 8,8%), passando de 17,7% para 19,5%, fazendo com que o número de indivíduos pobres em Portugal fosse de 2,02 milhões em 2014, ou seja, mais 116 mil do que em 2009 (Rodrigues, 2016:17). A intensidade da pobreza regista um aumento muito acentuado, subindo mais de 6 pontos percentuais neste período, e atingindo 29% em 2014. Mais, o valor de 30,3% observado em 2013 foi o valor máximo alguma vez registado no nosso país neste indicador da pobreza (Rodrigues, 2016:17). Segundo o INE (2015) para as crianças e jovens, o *processo de ajustamento* foi profundamente penalizador conduzindo a um agravamento de 2,4 pontos percentuais na sua taxa de pobreza, que em 2013 foi de 25,6% (Rodrigues, 2016:18).

O conceito de pobreza associado durante muito tempo a insuficiência de rendimentos, evoluiu nas últimas décadas, em função de um melhor conhecimento das suas manifestações nas sociedades contemporâneas. Nesse sentido, pode-se considerar cinco grandes perspetivas, agrupadas, por sua vez, em duas lógicas distintas. A da privação fisiológica e da privação social (World Bank, 2001). No caso da Privação Fisiológica privilegia-se a abordagem das condições materiais de vida, segundo duas perspetivas diferentes: Abordagem centrada no *rendimento e no consumo*: é a perspetiva mais tradicional, desenvolvida pela chamada economia do bem-estar, em que se define uma linha de pobreza, em termos absolutos ou relativos, segundo um determinado nível de rendimento e/ou consumo, sendo pobres os que se encontram abaixo dessa linha. Abordagem centrada nas *necessidades humanas básicas*:

considera-se um certo nível de necessidades humanas básicas relativas à alimentação, educação, água potável e outras, como mínimo necessário para prevenir doenças, malnutrição e ignorância. No caso da Privação Social, põe-se em relevo a natureza social da pobreza, com a conseqüente degradação das relações sociais, aproximando-se do conceito de exclusão social. Neste caso, privilegiam-se três tipos de abordagem: Abordagem centrada no conceito de *pobreza humana*: desenvolvida pelo PNUD, com base nos trabalhos do economista Amartya Sen, que utiliza como referências os conceitos de capacidades (o que podemos fazer) e funções (o que fazemos). Nesse sentido, a pobreza é a incapacidade de desenvolver uma vida longa, saudável e criativa e de usufruir de um nível decente de vida, com liberdade, dignidade, respeito por si próprio e respeito dos outros (Sen, 1993). Abordagem centrada nas conseqüências ao nível da *exclusão social* baseada na proposta do sociólogo Peter Thowsend, para quem a pobreza deve ser vista como a não disponibilidade de recursos necessários para fazer face às condições de vida e de conforto e participar nas atividades sociais e culturais da sociedade a que pertence (Thowsend, 1979) e, por último, a abordagem participativa onde a pobreza começa pela *não participação*, pelo que os aspetos mais relevantes, serão a falta de dignidade, de autoestima, de segurança e de justiça, que impedem a participação, para além do acesso à saúde e a uma vida social, mais do que a um rendimento.

A pobreza pode ser observada sob a égide de diversas conceções: o conceito absoluto de pobreza, o conceito relativo, a definição subjetiva, a pobreza persistente ou temporária, ou ainda como uma situação de privação por falta de recursos. Apesar de relacionadas, estas duas dimensões (privação e falta de recursos) são distintas, quer na sua natureza quer na forma como poderão ser resolvidas. A privação pode ser solucionada, por exemplo, por intermédio de apoio monetário (subsídios, transferências sociais, etc.), mas esta via é considerada insuficiente para resolver a questão da falta de recursos (Costa, 2008)

O conceito de pobreza tem vindo, portanto, a alargar-se, centrando-se atualmente na ausência de recursos, considerados estes numa perspetiva multidimensional, ou seja, incluindo os de natureza económica, social, cultural, política e ambiental (Bruto da Costa, 2008). A pobreza pode ainda ser definida como um estado de privação resultante da insuficiência de recursos num determinado contexto discursivo e organizativo (Henriques, 2010).

1.1 - POBREZA INFANTIL

A vivência da pobreza por uma criança reveste-se de uma gravidade acrescida relativamente aos restantes grupos populacionais por potenciar efeitos a médio prazo que condicionam o seu bem-estar, estimulando a prossecução de trajetórias de pobreza e a perpetuação do ciclo familiar da pobreza (Bastos, 2011).

A elaboração deste trabalho seguiu a filosofia e os princípios orientadores da Convenção sobre os Direitos da Criança (CDC), segundo a qual “criança é todo o ser humano menor de 18 anos, salvo se, nos termos da lei que lhe for aplicável, atingir a maioridade mais cedo” (Art. 1º da CDC) e ainda o proposto pela Organização Mundial de Saúde que reconhece a adolescência como o período compreendido aproximadamente entre os 10 e os 19 anos (WHO, 1965). O INE considera como crianças dependentes todos os indivíduos com menos de 18 anos, assim como as pessoas entre os 18 e os 24 anos economicamente dependentes. Apesar dos adolescentes dos 10 aos 19 não se reverem na designação de criança, na abordagem da pobreza infantil utilizaremos as designações de “criança e adolescentes” quando nos referirmos a esta faixa etária.

O conceito de criança tem variado ao longo do tempo e a nível histórico verifica-se uma mudança muito significativa do ponto de vista do entendimento e das representações que existem em torno da criança mas é apenas no século XX que a criança surge como o centro de todas as atenções. Em 1959 a ONU (Organização das Nações Unidas) aprovou a "Declaração dos Direitos da Criança". Esta Declaração é composta por 10 artigos, muito simples, que dizem respeito àquilo que as crianças podem fazer e ao que as pessoas responsáveis (cuidadores) devem fazer para que estas sejam felizes e saudáveis. A Convenção sobre os Direitos da Criança foi adotada pela Assembleia-Geral das Nações Unidas a 20 de Novembro de 1989 e enuncia os principais direitos civis, políticos, económicos, sociais e culturais das crianças. A Convenção sobre os Direitos da Criança tem quatro pilares: a não discriminação, a salvaguarda do interesse superior da criança, o acesso a serviços básicos e à igualdade de oportunidades e o respeito pela opinião da criança.

No seu primeiro artigo (Definição de Criança) entende-se por criança “todo o ser humano com menos de 18 anos, salvo se, nos termos da lei que lhe for aplicável, atingir a maioridade mais cedo”. A Convenção defende uma conceção de criança como sujeito ativo e não apenas como recetor passivo da proteção dos adultos. Como qualquer outro grupo da sociedade, as

crianças devem receber das instituições uma resposta aos seus direitos, mas também devem cumprir com os seus deveres perante a sociedade. Esta definição de criança baseia-se na conceção de que a criança é um todo integral.

Apesar da existência de vários documentos internacionais que consagram os direitos das crianças verifica-se uma diferença muito grande entre as intenções descritas nesses tratados internacionais e as condições de pobreza, negligência, exploração e mau trato de que são vítimas milhões de crianças na vida real, à escala mundial, não escapando a esta situação os países desenvolvidos.

Importa ter uma perspetiva compreensiva da situação em relação à pobreza infantil e é importante considerar não só os indicadores económicos, mas importa adotar uma perspetiva multidimensional do bem-estar das crianças e dos seus direitos. Diferentes estudos identificam diferentes dimensões do bem-estar das crianças (Bastos e Nunes, 2007; Bastos *et al*, 2008; Bastos, Machado e Passos, 2011) e, considera-se, que a pobreza infantil corresponde a um estado de privação em diferentes áreas relacionadas com o agregado familiar, a educação, a saúde, a habitação e a inserção social. Trata-se de um conceito que traduz a multidimensionalidade do fenómeno (privação) por oposição à perspetiva unidimensional, centrada no rendimento.

Existem quatro razões principais que explicam por que razão o combate à pobreza infantil e à exclusão social deve ser tido em conta num contexto mais abrangente da promoção do bem-estar das crianças: Primeiro, para alcançar progresso a longo prazo-prazo é importante colocar o foco na prevenção, assim como, na diminuição da pobreza infantil e da exclusão social. Isto significa implementar políticas e programas que, tanto quanto possível, irão promover o bem-estar das crianças e prevenir que estas e as suas famílias caiam na pobreza e na exclusão social. Assim, destaca-se também a importância da prevenção para evitar que os problemas surjam mais tarde. Em segundo lugar, dar relevância ao bem-estar coloca os direitos e necessidades das crianças no centro das políticas. Reconhece-se assim que as crianças têm direitos e que protegê-los e assegurá-los é a melhor forma de garantir o seu bem-estar e evitar a pobreza infantil. Também assegura que as políticas desenvolvidas vão de encontro às necessidades das crianças e que garantem o seu bem-estar no futuro. Em terceiro lugar, colocar a ênfase no bem-estar assegura uma abordagem holística que reconhece que a prevenção e combate à pobreza infantil e à exclusão social é muito mais do que uma questão

de rendimento, mas também de suprir áreas como a educação, saúde, habitação, ambiente, lazer, desporto e cultura. Por último, o enfoque no bem-estar assegura que qualquer estratégia permanece centrada na criança o que coloca a ênfase no seu desenvolvimento, participação e capacitação (Bastos *et al*, 2008; EAPN, 2013).

De acordo com Jonathan Bradshaw et al (2006), o bem-estar infantil e a privação são lados opostos da mesma moeda. De acordo com uma perspetiva dos direitos das crianças, o bem-estar pode ser definido como a realização dos direitos e a concretização da oportunidade de toda a criança em ser aquilo que quer ser. O grau no qual é atingido pode ser medido em termos de resultados positivos, enquanto os resultados negativos e a privação refletem a negação dos direitos das crianças.

Os resultados das crianças não são estáticos, são o resultado da interação entre recursos e fatores de risco relativamente à situação pessoal das crianças, da sua família, amigos e situação na escola e restante sociedade. Estes fatores estão em constante mudança e as crianças criam o seu bem-estar de forma ativa, ao mediar estes diferentes fatores. As crianças mais novas são altamente dependentes de um ambiente acolhedor e amoroso e de recursos físicos e económicos. As crianças mais velhas desenvolvem as suas próprias estratégias para lidar com as necessidades no seu meio ambiente porque se tornam mais independentes da sua família ao interagir com outros sistemas sociais (escola, pares, etc.)

As consequências da pobreza infantil fazem-se sentir no curto prazo mas também perduram no médio e longo prazo. As deficientes condições de nutrição condicionam a saúde das crianças de meios mais desfavorecidos, não promovem o seu desenvolvimento e limitam o seu sucesso escolar. Com baixos níveis de escolaridade e de qualificação profissional estas crianças serão adultos com dificuldades de inserção no mercado de trabalho e com uma cidadania comprometida.

A pobreza infantil é um problema que a todos diz respeito. Porque significa custos monetários através das transferências sociais que lhe estão subjacentes e, custos sociais, resultantes dos problemas que lhes estão associados. A existência de crianças pobres traduz também um desaproveitamento de recursos e, em certa medida, um desinvestimento no potencial humano e, dessa forma, no futuro.

A Rede Europeia Anti Pobreza (EAPN) e a Eurochild Task Force, concordaram na seguinte definição de pobreza infantil: as crianças vivem em pobreza se os rendimentos e os recursos disponíveis para o seu crescimento são de tal forma inadequados que as excluem de ter uma qualidade de vida considerada aceitável na sociedade em que vivem, e não sejam capazes de assegurar o seu desenvolvimento e bem-estar social, emocional e físico. Porque crescem na pobreza, as crianças e respetivas famílias podem vivenciar desvantagens múltiplas como rendimentos baixos, habitação e ambiente pouco dignos, cuidados de saúde inadequados e obstáculos à educação. São excluídas e marginalizadas de atividades sociais, desportivas, recreativas e culturais que são comuns a outras crianças. O seu acesso aos direitos fundamentais pode ser restringido, podendo estas crianças experienciar discriminação e estigmatização, e as suas vozes não serem ouvidas (EAPN, 2013:8).

A pobreza nega às crianças o acesso aos seus direitos, tal como foram definidos pela Convenção dos Direitos da Criança das Nações Unidas (CDC). A Convenção define os direitos humanos básicos de todas as crianças onde quer que estejam: o direito à sobrevivência, ao seu pleno desenvolvimento, à proteção contra influências perigosas, abuso e exploração, e a participar plenamente na vida familiar a nível cultural e social. Os quatro princípios essenciais da Convenção são a não discriminação, a proteção do superior interesse da criança, o direito à vida, sobrevivência e desenvolvimento, e o respeito pela opinião da criança.

Pôr em prática os Direitos da Criança exige uma mudança na perceção das crianças, deixando de considerá-las como recipientes passivos de apoio, para as considerar como agentes ativos que têm uma grande influência no seu ambiente e relações. Todos os Estados-Membros são signatários da Convenção dos Direitos da Criança, sendo este um instrumento internacional legalmente vinculativo. Consequentemente, estão comprometidos a defender os direitos das crianças.

A multidimensionalidade da pobreza infantil, de acordo com a EAPN (2013), significa que pode afetar as crianças de diversas maneiras. Para uma criança, viver na pobreza pode significar: Não ter o suficiente para comer ou para uma dieta saudável; Não poder comprar roupa nova ou calçado decente; Não ter os bens que as outras crianças do seu país tomam como garantidos, como livros e outros materiais escolares ou objetos de lazer como bicicletas ou skates; Habitar numa casa pobre e sobrelotada; partilhando o quarto e vivendo num espaço

exíguo; Viver com aquecimento inadequado e numa casa sem condições de habitabilidade; Não ter um lugar tranquilo e com espaço e iluminação suficientes para fazer os trabalhos de casa; Não ter condições para pagar cuidados de saúde adequados, infantários de qualidade, frequentar uma boa escola ou ter ajuda quando necessário; Ter poucas possibilidades de brincar em parques decentes e não vandalizados, de participar em desportos e atividades recreativas/culturais; Não ter opinião em decisões que afetam o seu quotidiano (EAPN, 2013:12).

A principal fonte de dados estatísticos da UE para avaliar e monitorar a pobreza infantil e o bem-estar são as Estatísticas sobre rendimento e condições de vida na União Europeia (EU-SILC) tratando-se, na maioria dos países, de um inquérito longitudinal rotativo durante 4 anos (isto é, as pessoas são observadas ao longo de 4 anos). Um módulo sobre a privação material das crianças foi incluído no exercício de 2009 das EU-SILC, que recolheu esse tipo de informações. Este módulo revelou ser extremamente útil e é essencial que este tipo de questões específicas, sobre as crianças, sejam regularmente acrescentadas nos exercícios estatísticos futuros dos EU-SILC.

O módulo sobre a privação material das crianças reporta: 1) Dificuldades económicas referidas pela população com 16 ou mais anos, *sem possibilidade de substituição de roupa usada por alguma roupa nova ; sem dois pares de sapatos de tamanho adequado; sem possibilidade de encontrar-se com amigos/familiares para uma bebida /refeição pelo menos uma vez por mês; sem possibilidade de participar regularmente numa atividade de lazer; sem possibilidade de gastar semanalmente uma pequena quantidade de dinheiro consigo próprio,* 2) Dificuldades económicas relativas a necessidades básicas das crianças, *sem uma refeição de carne, frango ou peixe (ou equivalente vegetariano) pelo menos uma vez por dia; sem fruta e legumes pelo menos uma vez por dia; sem alguma roupa nova; sem dois pares de sapatos de tamanho adequado; sem possibilidade de ir de férias fora de casa pelo menos uma semana por ano* 3) Dificuldades económicas relativas a necessidades educativas e de lazer das crianças, *sem livros em casa adequados à faixa etária; sem espaço apropriado para estudar e fazer os trabalhos de casa; sem possibilidade de participar em viagens escolares e eventos escolares não gratuitos; sem possibilidade de realizar atividade extracurricular ou de lazer regular; sem possibilidade de celebrações em ocasiões especiais; sem possibilidade de convidar de vez em quando amigos para brincarem ou comerem juntos* e, 4) Distribuição das crianças por número de dificuldades económicas, *de 0 itens a 5 ou + itens* (INE, 2014).

De acordo com este módulo, 20,5 % da população com mais de 15 anos referiu em 2013 não ter possibilidade de substituir a roupa usada por alguma roupa nova por dificuldades económicas, registando-se um aumento de 3,4 p.p. face a 2009 (17,2%). Sobre a impossibilidade de satisfação de necessidades básicas, educativas e de lazer das crianças (de 1 a 15 anos) devido a dificuldades económicas, 24,0% das crianças não participavam numa atividade extracurricular ou de lazer de forma regular (natação, música, aprendizagem de línguas, organizações de juventude, etc.), face a 27,3% em 2009. A consideração simultânea dos 18 itens de privação que afetam as crianças (13 itens específicos para as crianças e 5 itens⁵ relativos aos agregados familiares a que pertencem), permite uma perspetiva da severidade da privação material infantil. A falta de pelo menos três itens afetava 45,7% das crianças, e a falta de pelo menos cinco itens atingia 27,3% (INE, 2014).

De acordo com o Relatório da Unicef “As Crianças e a Crise em Portugal” (2013), 27% das crianças da Europa a 27 encontravam-se em risco de pobreza ou exclusão social em 2011. Em Portugal, este número ascendeu a 28,6%. No âmbito da Estratégia Europeia 2020, foi definido como indicador social o *Risco de Pobreza ou Exclusão Social* (RPES). Este indicador constitui-se enquanto medida dos objetivos e das metas comunitárias e possibilita uma avaliação multidimensional da pobreza e exclusão social na Europa e nos seus Estados-membros.

Considera-se que um indivíduo está em RPES quando se encontra, pelo menos, em uma das seguintes situações de carência: *Pobreza monetária*: refere-se concretamente à percentagem de pessoas que, numa dada população, vive com rendimentos abaixo de um determinado valor mínimo definido. Esse valor designa-se por limiar de pobreza e corresponde a 60% do rendimento mediano. *Baixa intensidade do trabalho na família*: corresponde à proporção da população que num dado ano despendeu um reduzido número de horas a trabalhar profissionalmente. As estatísticas revelam que quanto menor a intensidade de trabalho, maior o risco de pobreza. *Privação material severa*: refere-se à proporção da população que revela incapacidade financeira para fazer face a despesas ou para adquirir quatro ou mais dos nove itens de bens definidos a nível europeu (Unicef, 2013).

A análise dos indicadores de pobreza monetária, baixa intensidade do trabalho na família e privação material severa evidenciada no Relatório *As Crianças e a Crise em Portugal Vozes*

de Crianças, Políticas Públicas e Indicadores Sociais (2013), revela-nos situações preocupantes de vulnerabilidade das crianças. De acordo com o informado por este Relatório:

Em Portugal, dados de 2011, indicam que 20,5% das famílias *com crianças* se encontravam em risco de pobreza. Esta proporção é superior em cerca de 5% à percentagem de risco de pobreza de famílias *sem crianças*. Desde o início da crise, o fosso entre estes dois tipos de agregado familiar tem vindo a aumentar. Quando se estima o risco de pobreza antes de quaisquer transferências sociais (i.e. considerando o rendimento disponível das famílias antes do pagamento de subsídios, pensões e abonos do Estado às famílias), a percentagem de crianças em situação de vulnerabilidade económica ascende a 33%. Nesse sentido, os apoios concedidos no âmbito da segurança social contribuem para reduzir a pobreza infantil em 11%.

Os dados mostram também que as famílias numerosas (com três ou mais crianças) e as famílias monoparentais (pai ou mãe só com filho/s) são os agregados com maior risco de pobreza – 30,7% e 41,2% respetivamente. Já as famílias com dois adultos e uma ou duas crianças – as mais frequentes em Portugal – registaram em 2011 uma taxa de risco de pobreza de 16,2% e 17,1% respetivamente (EU-SILC, 2012 in UNICEF, 2013). Estes dados merecem particular atenção uma vez que, apesar de diminuir o número de famílias numerosas, está a aumentar o número de famílias monoparentais em Portugal desde 2001, sendo estas na sua maioria do tipo monoparental feminino (cerca de 80%; OFAP, 2013 in UNICEF, 2013).

Em 2014, 22,2% dos agregados familiares com crianças dependentes estava em risco de pobreza. Dentro dos agregados familiares com crianças dependentes continuam a ser as famílias monoparentais (um adulto com pelo menos uma criança) e as famílias numerosas (dois adultos com três ou mais crianças) as que apresentam taxas mais elevadas de risco de pobreza. É importante referir que nas famílias monoparentais registou-se um pico de pobreza (38,4%) em 2013 (EAPN, Portugal, 2016).

Relativamente à condição perante o trabalho o maior risco de pobreza está associado a famílias monoparentais em que a figura parental está desempregada (90,2%; OECD, 2011). De salientar, todavia, que a pobreza não deixou de atingir também 9,9% da população que tem emprego, o que é ilustrativo do nível baixo de rendimentos auferidos por uma parte significativa da população portuguesa (EU-SILC, 2006-2012 in UNICEF, 2013). Nas famílias de casais com filhos em que um dos adultos está desempregado, o risco de pobreza é superior

a um terço (34,3%). Quando ambos os adultos estão desempregados, o risco de pobreza atinge 53,2%, ou seja, mais de metade desses agregados (OECD, 2011).

As privações das famílias, no que respeita a um conjunto de bens devem ser analisadas a partir do indicador de privação material. A nível europeu foram definidos *nove itens* relativamente aos quais se calcula a taxa de privação material dos agregados familiares no que se refere à incapacidade destes para: pagar um empréstimo, renda, contas, no prazo previsto; pagar uma semana de férias fora de casa uma vez por ano; ter uma refeição de carne, frango ou peixe (ou equivalente vegetariano) a cada dois dias; fazer face a despesas imprevistas sem recorrer a empréstimo; ter telefone em casa; ter televisão a cores em casa; ter máquina de lavar roupa em casa; ter um carro no agregado familiar; manter a casa adequadamente aquecida. Considera-se que um indivíduo está em *privação material* quando não tem acesso a três ou mais itens. Quando não tem acesso a quatro ou mais itens considera-se que está em *privação material severa* (Eurostat /INE).

Entre os grupos etários mais afetados pela privação material, surgem as crianças em primeiro lugar com uma taxa superior à da população em geral (25,2% e 20,9%, respetivamente). Estes dados do Eurostat evidenciam a situação de vulnerabilidade a que mais de um quarto das crianças está sujeita em Portugal. A privação material severa afeta particularmente as famílias com níveis de rendimento mais baixos (UNICEF, 2013:18).

Em síntese, podemos observar que, de acordo com o Relatório Unicef (2013), esta análise dos indicadores de pobreza monetária, baixa intensidade do trabalho na família e privação material severa, revela situações preocupantes de vulnerabilidade das crianças. Estas situações concentram-se maioritariamente nas famílias monoparentais e nas famílias numerosas, em situações de desemprego, baixa intensidade de trabalho, baixos rendimentos e/ ou baixos níveis de escolaridade.

Como manifestado no Relatório “Investir nas crianças para quebrar o ciclo vicioso da desigualdade” (2013) e atendendo à situação da pobreza infantil em Portugal, vale a pena lembrar as recomendações da Comissão Europeia relativamente à pobreza infantil, nomeadamente no que se refere a um dos princípios horizontais que devem guiar as políticas dos Estados-Membros: “Manter um equilíbrio adequado entre medidas universais, que visem promover o bem-estar de todas as crianças, e medidas específicas, destinadas a apoiar as mais desfavorecidas” (CE, 2013).

Vários estudos têm demonstrado que fatores adversos como a pobreza, as desigualdades, e, até, as crises económicas e financeiras como a que Portugal atravessou nos anos 2009-2014, exercem influências negativas na saúde e nos comportamentos na população adulta. Contudo, e apesar de haver fortes razões para se pensar que as famílias e as suas circunstâncias socioeconómicas influenciam tanto o bem-estar dos pais como o dos seus filhos, a verdade é que estudos sobre os potenciais efeitos da recessão na saúde dos adolescentes são ainda escassos. A UNICEF (2013) alerta que em Portugal existe um elevado risco de consequências ao nível da saúde dos adolescentes a médio e longo prazo, sobretudo devido aos níveis elevados de pobreza infantil resultante do desemprego e das privações socioeconómicas nas famílias.

Uma investigação conduzida pela equipa da Aventura Social (Matos *et al*, 2015) com o objetivo de compreender a evolução dos comportamentos de saúde e de risco dos adolescentes portugueses desde 1998 a 2014, com especial foco no período desde 2010, que coincide com o início da crise económica e financeira em Portugal, trouxe resultados que permitem observar que existem comportamentos e fatores com uma evolução negativa quando comparados com estudos HBSC anteriores.

De acordo com este estudo tem vindo a aumentar o número de jovens que refere ir para a escola ou para a cama com fome por não haver comida suficiente. Neste estudo evidencia-se também que, desde 2010, tem havido um aumento de jovens que referem ter, quase todos os dias, dores de cabeça, dores de estômago, sentem cansaço, exaustão, sentem-se nervosos e que têm medo, estes sintomas poderão estar relacionados com as preocupações provenientes das dificuldades financeiras sentidas na família e, contribuir, para um aumento de queixas de saúde psicológica dos adolescentes em Portugal. Observa-se igualmente, comparando os resultados do HBSC 2010 e HBSC 2014 que há uma diminuição da expectativa futura de prosseguir os estudos (ingresso no ensino universitário) e uma diminuição do gosto pela escola. A saúde física dos adolescentes tem vindo a melhorar em Portugal como em toda a Europa, no entanto, em 2014, se o declínio na saúde física dos adolescentes ainda não foi muito acentuado, pelo contrário registam-se já vários sinais de aumento do mal-estar psicológico.

A Rede Europeia Anti-Pobreza (EAPN) e, em particular, a EAPN Portugal (2017), procura acompanhar a situação da pobreza na sua dimensionalidade, quer em termos das

problemáticas que lhe estão associadas, quer em termos dos grupos mais afetados como a situação das crianças que vivem em situação de pobreza. Apesar das crianças estarem integradas em agregados familiares também desfavorecidos (as crianças “não são pobres sozinhas”) existem aspetos inerentes ao seu *bem-estar* que precisam de ser destacados e intervencionados para isso a EAPN Portugal (2017), recomenda, “a necessidade de elaboração de um diagnóstico sólido e atualizado das condições de vida das crianças (...) a criação de uma estratégia nacional de erradicação da pobreza e da exclusão social em geral e à pobreza infantil e exclusão social em particular; uma abordagem clara, integradora e coordenada da intervenção para o desenvolvimento de políticas e programas que garantam o superior interesse das crianças (...) e a obrigatoriedade, para fins de financiamento, da participação das crianças no momento de desenho e avaliação de projetos”. De salientar a importância política e simbólica da Recomendação da Comissão Europeia (2013): “*Investing in children: breaking the cycle of disadvantage*” e que permanece sem uma aplicação prática no nosso país e pela qual a EAPN Portugal se debate nos vários documentos de tomada de posição que tem vindo a produzir sobre esta matéria.

2 - DESIGUALDADES

Flagelo igualmente marcante é o das desigualdades. Therborn (2006) sublinha, com particular ênfase, a pluralidade de desigualdades que caracteriza a configuração da sociedade contemporânea crescentemente globalizada. Identifica três grandes conjuntos principais de dimensões de desigualdade no mundo atual, que designa por “desigualdades vitais”, “desigualdades existenciais” e “desigualdades de recursos”. O conceito de desigualdades vitais abrange as desigualdades perante a vida, a morte e a saúde. Indicadores como a esperança de vida à nascença ou a taxa de mortalidade infantil são alguns dos mais utilizados neste domínio, nomeadamente, para analisar comparativamente desigualdades entre as populações dos diversos países ou para analisar evoluções no tempo dessas desigualdades vitais. Incluem-se também, neste conjunto, desigualdades como as relativas à prevalência de certas doenças, ou à vulnerabilidade a elas, e aos recursos de saúde disponíveis para as prevenir e enfrentar, ou as relativas à ocorrência de certas deficiências e às respostas sociais que lhes são dadas (Costa, 2012:10).

Costa (2012), citando Therborn (2006), afirma que as desigualdades existenciais reportam-se ao “desigual reconhecimento dos indivíduos humanos enquanto pessoas”. Mais concretamente, focam desigualdades de liberdade, direitos, reconhecimento e respeito de que os indivíduos e grupos podem usufruir em sociedade, por oposição às opressões e restrições de liberdade, às discriminações, estigmatizações e humilhações. Fenómenos como a escravatura ou o racismo são algumas das manifestações mais conhecidas das desigualdades existenciais na história das sociedades.

As desigualdades de recursos têm sido, mais frequentemente do que as anteriores, objeto de análise por parte da sociologia e de outras ciências sociais. Em sentido lato, incluem dimensões como as desigualdades de rendimentos e de riqueza, de escolaridade e de qualificação profissional, de competências cognitivas e culturais, de posição hierárquica nas organizações e de acesso a redes sociais.

Já as desigualdades em saúde dizem respeito à existência de diferenças no estado de saúde e nos respetivos determinantes entre diferentes grupos da população. Algumas são inevitáveis, não sendo possível alterar as condições que as determinam. Outras, porém, afiguram-se desnecessárias e evitáveis, configurando injustiças relativas, socialmente geradas e mantidas,

que traduzem verdadeiras iniquidades em saúde; torna-se, por isso, mandatário, no plano ético, tomar medidas que as permitam reparar (PNS, 2012-2016; Furtado e Pereira, 2010).

Numa publicação encomendada ao abrigo do Programa da União Europeia para o Emprego e a Solidariedade Social – PROGRESS (2007-2013), “Reduzir as desigualdades no domínio da saúde na União Europeia”, podemos observar que para além das diferenças entre Estados-Membros da União Europeia, também se verifica que o estado de saúde das pessoas varia com o seu estatuto social. As pessoas com menos habilitações, menos qualificadas ou com menores rendimentos, bem como algumas minorias étnicas em muitos Estados-Membros, tendem a morrer mais jovens e registam uma maior prevalência da maioria dos problemas de saúde. Além disso, a mortalidade infantil é mais elevada nos grupos socioeconómicos mais baixos. Também se verificam enormes diferenças entre Estados-Membros no que se refere à mortalidade infantil, à mortalidade prematura, à mortalidade evitável e quanto a medidas de saúde mais subjetivas, como a auto-perceção do estado de saúde geral (CE, 2010:8).

As desigualdades socioeconómicas estão associadas a determinantes sociais, tais como: o nível socioeconómico e o educacional, estilos de vida e acesso aos cuidados de saúde. Indivíduos com rendimentos mais baixos, ou seja, pertencentes a classes sociais mais desfavorecidas, têm menores probabilidades de realizarem os seus objetivos individuais em saúde, têm uma maior probabilidade de morrer mais cedo e apresentam níveis mais elevados de mortalidade e morbidade do que os indivíduos com rendimentos mais altos (Wagstaff, 2002).

A falta de saúde está frequentemente associada a elevados custos nos cuidados de saúde. Os países em desenvolvimento e os indivíduos com baixos rendimentos, pertencentes a classes sociais mais desfavorecidas, os pobres, sofrem de uma multiplicidade de privações que se traduzem em elevados níveis de problemas de saúde. Assim sendo, a pobreza gera problemas de saúde, e problemas de saúde mantêm a pobreza, originando um ciclo vicioso.

Do ponto de vista das consequências das desigualdades nos países mais desenvolvidos Richard Wilkinson e Kate Pickett, num estudo recente que se tornou referência obrigatória, *The Spirit Level* (2009), demonstram de maneira convincente, recorrendo a uma panóplia alargada de indicadores, que a gravidade relativa de todo um conjunto de problemas sociais tende a estar relacionada, não tanto com os diferentes *níveis de rendimentos* desses países, mas sobretudo com os diferentes *graus de desigualdade* nas distribuições de rendimentos

prevalecentes em cada um deles. Essas consequências das desigualdades encontram-se em domínios tão diversos como os da esperança de vida, da mortalidade infantil, da obesidade, das doenças mentais, da toxicod dependência e do alcoolismo, da gravidez na adolescência, do desempenho educativo das crianças, dos homicídios, das taxas de encarceramento, da mobilidade social ou dos níveis de confiança manifestados pelas populações.

Nas últimas décadas, observa-se um extraordinário avanço no estudo das relações entre a maneira como se organiza e se desenvolve uma determinada sociedade e a situação de saúde da sua população (Almeida-Filho, 2002). Esse avanço é particularmente marcante no estudo das iniquidades em saúde, ou seja, daquelas desigualdades de saúde entre grupos populacionais que, além de sistemáticas e relevantes, são também evitáveis, injustas e desnecessárias (Whitehead, 2000 *in* Buss e Filho, 2007).

Segundo Nancy Adler (2006) referida pelos mesmos autores, podemos identificar três gerações de estudos sobre as iniquidades em saúde. A primeira geração dedicou-se a descrever as relações entre pobreza e saúde; a segunda, a descrever os gradientes de saúde de acordo com vários critérios de estratificação socioeconómica; e a terceira e atual geração está dedicada principalmente aos estudos dos mecanismos de produção das iniquidades.

As desigualdades em saúde, entendidas como uma questão de injustiça social, têm conhecido uma tendência de aumento a nível mundial. Há diferenças na esperança de vida entre países, superiores a 30 anos (WHO, 2008); dentro de cada país há também diferenças dramáticas, com os pobres e os residentes em áreas pobres a apresentarem pior saúde e níveis mais elevados de doença e morte prematura (Nogueira, 2008). Mesmo nos países mais desenvolvidos, de elevado rendimento, a saúde apresenta um gradiente social: quanto mais baixo é o estatuto socioeconómico, pior é a saúde (Marmot, 2004). Para além deste gradiente social, verifica-se que os resultados em saúde são piores nas áreas mais pobres (Sundquist, Malmstrom, e Johansson, 2004; Macintyre, McKay e Ellaway, 2005), mesmo quando se controla a variabilidade de nível individual. As diferenças não podem, pois, ser atribuídas unicamente às variáveis individuais, ou ao efeito agregado dessas variáveis; elas resultam necessariamente de uma diferença ambiental (Nogueira, 2008).

Quando as doenças infecciosas deixaram de ser as causas predominantes da mortalidade, o mundo industrializado sofreu uma viragem conhecida como a “transição epidemiológica” e doenças crónicas substituíram as infeções como as causas principais de doença e mortalidade

(Wilkinson e Pickett, 2009:104). A par da pobreza e da exclusão as doenças crónicas constituem, atualmente, na Europa, a primeira causa de peso da doença expresso em anos de vida ajustados para a incapacidade (DALYs). De acordo com dados da OMS, em 2002, estas doenças foram responsáveis por 77% do total do peso da doença expresso em DALYs.

Na etiologia destas doenças, encontra-se um conjunto complexo de fatores determinantes de saúde, relacionados com os aspetos sociais, com os estilos de vida e o meio ambiente. Estas doenças e disfunções são causadas por uma alimentação inadequada, excesso de consumo de álcool, má condução, consumo de drogas, *stress* pessoal, poluição do ar e do ambiente e estilo de vida sedentário (DGS, 2004).

Segundo a OMS (2002), a promoção de estilos de vida saudáveis, ao longo do ciclo de vida, com especial enfoque no consumo de tabaco, na alimentação, no consumo de álcool, na atividade física e na gestão do stress, é atualmente a estratégia mais custo-efetiva e sustentável para prevenir a maioria das doenças crónicas. No entanto, o aumento da morbidade e mortalidade nos grupos socioeconómicos mais desfavorecidos sugere que, uma abordagem individual à mudança de comportamentos associados à saúde é, com toda a probabilidade, apenas parcialmente efetiva se se descurar o forte impacto dos determinantes sociais e económicos na saúde das populações (Mackenbach, 2000).

A correlação entre doença e desigualdades sociais continua bem presente nos dias de hoje, por todo o mundo e na Europa, nomeadamente, onde existem grandes variações e desigualdades no estado de saúde entre as populações dos diferentes países, e entre os diferentes grupos da população em cada país (Wilkinson, 1996). Há uma grande riqueza de dados (Marmot et al.; 1991, Wilkinson, 1996) que documentam o tipo e quantidade de desigualdades em saúde, mas há pouca evidência empírica para a redução dessas desigualdades (Machenbach & Bakker, 2002 Whitehead & Dahlgren, 2006). A monitorização das desigualdades em saúde, que em décadas anteriores se restringia às taxas de mortalidade, amplia o espectro temático para incluir o perfil de morbidade e, em particular, a prevalência de fatores de risco de doenças crónicas.

A literatura acumula evidência sobre a relação entre pobreza e doença crónica e os fatores de risco que lhe estão associados. Há estudos que relacionam a pobreza com a elevada incidência de cancro, asma, doença coronária, depressão na adolescência e obesidade (Andersen, Sorlie, Bachhund, Johnson & Kaplan, 1997; Goodman, Slap & Huang, 2003; Gorey & Vena, 1995,

Roux et al, 2001; Smith, Hatcher & Wertheimer, 2002). Fiscella (1999) constatou que famílias com baixos recursos económicos evidenciavam uma má condição de saúde, maiores níveis de *stress* psicológico, obesidade e ausência de controlo da tensão arterial. Há ainda evidência de que, pessoas com baixo estatuto socioeconómico apresentam mais comportamentos de risco do que os economicamente mais favorecidos e, de que, fatores de risco como a obesidade e o consumo de tabaco, são mais prevalentes entre indivíduos com baixo estatuto socioeconómico.

Um conjunto de fatores comportamentais, ambientais e sociais têm contribuído para o aumento das taxas de excesso de peso e obesidade em países industrializados, incluindo a ampla disponibilidade de alimentos altamente energéticos, o aumento da inatividade física e as desigualdades sociais. O excesso de peso e a obesidade tendem a afetar todos os grupos sociais. No entanto Sassi et al (2009), sugere, que a obesidade tende a ser mais comum nos grupos socioeconómicos mais desfavorecidos e, especialmente, entre as mulheres, além de que existe uma relação entre o número de anos de escolaridade e a obesidade, com as pessoas com mais anos de escolaridade a apresentarem taxas mais baixas. A obesidade parece apresentar um forte carácter social e económico.

De facto, e de acordo com o divulgado pela Direção Geral da Saúde na Plataforma contra a Obesidade, observam-se diferenças significativas na prevalência da obesidade quer entre diferentes países de acordo com o seu desenvolvimento económico, quer entre os diferentes grupos socioeconómicos de um mesmo país, registando-se uma maior proporção de obesidade nos grupos populacionais socioeconomicamente mais desfavorecidos. Na Europa, os resultados dos estudos evidenciam que cerca de 20-25% da obesidade encontrada nos homens e cerca de 40-45% da obesidade encontrada nas mulheres pode ser atribuída às diferenças no estatuto socioeconómico (DGS, Plataforma contra a Obesidade). Destaca-se assim o facto deste gradiente socioeconómico na prevalência da obesidade apresentar resultados mais consistentes para os indivíduos do sexo feminino.

Também para as crianças, embora em menor escala, alguns estudos têm mostrado uma relação inversa entre a prevalência da obesidade e o estatuto socioeconómico. Um estudo norte-americano verificou que, entre 2003 e 2007, a prevalência da obesidade aumentou de 23% para 33% e a prevalência de pré-obesidade aumentou de 13% para 15% em crianças cujos pais possuíam baixo nível educacional e um baixo rendimento, não se tendo verificado

durante o mesmo período aumentos significativos nas prevalências de pré-obesidade/obesidade para crianças pertencentes a um maior nível socioeconómico (DGS, Plataforma contra a Obesidade). Neste sentido, reconhece-se ainda, que na última década o aumento da prevalência da obesidade foi mais significativo nos grupos populacionais mais desfavorecidos.

O padrão alimentar dos grupos populacionais de menor estatuto socioeconómico parece ser um importante mediador na associação existente entre as desigualdades sociais e a obesidade. O estatuto socioeconómico bem como o preço da alimentação são dois importantes fatores que influenciam o consumo alimentar, especialmente em indivíduos de baixo estatuto socioeconómico. Os grupos populacionais de nível socioeconómico mais baixo têm sido considerados como grupos de risco para possuírem uma alimentação inadequada. De facto, tem sido demonstrada a existência de uma associação entre o nível socioeconómico e o consumo alimentar, estando descrito de uma forma geral que os grupos socioeconómicos mais desfavorecidos apresentam um padrão alimentar pouco consistente com as recomendações para uma alimentação saudável (DGS, Plataforma contra a Obesidade).

Diversos estudos, sugerem que o consumo de cereais completos, carnes magras, peixe, lacticínios magros e hortofrutícolas está associado a grupos populacionais de nível socioeconómico mais elevado, enquanto o consumo de carnes com maior teor de gordura, cereais refinados e gorduras de adição está associado a grupos socioeconomicamente mais desfavorecidos. Por outro lado, grupos de indivíduos com elevado estatuto socioeconómico apresentam uma ingestão superior de vitaminas, minerais e fibra (DGS, Plataforma contra a Obesidade).

Wilkinson e Pickett (2009) sugerem que o *stress* associado aos diferentes níveis socioeconómicos, como o *stress* crónico experimentado por indivíduos em situação de pobreza, pode influenciar o aumento da obesidade infantil, podendo levar a um estilo de vida sedentário, à ingestão de alimentos em excesso e pouco saudáveis, tais como hidratos de carbono de absorção imediata. Por este motivo, a acumulação do *stress* pode induzir a comportamentos que favoreçam a obesidade infantil. A evidência de que esta doença está fortemente associada à pobreza e a níveis de escolaridade baixos fazem com que as populações com estas características sejam uma prioridade nos esforços para enfrentar a obesidade infantil (Loureiro e Freudenberg, 2012).

Em Portugal, a informação disponível sobre o consumo alimentar de populações vulneráveis é escassa. Porém, um estudo realizado em 2004, verificou que os grupos de indivíduos com nível educacional mais elevado consomem com mais frequência fruta, hortícolas, leite e peixe e menos vinho e refrigerantes, quando comparadas com outros com menor nível educacional (DGS, Plataforma contra a Obesidade).

A evidência de que a prevalência da obesidade, bem como o consumo alimentar é afetado por questões socioeconómicas pode contribuir para as desigualdades existentes ao nível da saúde. O desenvolvimento de políticas/programas de intervenção eficazes na prevenção e controlo da obesidade devem ter em linha de conta a redução das desigualdades sociais. Neste contexto a modificação dos determinantes ambientais para a promoção de estilos de vida saudáveis deverá ser o objetivo central. É importante que a responsabilidade da obesidade não seja encarada apenas como uma responsabilidade individual, nomeadamente quando se pretende obter resultados nos indivíduos em situação de vulnerabilidade social, que muito particularmente podem apresentar fatores de ordem estrutural, social, organizacional e económica que impossibilitam a adoção de um estilo de vida saudável (PNS, 2012-2016).

Na maioria dos países, os grupos socioeconomicamente mais desfavorecidos e aqueles que vivem em comunidades pobres ou marginalizados têm um risco maior de morrer de doenças crónicas não transmissíveis do que os grupos e comunidades mais favorecidas (Di Cezare *et al*, 2013). As taxas de tabagismo, pressão arterial, e vários outros fatores de risco de doenças crónicas são muitas vezes maiores nos grupos de estatuto socioeconómico mais baixo do que nos de estatuto socioeconómico elevado; o gradiente social também depende do estado de desenvolvimento económico, fatores culturais e as políticas sociais e de saúde do país.

No que respeita aos fatores de risco as desigualdades sociais correspondem a mais de metade das desigualdades nas principais doenças crónicas não transmissíveis, especialmente nos casos da doença cardiovascular e do cancro do pulmão (Di Cezare *et al*, 2013). Nos países onde as pessoas auferem baixos rendimentos e têm um baixo nível socioeconómico também têm pior acesso a cuidados de saúde para diagnóstico e tratamento das doenças não transmissíveis do que nos países com melhor nível socioeconómico.

Ainda segundo Di Cezare *et al*, (2013) a redução das doenças crónicas não transmissíveis em grupos desfavorecidos é urgente por forma a reduzir o peso total de doenças crónicas. Como já referido para a obesidade o desenvolvimento de políticas/programas de intervenção eficazes

na prevenção e controlo da doença crónica devem ter em linha de conta a redução das desigualdades sociais: maior equidade no acesso a programas de saúde e de desenvolvimento materno-infantil e à educação; remoção de barreiras para garantir o emprego aos grupos mais desfavorecidos; estratégias globais de controlo dos consumos de tabaco e álcool e de redução de sal na dieta visando os grupos mais desfavorecidos; cuidados universais, financeira e fisicamente acessíveis, cuidados primários de alta qualidade com intervenções efetivas de promoção da saúde, de prevenção da doença, de deteção precoce, de referenciação, encaminhamento e tratamento.

No que respeita à tomada de decisão a evidência torna claro que pessoas de baixo estatuto socioeconómico raramente influenciam os processos de tomada de decisão em saúde (Van den Broucke S., Hennion W., Vernailen N.; 2006). Outros estudos documentam a prevalência de fumadores nos segmentos de baixo estatuto socioeconómico e escolaridade (Ministério da Saúde, Brasil 2002) e, em especial, nos grupos mais excluídos e marginalizados. São os segmentos de mais baixo estatuto socioeconómico que também concentram maiores prevalências de sedentarismo em contexto de lazer (Yancey AK et al, 2004 e Zaitune et al, 2007) de uso abusivo ou dependência do álcool (Mendoza e Beria, 2003), de maior ocorrência de obesidade (Popkin, 2002) e de dietas de pior qualidade (Fisberg et al, 2006). Estudos de morbilidade já referida apontam as maiores prevalências nos grupos de menor escolaridade ou rendimento (Cesar et al, 2005; Ministério da Saúde, Brasil, 2002; Theme-Filha et al 2005; Barros et al, 2006).

Os grupos socioeconomicamente mais desfavorecidos da população são os que apresentam maior vulnerabilidade à maioria dos comportamentos não saudáveis (Barros, 2008). É reconhecido que uma fração substantiva das diferenças sociais em morbilidade e mortalidade decorrem das diferenças no padrão de comportamentos relacionados com a saúde (Wilkinson, 1996). Os estudos apontam que os grupos de melhor nível socioeconómico, vêm adotando mais rapidamente estilos de vida mais saudáveis pelas condições materiais de vida que usufruem, e pelo maior acesso à informação e aos cuidados de saúde, situação que tende a resultar em ampliação das desigualdades sociais na morbilidade.

Em Portugal, segundo o Plano Nacional de Saúde (PNS, 2012-2016) no que toca às desigualdades de género, as mulheres apresentam maior esperança de vida ao nascer e metade dos anos de vida potencial perdidos (WHO, 2010b), com menor mortalidade precoce por

doença isquémica cardíaca e AVC, mas pior esperança de vida saudável (Eurostat, 2010); relativamente a causas evitáveis, os homens apresentam maior mortalidade por acidentes de trabalho, acidente de trânsito com veículos motor, doenças relacionadas com o álcool (Santana P., 2009) e por suicídio. No que diz respeito a fatores de risco, a obesidade é mais prevalente nas mulheres e o tabagismo nos homens.

Quanto às desigualdades regionais, verifica-se menor esperança de vida em idades jovens e regiões menos habitadas e rurais do Alentejo e Algarve, regiões com taxas de mortalidade precoce específicas mais elevadas para o suicídio, a doença isquémica cardíaca e os acidentes de viação. São mais frequentes os internamentos por diabetes na região do Alentejo, e menos frequentes no Algarve; e mais frequentes os internamentos por causas atribuíveis ao álcool no Norte e menos no Alentejo. O baixo peso à nascença e a taxa de mortalidade infantil são mais elevadas no Alentejo e mais baixas no Centro. Relativamente ao acesso, os concelhos do interior e o sul do país são os mais envelhecidos e, simultaneamente com os locais de residência mais afastados dos serviços de saúde, sobretudo dos serviços de especialidade.

No que respeita às desigualdades socioeconómicas, observa-se impacto no acesso, com os grupos de nível socioeconómico mais elevado e com maior escolaridade tendo melhor acesso a consultas de especialidade, nomeadamente medicina dentária e cardiologia (Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, 2006).

Relativamente às desigualdades em grupos vulneráveis, observa-se que as famílias imigrantes têm piores indicadores de saúde por múltiplas barreiras, nomeadamente estruturais, organizativas, económicas, culturais e linguísticas. Há ainda evidência de discriminação, desigualdades quanto ao género (Dias SF, Severo M, Barros H, 2008) e de maior mortalidade perinatal e infantil nos filhos de imigrantes, assim como mais patologia materna na gravidez (Machado MC et al., 2007).

Ainda em Portugal, de acordo com o Plano Nacional de Saúde (PNS, 2004-2010), as últimas três décadas foram de significativos ganhos em saúde mas também se acentuaram os problemas de saúde associados à pobreza e à exclusão social. Por conotação a uma maior falta de recursos e condições de vida mais difíceis, a pobreza e a exclusão social estão também associadas a uma maior prevalência de estilos de vida menos saudáveis, com um acesso mais difícil a cuidados de saúde e medicamentos. Por outro lado, estes problemas relacionados com

a saúde tendem a agravar situações socioeconómicas de carência, acentuando a pobreza e a exclusão social.

Há evidência significativa, em diversos países da Europa, de que existem estratégias eficazes na redução das desigualdades em saúde e na diminuição do peso das doenças associadas à pobreza e à exclusão social. Destas estratégias realça-se uma abordagem territorial, que complementaria a abordagem por *settings*. Ela poderia ter um impacto significativo na *melhoria do acesso aos serviços de saúde das populações desfavorecidas e concentradas territorialmente* (PNS, 2004-2010:43).

É uma evidência que a relação entre a pobreza e a saúde, quer no que se refere às condições experienciadas pelos indivíduos, quer na dimensão de acesso a serviços de saúde, se caracteriza por condições mais deficitárias entre a população pobre. Tal implicação é ainda potencialmente mais gravosa quanto sabemos como essa relação pode ser sinérgica, no sentido em que não só a situação de pobreza afeta negativamente a relação com a saúde como também que uma saúde deficitária pode influir negativamente na condição económica dos indivíduos. Mais, ao situar-se na esfera dos acessos, tal situação não poderá deixar de configurar uma situação de exclusão social, quanto mais não seja, ao nível institucional do acesso a uma dimensão fundamental como é a da saúde (Bruto da Costa, 2008).

Determinantes sociais de saúde

A Conferência de Alma-Ata, no final dos anos 70, e as atividades inspiradas no lema “Saúde para todos no ano 2000” recolocam em destaque o tema dos determinantes sociais. O debate sobre as Metas do Milénio, dá novamente lugar a uma ênfase nos determinantes sociais que se afirma com a criação da Comissão dos Determinantes Sociais da Saúde da OMS, em 2005.

As diversas definições de determinantes sociais de saúde (DSS) expressam, o conceito atualmente bastante generalizado, de que as condições de vida e trabalho dos indivíduos e de grupos da população estão relacionados com a sua situação de saúde. Para a Comissão Nacional dos Determinantes Sociais da Saúde os DSS são os fatores sociais, económicos, culturais, étnicos, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência dos problemas de saúde e seus fatores de risco na população. A Comissão homóloga da OMS

adota uma definição mais curta, segundo a qual os DSS são as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham.

Em 2011, a Declaração Política do Rio sobre Determinantes Sociais de Saúde expressa uma notável determinação em promover a equidade social e em saúde através de ações sobre os determinantes sociais da saúde e do bem-estar e salvaguarda a sua implementação através de uma ampla abordagem intersetorial. Sublinha os princípios contidos na Constituição da OMS, na Declaração de Alma Ata de 1978, bem como na Carta de Ottawa de 1986 e na série de conferências internacionais sobre promoção da saúde, que reafirmam o valor essencial da equidade em saúde e reconheceram que “o gozo do mais alto nível de saúde que se possa atingir constitui um dos direitos fundamentais de todo o ser humano, sem distinção de raça, religião, credo político e condição económica ou social” (OMS, 2011:1).

É ainda reafirmado nesta Declaração do Rio que as desigualdades em cada país e entre países são política, económica e socialmente inaceitáveis- além de injustas e em grande parte, evitáveis- e que a promoção da equidade em saúde é fundamental ao desenvolvimento sustentável e a uma melhor qualidade de vida e bem-estar para todos.

Desafio importante em termos conceptuais e metodológicos refere-se à distinção entre os determinantes de saúde dos indivíduos e os de grupos e populações, pois alguns fatores que são importantes para explicar as diferenças no estado de saúde dos indivíduos não explicam as diferenças entre grupos de uma sociedade ou entre sociedades diversas. Enquanto os fatores individuais são importantes para identificar que indivíduos no interior de um grupo estão submetidos a maior risco, as diferenças nos níveis de saúde entre grupos e países estão mais relacionados com outros fatores, principalmente, o grau de equidade na distribuição do rendimento.

O clássico estudo de Rose e Marmot (1981) sobre a mortalidade por doença cardíaca em funcionários públicos ingleses ilustra muito bem esta situação. Fixando como *um*, o risco relativo de morrer por esta doença no grupo de mais alto nível na hierarquia funcional, os funcionários de níveis hierárquicos inferiores, teriam um risco relativo aproximadamente, duas, três e quatro vezes maiores. Os autores concluíram que os fatores de risco individuais, como colesterol elevado, hábitos tabágicos, hipertensão arterial e outros explicavam apenas 35 a 40 % da diferença, sendo que os restantes 60-65% estavam basicamente relacionados com os Determinantes Sociais de Saúde.

Existe um gradiente social que atravessa a sociedade e, a nossa posição em relação aos outros, tem relevância; aqueles que se encontram acima de nós usufruem de uma melhor saúde e aqueles que estão abaixo de nós têm uma saúde mais deteriorada, desde o fundo até ao topo da escala social (Wilkinson e Marmot, 2006 citados por Wilkinson e Pickett, 2009).

Há várias abordagens para o estudo dos mecanismos através dos quais os DSS provocam as iniquidades em saúde. A primeira delas privilegia os *aspectos físicos-materiais* na produção da saúde e da doença, entendendo que as diferenças de rendimento influenciam a saúde pela escassez de recursos dos indivíduos e pela ausência de investimentos em infraestruturas comunitárias (educação, transporte, saneamento, habitação, serviços de saúde, etc.) decorrentes de processos económicos e de decisões políticas.

Outro enfoque privilegia os *fatores psicossociais*, explorando as relações entre perceções de desigualdades sociais, mecanismos psicobiológicos e situações de saúde, com base no conceito de que as perceções e as experiências das pessoas em sociedades desiguais provocam *stress* e prejuízos à saúde. Os enfoques ecossociais procuram integrar as abordagens individuais e grupais, sociais e biológicas numa perspetiva dinâmica, histórica e ecológica (Buss e Filho, 2007:82).

Finalmente, há estudos que procuram analisar as relações entre a saúde das populações, as desigualdades nas condições de vida e o grau de desenvolvimento de vínculos e associações entre indivíduos e grupos. Esses estudos identificam a erosão do “capital social”, ou seja, das relações de solidariedade e confiança entre pessoas e grupos, como um importante mecanismo através do qual as iniquidades de rendimento têm um impacto negativo na situação de saúde. Países com frágeis laços de coesão social, devidos às iniquidades de rendimento, são os que menos investem em capital humano e em redes de apoio social, fundamentais para a promoção e proteção da saúde individual e coletiva. Outros estudos concluem que em áreas de maior coesão e participação social parece haver maior controlo sobre os comportamentos nocivos à saúde, como o consumo de tabaco e álcool e, em simultâneo, um incremento dos comportamentos saudáveis, como a prática de exercício físico (Parkes e Kearns, 2006).

2.1 - EQUIDADE EM SAÚDE

Em 1990, Margareth Whitehead elaborou um documento de consultoria para a Organização Mundial da Saúde, posteriormente publicado no *International Journal of Health Services* (Whitehead, 1992), que veio a tornar-se a principal referência conceptual sobre equidade em saúde na literatura internacional. Como premissa básica, equidade em saúde equivaleria a justiça no que se refere à situação de saúde, qualidade de vida e sobrevivência posto que, idealmente, todos e todas as pessoas têm direito a uma justa possibilidade de realizar o seu pleno potencial de saúde e que ninguém estará em desvantagem para realizar esse direito. Em termos práticos, esta aproximação conduziria a uma redução, ao máximo possível, das diferenças em saúde e no acesso a serviços de saúde. Do ponto de vista conceptual, Whitehead define ‘equidade’ (*equity*) por referência a dois antónimos: desigualdade (*inequality*) e iniquidade (*inequity*). Para a autora, o primeiro termo – desigualdade – conota as principais diferenças dimensionais, sistemáticas e evitáveis, entre os membros de uma população dada. Pelo termo ser usado às vezes num sentido puramente matemático ou epidemiológico, a autora postula que, pela sua ambiguidade, não se deve utilizá-lo como conceito de base.

Diz-nos ainda a Whitehead (1992) que, o segundo termo, – iniquidade – conota aquelas diferenças e variações que são não apenas desnecessárias e evitáveis, mas também injustas. Nesse sentido, iniquidades (*inequities*) em saúde podem ser compreendidas como modalidades restritas ou algum caso particular de diferenças (*differences*) ou disparidades (*disparities*) em saúde. Trata-se de diferenças que, além de evitáveis, são também injustas. Dessa forma, o conceito conforma-se a partir de critérios relevantes para identificar a dupla condição de evitabilidade e de injustiça inerente à imposição dos riscos exceto em duas situações: exposição voluntária (comportamento de risco) e risco estrutural inevitável (idade, sexo, genoma).

Entende-se equidade em saúde como a ausência de diferenças evitáveis, injustas e passíveis de modificação do estado de saúde de grupos populacionais de contextos sociais, geográficos ou demográficos diversos (Marmot M et al., 2008; Marmot M, 2007; WHO, 2010a). Expressa-se como a igual oportunidade de cada cidadão atingir o seu potencial de saúde (PNS, 2012-2016:2).

Em Portugal a equidade e acesso universal aos cuidados de saúde são garantidos pelo Serviço Nacional de Saúde e pela Lei de Bases da Saúde (Lei 56/79; Lei 48/90). Os Princípios Gerais da Lei de Bases da Saúde (LBS) frisam que “a proteção da saúde constitui um direito dos indivíduos e da comunidade que se efetiva pela responsabilidade conjunta dos cidadãos, da sociedade e do Estado, em liberdade de procura e de prestação de cuidados, nos termos da Constituição e da lei” (Princípio Geral 1) e que “o Estado promove e garante o acesso de todos os cidadãos aos cuidados de saúde nos limites dos recursos humanos, técnicos e financeiros disponíveis” (Princípio Geral 2).

A Lei de Bases da Saúde (Lei 48/90), prevê na Base I Princípio 1 que “o Estado promove e garante o acesso de todos os cidadãos aos cuidados de saúde” e que o Serviço Nacional de Saúde deve “garantir a equidade no acesso, de modo a atenuar os efeitos das desigualdades económicas, geográficas e quaisquer outras no acesso aos cuidados” (Base XXIV).

Ainda de acordo com a Lei de Bases da Saúde, o Sistema de Saúde assenta nos Cuidados de Saúde Primários, devendo localizar-se próximo das comunidades, com intensa articulação entre os vários níveis de cuidados de saúde (Base X); também conforme o diploma, o Serviço Nacional de Saúde (SNS) caracteriza-se por garantir a equidade no acesso dos utentes, com o objetivo de atenuar os efeitos das desigualdades económicas, geográficas e quaisquer outras no acesso aos cuidados (Base XX). O Plano Nacional de Saúde 2004-2010 estabelece a Prioridade aos Mais Pobres e a necessidade de reduzir as desigualdades em saúde através de ações dirigidas a grupos vulneráveis. As estratégias adotadas baseiam-se numa abordagem com base em *settings*, com impacto significativo na melhoria do acesso aos serviços de saúde das populações desfavorecidas e concentradas territorialmente.

2.2 - EQUIDADE E JUSTIÇA

Não podemos falar de equidade ou de desigualdades sem falar de justiça. De entre as teorias da justiça atualmente mais influentes, importa destacar duas, pelo uso alargado que delas tem sido feito nas análises sociológicas contemporâneas sobre a problemática das relações entre desigualdades e justiça social: a teoria da justiça como equidade (*fairness*), de John Rawls, e a perspetiva das capacidades (*capabilities*), de Amartya Sen.

Amartya Sen reconhece que o seu próprio entendimento da justiça e da filosofia política, em geral, foi influenciado por tudo quanto aprendeu com John Rawls. O artigo de Rawls de 1958, *A Justiça como Equidade* e mais tarde, em 1971, o livro *Uma Teoria da Justiça*, marcaram um decisivo ponto de viragem neste campo de estudo. Até mesmo alguns conceitos básicos que Rawls identificou como essenciais, informam o próprio entendimento da justiça em Sen, não obstante a direção diferente seguida pelo seu próprio estudo. Na abordagem de Rawls, a noção de equidade é tida como fundacional, pretendendo-se que, em certo sentido, ela se apresente como prévia ao desenvolvimento dos princípios da justiça. “Creio poder dizer que temos boas razões para nos deixarmos convencer por Rawls quando afirma que a busca da justiça terá de estar ligada à ideia de equidade e, em certo sentido, terá de derivar dela” (Sen, 2009:99).

Mas, afinal, o que vem a ser a equidade? De um modo geral, ela pode ser vista como uma exigência de imparcialidade. A especificação que Rawls faz das exigências de imparcialidade aparece baseada na sua ideia construtiva e instrumental de “posição original” (Sen, 2009). A posição original é uma situação imaginada de igualdade primordial, onde as partes envolvidas não têm qualquer conhecimento das suas identidades pessoais ou dos seus interesses próprios no âmbito do grupo em que se incluem, considerado este como um todo. É sob este “véu de ignorância” que os seus representantes têm de escolher, o mesmo é dizer, num estado imaginado de ignorância seletiva. É nesse estado de ignorância procurada que os princípios da justiça hão de ser escolhidos unanimemente (Sen, 2009:100).

Sen pronuncia-se sobre a análise que Rawls faz da equidade na distribuição dos recursos a propósito daquilo a que ele chama de “bens primários” como sendo meios de caráter geral que possibilitam alcançar fins diversos. Rawls inclui entre os bens primários coisas como “direitos, liberdades e oportunidades, rendimentos e riqueza, e as bases sociais para o respeito de si mesmo. Na teoria distributiva de Rawls, as desigualdades com elas relacionadas acabam por ser permitidas e até defendidas, contanto que a consequência dessas desigualdades se traduza na melhoria das condições dos mais desabonados, por exemplo, através da ativação de incentivos.

Ao fazermos uma avaliação das nossas vidas, Sen, diz-nos que temos boas razões para nos interessarmos, não apenas pelo tipo de vida que conseguimos levar, mas também pela

liberdade de que efetivamente gozamos para que possamos escolher entre diferentes estilos de vida ou diferentes maneiras de viver as nossas vidas.

A liberdade é preciosa, pelo menos, por duas razões. Primeiro uma maior liberdade dá-nos uma maior oportunidade de alcançar os nossos objetivos – aquelas coisas que nos são preciosas e que, portanto, valorizamos. Este aspeto da liberdade liga-se à nossa capacidade de realizar as coisas a que damos valor, sem interessar o tipo de processo que servirá de meio para chegarmos a essa realização. Segundo, pode também suceder que atribuamos alguma importância ao processo de escolha em si mesmo (Sen, 2009:315).

2.3 - A PERSPETIVA DA CAPACIDADE EM AMARTYA SEN

Em contraste com uma linha de pensamento baseada ora na utilidade ora nos recursos, na perspetiva da capacidade ajuíza-se da vantagem de uma pessoa tendo em conta a capacidade dessa pessoa para fazer aquelas coisas a que, por alguma razão, dá valor. Quando vista em termos de oportunidades, a vantagem de uma pessoa será menor do que a de outrem, se ela tiver menor capacidade-uma menor oportunidade real- para conseguir realizar aquelas coisas, a que, por alguma razão, dá valor. Aqui, o foco de atenção centra-se sobre a liberdade de que uma pessoa realmente dispõe, no sentido de fazer, ou ser, alguma coisa – isto é, aquilo que a pessoa em questão estima ser valioso fazer-se ou ser-se (Sen, 2009:319). A perspetiva da capacidade centra-se sobre a vida humana, e não apenas sobre os recursos, rendimentos ou os bens materiais que alguém possa ter à sua disposição e que frequentemente, especialmente no domínio da análise económica, são vistos como os únicos índices de sucesso humano. Na verdade, ela vem propor que a nossa atenção deixe de estar concentrada nos *meios* que servem para a vida, e se passe a concentrar seriamente sobre as reais *oportunidades* de vida (Sen, 2009:321).

A perspetiva da capacidade dedica-se a vir corrigir este foco de atenção sobre os meios em vez de concentrar-se sobre a oportunidade de cumprir os fins e sobre a liberdade substantiva para se atingir esses fins. O raciocínio subjacente a este desvio em favor da capacidade pode causar uma diferença significativa (Sen, 2009:322), por exemplo: se alguém auferir um elevado rendimento, mas, ao mesmo tempo, sofrer de uma doença crónica de evolução prolongada, ou se tiver um grau elevado de incapacidade, nesse caso, não o veremos como

alguém com vantagem, só porque o seu rendimento é elevado. Não há dúvida de que esta pessoa tem vários meios que permitem viver bem (um bom rendimento), mas já se sente alguma dificuldade em traduzi-los numa vida boa devido às adversidades que decorrem da doença ou incapacidade. Em vez disso, o que deveremos fazer é observar até que ponto essa pessoa pode realmente, se assim o escolher, chegar a alcançar um estado de saúde e de bem-estar, no qual se sinta suficientemente capaz para fazer aquelas coisas que, por alguma razão, lhe são caras. Chegar a compreender que os meios para uma vida humana satisfatória não são, em si mesmos, os fins próprios do bem viver, ajudar-nos-á a ampliar o alcance da operação de avaliação. E é justamente aqui que começa a tarefa da perspectiva da capacidade em Amartya Sen.

Contrapor alguém que passa fome a alguém subnutrido: uma pessoa que jejua voluntariamente, por motivos políticos ou religiosos, pode chegar a uma situação de privação de alimentos e de desnutrição igual à de uma outra que é vítima de fome. A manifesta subnutrição de ambas – o que é para ambas a mesma funcionalidade cumprida – pode ser praticamente idêntica, e no entanto, a capacidade da pessoa que escolheu jejuar será muito mais ampla do que a da outra pessoa que passa fome involuntariamente, porque pobre ou destituída. A noção de capacidade permite que façamos esta importante distinção, porque orientada no sentido da liberdade e das oportunidades, ou seja, a real aptidão que as pessoas têm de escolher viver um dos diferentes tipos de vidas que estejam ao seu alcance (Sen,2009).

Já em 1999, Sen, na sua obra “O Desenvolvimento como Liberdade” que se seguiu ao seu galardão em 1998 com o Prémio Nobel de Economia, dá um exemplo semelhante ao já descrito não sem antes reiterar o seu posicionamento face ao que pretendia Rawls. Diz a propósito: “Tentei mostrar, desde há já algum tempo, que, para muitos fins avaliativos, o “horizonte” adequado não é nem o das utilidades (como reclamam os teóricos do bem-estar), nem o dos bens primários (como pretendia Rawls), mas o das liberdades concretas – as potencialidades para escolher a vida que cada um tem razões para estimar. Se a questão está em centrar-nos na oportunidade real do indivíduo para conseguir os seus fins (como Rawls recomenda), então ter-se-á de ter em conta não apenas os bens primários que cada pessoa possui, mas também as características pessoais relevantes que comandam a conversão dos bens primários em capacidade pessoal de promover os próprios fins” (Sen,1999:88).

O conceito de “*funcionamento*”, com as suas raízes claramente aristotélicas, reflete as várias coisas cujo exercício ou posse uma pessoa pode valorizar. Para Sen os *funcionamentos* que são objeto de estima podem variar, desde os elementares, como alimentar-se equilibradamente e prevenir as doenças evitáveis, até atividades muito complexas ou a condições pessoais, como tomar parte na vida social e ter autoestima. A potencialidade de uma pessoa respeita às diferentes combinações de funcionamentos cuja realização está ao alcance do seu exercício. A potencialidade é, por isso, uma forma de liberdade: a liberdade concreta de realizar combinações de funcionamento alternativas ou, dito de outro modo, liberdade de levar diferentes estilos de vida (Sen, 1999).

A pobreza vista em termos de privação de capacidades não se pode deduzir apenas dos dados relativos ao baixo rendimento, o indicador que lhe está mais fortemente associado. Atualmente, existe bastante literatura disponível que nos dá conta das limitações de tal definição. Pessoas diferentes poderão ter oportunidades muito diferentes de converter os rendimentos e outros bens primários numa vida boa, com liberdade. Por conseguinte, a relação entre recursos e pobreza é, ao mesmo tempo, variável e dependente dos atributos individuais e do contexto ambiental. As variáveis que respeitam à conversão do rendimento nos diferentes géneros de vida que as pessoas podem levar são, pelo menos, quatro: as heterogeneidades pessoais; as diversidades do ambiente físico; as variações no clima social e as diferenças nas perspetivas relacionais (Sen, 2009:347). A pobreza, vista em termos de privação de capacidades, é assim muito mais intensa do que se poderia deduzir apenas dos dados relativos ao rendimento. A privação relativa dos rendimentos pode chegar a gerar uma privação absoluta do ponto de vista das capacidades (Sen, 2009:349). Focalizar a atenção na questão da distribuição dos rendimentos como guia para uma equidade distributiva, impede uma boa compreensão da provação que anda associada à incapacidade e das suas implicações.

A perspetiva das capacidades de Sen tem grande aplicabilidade à escala global. É ela que está na base da construção do índice de desenvolvimento humano e dos programas das Nações Unidas com ela relacionados. Entre os instrumentos fundamentais para a caracterização e análise das desigualdades atuais numa perspetiva global contam-se os Relatórios do Desenvolvimento Humano (RDH), publicados anualmente pela Organização das Nações Unidas (ONU). O primeiro RDH foi publicado em 1990 pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). A iniciativa e a conceção foram dos economistas Mahbub ul Haq e Amartya Sen, inspirando-se nas conceções teóricas deste último sobre

desenvolvimento, desigualdades e capacidades (*capabilities*). A ideia básica que preside a estes relatórios - e, em particular, à sua medida de desigualdades mais importante, o índice de desenvolvimento humano (IDH) - é que o desenvolvimento e as desigualdades de desenvolvimento são multidimensionais. Logo, na medição e análise das desigualdades de desenvolvimento no mundo, não é suficiente nem satisfatório focar apenas a dimensão económica, nem usar apenas indicadores económicos convencionais, como o PIB *per capita*. O IDH combina três dimensões fundamentais: vida, educação e rendimento - ou, usando a terminologia do RDH2010: “vida longa e saudável”, “conhecimento” e “um padrão de vida digno”.

3 - POLÍTICAS SAUDÁVEIS

A expressão “Políticas Saudáveis” traduz um conceito abrangente, que responsabiliza não só o setor da saúde, mas também todos os outros, por exemplo a educação, a segurança social, o ambiente; tanto a nível do setor público, como do privado e do terceiro setor. Todos devem contribuir para a criação de ambientes promotores da saúde e do bem-estar das populações, assegurando que cada cidadão tenha igual oportunidade de fazer escolhas saudáveis (WHO, Health Report, 2010b) e de cumprir, de forma plena, o seu potencial de saúde e o seu direito a uma longevidade saudável.

3.1 - PROMOÇÃO DA SAÚDE

A definição de saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não meramente a ausência de doença ou enfermidade, inserida na Constituição da OMS no momento da sua fundação, em 1948, é uma clara expressão de uma conceção bastante ampla da saúde. A saúde e o bem-estar são resultado de condições básicas (WHO, Declaração de Jakarta, 1997b) e da interação complexa de múltiplos fatores biológicos, comportamentais, ecológicos e sociais (Dahlgren, G. e Whitehead, M. 1991) pelo que a responsabilidade da promoção da saúde enquanto “processo que visa criar as condições que permitam aos indivíduos e aos grupos controlar a sua saúde, a dos grupos onde se inserem e agir sobre os fatores que a influenciam” (WHO, Carta de Ottawa, 1986), envolve todos os setores.

A promoção e proteção da saúde visam criar condições para que os cidadãos, individual ou coletivamente, possam agir sobre os principais determinantes da saúde, de modo a maximizar ganhos em saúde, contribuir para a redução das desigualdades e construir capital social (WHO, Carta de Ottawa, 1986; WHO, Declaração de Jakarta, 1997b).

Foi no contexto das Conferências de Alma-Ata (1978) e Ottawa (1986), que se iniciou a discussão em torno dos conceitos de *políticas públicas saudáveis* e *ação intersectorial para a saúde*, destacando a importância e necessidade dos decisores políticos, em diferentes setores, tomarem consciência do potencial impacto das suas decisões na saúde da população (Baum, 2008; Kickbush *et al.*, 2008). O tema regressou à agenda política, no Tratado de Amesterdão (UE, 1997) e na Presidência Finlandesa da EU (2006), com enfoque na *Saúde em Todas as Políticas* – estratégia de abordagem intersectorial, baseada na evidência de que ações e

políticas fora do exclusivo domínio do setor da saúde têm repercussões na saúde e na equidade em saúde (Clavier e Leeuw, 2013 citados por Santana, 2014). Em 2010 voltou a afirmar-se a temática com a Declaração de Adelaide, produzida no âmbito de um Encontro Internacional da Organização Mundial de Saúde, onde se reforçou que os alicerces da saúde e do bem-estar não se encontram apenas no setor da saúde, existindo a necessidade de ser estabelecido um contrato social entre todos os setores, com o objetivo de promover o desenvolvimento, a sustentabilidade e a equidade, melhorando assim as condições de saúde.

De acordo com o PNS (2012-2016) Políticas Saudáveis são políticas do governo, autarquias e outros setores que definem prioridades e parâmetros para a ação: i) na resposta a necessidades de saúde; ii) na distribuição de recursos para a saúde; iii) na potencialização de impactos positivos para a saúde, ou mitigação de impactos negativos, da resposta a outras prioridades políticas (WHO, Glossary, 1998). Traduzem-se em medidas legislativas, de regulamentação, normativas, administrativas ou outras que visem criar condições ambientais, socioeconómicas e sociais favoráveis à saúde individual e coletiva. Estas medidas devem contribuir para facilitar as escolhas saudáveis por parte dos cidadãos, tornando-as mais acessíveis a todos. Expressam uma preocupação explícita com a saúde e a equidade, bem como com a prestação de contas relativamente aos impactos na saúde decorrentes das decisões políticas assumidas pelos diferentes setores da governação (WHO, Declaração de Adelaide, 1998).

O conceito de “Políticas Saudáveis” complementa-se com o conceito de Saúde Pública. Enquanto o primeiro enfatiza a abordagem intersectorial, com base na evidência de que as ações da iniciativa de setores fora da saúde têm repercussões positivas ou negativas na saúde da população, o segundo enfatiza a promoção e proteção da saúde e a prevenção e tratamento da doença (PNS, 2012-2016).

As perspetivas teóricas no âmbito da promoção da saúde que procuram abordar fenómenos complexos têm evoluído para modelos multifatoriais que contemplam as interações entre determinados fatores e a influência de mecanismos mediadores na sua ação. O estudo destas temáticas tem levado à construção de modelos que procuram expressar a rede de relações dos diferentes níveis de determinantes sociais com as desigualdades em saúde. Modelos como o dos Determinantes de Saúde de Dahlgren e Whitehead (1991) ou o de Barton e Grant (2006) que, além de incluir as determinantes considerados por Dahlgren e Whitehead, considera o ecossistema global, onde forças globais como a macroeconomia, as políticas internacionais e

a vulnerabilidade à variabilidade climática, têm impactos importantes em todas as determinantes da saúde e do bem-estar da população, o Modelo Bioecológico de Bronfenbrenner (Bronfenbrenner, 1977, 1979, 1986, 1989, 1997; Bronfenbrenner & Ceci, 1994; Bronfenbrenner & Morris, 1998), o Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender (1996) e o Modelo de Empowerment são os que, do nosso ponto de vista, melhor permitem observar a pobreza e as desigualdades e a sua relação com a saúde e os estilos de vida. São do nosso ponto de vista modelos que possibilitam integrar os conceitos de políticas saudáveis e saúde pública enfatizando a abordagem intersetorial e a promoção e proteção da saúde, aspetos centrais na intervenção com populações vulneráveis.

O modelo Dos Determinantes de Saúde, utilizado pela Organização Mundial de Saúde, ilustra as causas das desigualdades como “camadas de um arco-íris”. Neste modelo todos os fatores determinantes se interrelacionam, levando a intuir que só fazem sentido intervenções que integrem articuladamente todos ou o maior número possível de fatores (Loureiro, 2010:57). Os níveis de saúde não variam aleatoriamente, sendo antes o resultado de diferenças sistemáticas na distribuição dos fatores que os afetam. O principal desafio dos estudos sobre as relações entre determinantes sociais e saúde, consiste em estabelecer uma hierarquia de determinações entre os fatores mais gerais de natureza social, económica, política e as mediações através das quais esses fatores incidem sobre a situação de saúde de grupos e pessoas, já que a relação de determinação não é uma simples relação direta de causa-efeito.

O modelo de Dahlgren e Whitehead inclui os DSS dispostos em diferentes camadas, desde uma camada mais próxima dos determinantes individuais até uma camada distal, onde se situam os macro determinantes. O modelo tem uma grande facilidade da visualização gráfica dos DSS e a sua distribuição em camadas. Os indivíduos estão na base do modelo, com as suas características individuais de idade, sexo e fatores genéticos que, evidentemente, exercem influência sobre o seu potencial e as suas condições de saúde. Na camada seguinte aparecem o comportamento e os estilos de vida individuais. Esta camada está situada no limiar entre os fatores individuais e os DSS, já que os comportamentos, muitas vezes entendidos apenas como de responsabilidade individual, dependentes de opções feitas pelo livre arbítrio das pessoas, na realidade podem também ser considerados parte dos DSS, já que essas opções estão fortemente condicionadas por determinantes sociais, como informações, publicidade, pressão dos pares, possibilidades de acesso a alimentos saudáveis e espaços de lazer etc.

A camada seguinte destaca a influência das redes comunitárias e de apoio, cuja maior ou menor riqueza expressa o nível de coesão social que, como vimos, é de fundamental importância para a saúde da sociedade como um todo. No próximo nível estão representados os fatores relacionados com as condições de vida e de trabalho, disponibilidade de alimentos e acesso a ambientes e serviços essenciais, como a saúde e a educação, indicando que as pessoas em desvantagem social correm um risco diferenciado, criado por condições habitacionais mais humildes, exposição a condições mais perigosas ou de *stress* laboral e dificuldades no acesso aos serviços. Finalmente, no último nível estão situados os macro determinantes relacionados com as condições económicas, culturais e ambientais da sociedade e que possuem uma grande influência sobre as demais camadas.

O Modelo Bioecológico (Bronfenbrenner, 1977, 1979, 1986, 1989, 1997; Bronfenbrenner & Ceci, 1994; Bronfenbrenner & Morris, 1998), oferece um enquadramento teórico mais propício ao estudo e análise das determinantes da adaptação positiva, na medida em que pondera a importância de um vasto conjunto de variáveis individuais, intrafamiliares e relacionais, bem como de sistemas ambientais, enquanto influências que afetam o desenvolvimento humano, e preconizam ainda que os processos atuantes nos vários sistemas e subsistemas sociais são interdependentes, interagindo mutuamente para determinar resultantes.

O Modelo Bioecológico envolve quatro componentes principais (pessoa-processo-contexto e tempo), bem como as interações dinâmicas entre eles (Bronfenbrenner & Morris, 1998). A dimensão *processo* assume um papel crucial, pois refere-se a formas particulares de interação entre o organismo e o ambiente (processos proximais), que atuam ao longo do tempo e são postulados pelos autores como o mecanismo primário na construção do desenvolvimento, entendido enquanto estabilidade e mudança nas características biopsicossociais dos seres humanos ao longo do ciclo de vida e através das gerações. Contudo, a influência parece variar amplamente em função da pessoa em desenvolvimento, dos contextos ambientais, mais imediatos ou mais remotos, e do período de tempo em que estes processos proximais têm lugar.

O modelo conceptualiza o espaço ecológico do indivíduo enquanto diferentes sistemas atuando em níveis distintos, cada um incorporado nos seguintes (Corcoran, 1999): o *microssistema* comporta o padrão de atividades, papéis e relações interpessoais da pessoa em

desenvolvimento; o *mesossistema* refere-se aos contextos nos quais a pessoa interage ou, por outras palavras, agrupa as inter-relações entre numerosos microssistemas; o *exossistema* compreende os contextos sociais com os quais a pessoa não interage diretamente, mas que influenciam o seu desenvolvimento; o *macrossistema* diz respeito aos contextos culturais e ao conjunto de valores e crenças que atuam sobre os níveis anteriores; e o *cronossistema* refere-se as transições e circunstâncias histórico-sociais que se desenrolam no curso da vida da pessoa.

O Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender (1996) integra a psicologia social e uma perspetiva holística de enfermagem (Tillett, 1999), podendo ser utilizado como modelo de análise para entender e explicar os fenómenos da mudança comportamental. Este modelo congrega aspetos de várias teorias e modelos de mudança comportamental, nomeadamente, a teoria da aprendizagem social de Albert Bandura, a teoria da ação racional de Fishbein e o modelo de crenças na saúde (Sakraida, 2004).

Nola Pender publicou pela primeira vez o seu Modelo de Promoção da Saúde em 1982, sendo posteriormente revisto em 1996 e publicado na 3ª edição do *Health Promotion in Nursing Practice*. O modelo revisto incorpora conceitos e relações adicionais, baseando-se em investigações recentes e considerações teóricas, procurando aumentar o seu poder explicativo e o seu potencial para ser usado em intervenções de enfermagem estruturantes promotoras de saúde (McCullagh, 2009; Pender, Murdaugh & Parsons, 2011). O modelo revisto consiste em características e experiências individuais, cognições e afetos comportamentais específicos, entre outros fatores que conduzem ao resultado comportamental.

Pender (1996) considera a perceção de benefícios e de barreiras à ação, a perceção de autoeficácia, afetos relacionados com a atividade, influências interpessoais e situacionais como os mais importantes mecanismos motivacionais para o comportamento de promoção de saúde. As características e experiências individuais incluem comportamentos prévios relacionados e fatores pessoais. O modelo revisto e aperfeiçoado por Nola Pender centra-se em dez categorias de determinantes de comportamentos de promoção da saúde, agrupadas em três grandes grupos: as características e experiências individuais, as cognições e afetos relacionados com o comportamento e o resultado comportamental (Pender, 1996; Sakraida, 2004).

O comportamento de promoção de saúde é o fim ou resultado de ação orientado no sentido da obtenção de resultados de saúde positivos tais como o bem-estar e a realização pessoal. Exemplos de comportamentos de promoção de saúde são cumprir uma dieta saudável, fazer exercício físico regular, controlar o *stress*, ter repouso e um crescimento espiritual adequado e construir relações positivas (Pender, Murdaugh & Parsons, 2011; Sakraida, 2004)

Sousa (2014), sugere, que este modelo pretende descrever a natureza multifacetada das pessoas em interação com o meio onde se inserem enquanto procuram ser saudáveis. Pender sugere que as intervenções direcionadas para a família e a comunidade são mais suscetíveis de serem bem sucedidas em criar uma sociedade saudável (McCullagh, 2009), pelo que os programas de promoção de saúde devem considerar o ecossistema do indivíduo. É, de facto, um modelo muito relevante para a prática de enfermagem, podendo ser aplicado a diversos contextos (clínicos e comunitários) e a todo o ciclo vital (Pender, 1996; Sakraida, 2004).

Sousa (2014) evidencia alguns princípios do Modelo de Promoção de Saúde com relevância para o exercício profissional dos enfermeiros: 1) o comportamento anterior e as características herdadas ou adquiridas influenciam as crenças e o envolvimento nos comportamentos; 2) as pessoas comprometem-se mais facilmente com comportamentos dos quais preveem benefícios, enquanto que os obstáculos percebidos dificultam o processo que conduz ao comportamento desejado; 3) a autoeficácia percebida aumenta a probabilidade de compromisso com um plano de ação e com a adoção do comportamento, diminuindo o número de barreiras percebidas (Pender, 1996; Sakraida, 2004). Outro pressuposto do modelo é o de que as pessoas comprometem-se e adotam comportamentos de promoção da saúde mais facilmente se observarem esse comportamento nas pessoas que lhe são significativas, se estas o esperam de si e lhe prestam o apoio necessário. De facto, a família, o grupo de pares, os prestadores de cuidados de saúde e o contexto podem influenciar positiva ou negativamente a adoção de comportamentos de promoção de saúde (Pender, 1996; Sakraida, 2004).

O Modelo de Promoção da Saúde fornece um enquadramento concetual para a prestação de cuidados de enfermagem direcionados para a melhoria da saúde e capacidade funcional, fornecendo um método para avaliar os comportamentos promotores de saúde quanto à percepção de autoeficácia, percepção de barreiras e benefícios, influências interpessoais e situacionais. Neste modelo o enfermeiro é apresentado como um agente que promove mudanças comportamentais e ambientais (McCullagh, 2009).

No Modelo de Empowerment, o *empowerment*, é observado enquanto dimensão fundamental de programas de promoção de saúde com base na intervenção territorial, como são o Programa da Rede de Cidades Saudáveis e o Programa da Rede de Escolas Promotoras de Saúde. Representam a resposta da saúde comunitária a uma tendência universal de integrar os diversos setores do conhecimento e da intervenção social, aplicados a territórios específicos, no nível local, onde se dá o potencial máximo de interação entre autarquias, cidadãos e sociedade civil (Becker, 2003 e Tsouros, 1995).

O *empowerment* é considerado pelo movimento de promoção da saúde um dos seus conceitos fundamentais (Akerman *et al*, 2003), estando presente na própria definição de Promoção da Saúde no seu documento fundador, a Carta de Ottawa (WHO, 1986). A operacionalização do conceito de *empowerment* tem sido objeto de inúmeras discussões no campo da promoção da saúde e das ciências sociais em geral (Jewkes, 2000). Nos últimos anos, tem sido substituído por outros conceitos como o de capacitação comunitária, coesão social e, em especial, o de capital social (Laverack & Wallerstein, 2001; Kemenade, 2002). No entanto, mesmo que estes sejam cada vez mais aceites como importantes na discussão dos fatores sociais que influenciam a saúde e a qualidade de vida, tais como a iniquidade e a pobreza (Buss, 2000; Wilkinson & Marmot, 2003), muitas vezes, ao contrário do conceito de *empowerment*, deixam de abordar a questão das relações de poder como determinante fundamental de saúde (Laverack & Wallerstein, 2001).

Os programas territoriais voltados para o *empowerment* comunitário encontram-se hoje na intersecção de dois importantes campos da saúde pública: a equidade em saúde e a promoção da saúde (Rifkin, 2003). Ambos os campos, influenciados pelo trabalho de Amartya Sen (Faerstein, 2000; Westphal, 2000), percebem o tema do *empowerment* como fundamental tanto para a redução das iniquidades como para promover a saúde e a qualidade de vida.

No entanto, ainda são poucos os estudos que se debruçam sobre o seu impacto (Becker *et al*, 2003). Nos trabalhos de Sen, a questão do *empowerment* relaciona-se com as oportunidades reais que as pessoas têm a seu favor, com a pobreza estreitamente ligada à falta de acesso a oportunidades para participação e crescimento individual. Para Laverack e Labonte (2000), o *empowerment* pode ser definido como o meio pelo qual as pessoas adquirem maior controle sobre as decisões que afetam as suas vidas; ou como mudanças rumo a uma maior igualdade nas relações sociais de poder.

Programas que trabalham na perspectiva do *empowerment* comunitário são considerados pela literatura como utilizando uma abordagem bottom-up - de baixo para cima - em contraposição a programas verticais, top-down - de cima para baixo - que são propostos a partir de uma perspectiva institucional, focalizados em questões ligadas à prevenção de doenças e a mudanças de comportamento, e na qual o *empowerment* é visto apenas como instrumental (Laverack e Labonte, 2000).

Os programas bottom-up são iniciados a partir da visão e da percepção da comunidade, e consideram um aumento na sua capacidade e poder como importantes resultados para a melhoria da saúde. Esta polaridade tende a extinguir-se na medida em que cada vez mais surgem evidências da importância do *empowerment* comunitário e individual (e das suas dimensões, tais como autoestima, auto-eficácia, legitimidade política, coesão social, pertença a redes de apoio) para a promoção da saúde (Wallerstein, 1992; Wilkinson & Marmot, 2003).

4 - A SAÚDE DO ADOLESCENTE

Para Lerner e Steinberg (2004), os adolescentes representam, em qualquer momento da história, o futuro das sociedades em que estão inseridos, constituindo o grupo geracional que deve ser preparado para assumir as responsabilidades individuais, familiares e sociais, fundamentais para manter e melhorar a vida das comunidades humanas.

Para Braconnier e Marcelli (2000) “o adolescente contemporâneo é, antes do mais, um ser de paradoxos. Ele quer ser totalmente autónomo, mas, ao mesmo tempo, solicita os pais para atos banais da vida quotidiana. Ele enuncia verdades absolutas, intangíveis, e ao mesmo tempo duvida profundamente de si próprio, do seu corpo e dos outros. Enquanto o seu pensamento se abre para as categorias do possível e para o campo infinito das hipóteses, o seu corpo transforma-se irremediavelmente num sexo rigorosamente definido. Ele é muitas vezes extraordinariamente altruísta e, simultaneamente pode revelar-se fantásticamente egoísta. Ele não deixa de se afirmar profundamente individualista, ao mesmo tempo que se funde num grupo ou numa moda, o que torna difícil distingui-lo dos seus pares. Ele sente muitas contradições e poder-se-ia dizer que a adolescência é precisamente este período em que o indivíduo faz a experiência das contradições, do paradoxo e do sofrimento que eles engendram” (Braconnier e Marcelli, 2000:20).

Partir de um conceito de adolescência é um ponto importante para poder operacionalizar este período do ciclo de vida, marcado por mudanças muito significativas em múltiplos domínios. Enquanto etapa do desenvolvimento, é frequente a tentativa de definição baseada em critérios temporais de maturação física, psicológica e social – a adolescência será o estágio de desenvolvimento que se segue à infância, iniciando-se na altura em que se desencadeiam as mudanças consequentes à puberdade e, terminando com a entrada na vida adulta, fazendo a transição para um estado de maior autonomia e de autorregulação (Lerner & Galambos, 1998; Pereira, 2001).

A Organização Mundial de Saúde [OMS], segundo os critérios estabelecidos em 1974, caracteriza a adolescência como uma fase, mas sobretudo como um processo dinâmico, ao longo do qual o indivíduo enfrenta mudanças extensas e rápidas ao nível bioquímico, fisiológico, anatómico, cognitivo e emocional, que não sucedem noutras fases do ciclo de vida. Essas mudanças dependem dos contextos sociais e culturais em que se situam os

indivíduos, existindo uma enorme variabilidade não só em termos de grupos populacionais ou étnicos, mas também entre jovens com percursos e condições semelhantes.

Apesar de não impor limites etários específicos à fase da adolescência, por se considerar que esta designação corresponde a uma classificação social que varia tanto na sua composição como nas suas implicações, reconhece este período como o compreendido aproximadamente entre os 10 e os 19 anos – fase em que o indivíduo passaria de uma total dependência económica para uma relativa autonomia (WHO, 1965).

Ao procurar delimitar o conceito de adolescência confrontamo-nos com uma diversidade de perspetivas e conceções que, desde logo, indiciam a impraticabilidade de uma definição única. As perspetivas mais consensuais encaram esta transição como um processo de busca e construção da identidade, de atribuição de sentido e de procura de si mesmo e do seu lugar nos vários contextos de vida, sendo que, as transformações físicas, cognitivas, familiares, sociais e emocionais que constituem os marcadores distintivos desta etapa do desenvolvimento são profundas e afetam-se mutuamente (Adams, 2005).

Várias teorias procuram explicar o desenvolvimento humano. Algumas delas, as chamadas teorias de estágio como, por exemplo, a teoria do desenvolvimento cognitivo de Piaget (Piaget, 1983), a teoria epigenética de Erikson (Erickson, 1982), a teoria do desenvolvimento moral de Kohlberg (Kohlberg, 1981).

Desenvolvimento físico

As modificações fisiológicas e estruturais do corpo na adolescência traduzem-se em mudanças morfológicas que são suscetíveis de ser percebidas e avaliadas pelo adolescente, e pelos outros. A adaptação ao corpo em mudança habitualmente acarreta desafios importantes para os adolescentes, sendo modulada pelos contextos em que ocorre: para abordar o significado psicossocial do desenvolvimento físico na adolescência, é importante considerar que as alterações biológicas nesta fase do ciclo de vida se inserem num contexto de transformações que decorrem a outros níveis (individual, familiar, social, ...), sendo que estas modificações se influenciam mutuamente (Lerner, 1987; Lerner & Jovanovic, 1990 citados por Pedrosa, 2009).

Desenvolvimento cognitivo e sociocognitivo

Piaget na sua teoria do desenvolvimento cognitivo concebe os adolescentes como construtores ativos do seu mundo, organizando a informação e estabelecendo prioridades e conexões entre as suas experiências, na tentativa de melhor conhecer e compreender o ambiente que os rodeia; postula ainda que cada fase do desenvolvimento cognitivo implica formas distintas e mais complexas de olhar para o meio e dar-lhe significado (Piaget, 1960, 1969).

A adolescência é marcada pela aquisição gradual do pensamento formal, caracterizado por maior capacidade de abstração. Uma evidência da maior abstração possível no pensamento adolescente é a emergência da metacognição, isto é, da capacidade de pensar sobre o seu próprio pensamento e o dos outros, de distinguir diferentes perspetivas, de descentração e de reconhecimento da coexistência de interesses, ideias e modos de ver o mundo distintos (Pereira, 2001 citado por Pedrosa, 2009). Assiste-se também a um peso crescente da consciência de si, traduzido nas crenças do adolescente de que é único e alvo da atenção de todos.

Ao mesmo tempo que o adolescente desenvolve o pensamento idealista e abstrato, aumentam igualmente as possibilidades de pensamento lógico, ou seja, a capacidade de identificar problemas e testar soluções de forma sistemática e, logo, acresce a competência de resolução de problemas e de tomada de decisão.

Desenvolvimento moral

O desenvolvimento de novas aptidões cognitivas implica também mudanças em termos do raciocínio acerca de valores e crenças. O desenvolvimento moral implica pensamentos, comportamentos e sentimentos acerca do que está *certo* ou *errado*, incluindo a dimensão intrapessoal (o conjunto de valores básicos e consciência de si, que regula o comportamento quando não estão envolvidas interações sociais), e interpessoal (que se foca nas atitudes que devem ser assumidas na relação com os outros, e regula as interações sociais e a resolução de conflitos) (Gibbs, 2003). Na adolescência, adquirem-se competências para deixar de considerar apenas os aspetos concretos de uma decisão (onde as escolhas são feitas de acordo com as possíveis perdas e ganhos materiais), passando a ser possível ter em conta diferentes perspetivas que podem ser organizadas e hierarquizadas.

Lawrence Kohlberg (1976,1986) propõe um modelo de desenvolvimento moral com pontos comuns aos modelos piagetianos do desenvolvimento cognitivo. Este modelo preconiza três níveis qualitativamente diferentes e hierarquicamente organizados de raciocínio moral, *pré-convencional*, *convencional* e *pós-convencional*. A fase da adolescência caracterizar-se-ia pelo crescente recurso a processos típicos do raciocínio convencional onde os indivíduos interiorizam as normas e valores sociais, procurando a conformidade com o que é socialmente aceite.

Segundo Kohlberg (1976, 1986), as orientações morais do individuo progridem e são construídas como consequência do seu desenvolvimento cognitivo e da exposição a experiencias sociais. A interação com os pares, também valorizada por Piaget, é de importância crítica para essa construção, segundo Rubin, Bukowski e Parker (2006), ao contrário dos adultos, que habitualmente impõem regras e orientações para o comportamento, as trocas mutuas com o grupo de pares proporcionam, com maior frequência, o assumir de diferentes pontos de vista, gerando regulações de forma democrática e partilhada.

A interação familiar é outra dimensão valorizada por Kohlberg (1976) quando os pais proporcionam suporte, promovem a discussão aberta e tolerante acerca de um conjunto de valores e escolhas, e modelam adequadamente determinados comportamentos e o processo de decisão que a eles conduz, estarão a facilitar o desenvolvimento de níveis mais avançados de raciocínio moral.

Desenvolvimento emocional e social

O alargamento das relações sociais do adolescente e as mudanças na ecologia dessas relações e na natureza das amizades estabelecidas caracterizam também o desenvolvimento nesta fase do ciclo de vida. Na adolescência, a rede de contactos sociais multiplica-se, em número e em diversidade, tornando-se mais heterogénea. Ao mesmo tempo, cresce a intimidade e a intensidade da amizade com um grupo restrito de pares, proporcionando experiências que permitem o desenvolvimento de novas estratégias de regulação do comportamento interpessoal e da segurança pessoal percebida (Mena Matos & Costa, 2003; Santrock, 2008 citados por Pedrosa, 2009).

O maior protagonismo da relação com os pares não implica, porém, um decréscimo da importância das relações familiares no desenvolvimento social do indivíduo, que continuam a ser fonte primordial de influência, suporte e orientação. O movimento em relação aos pares resulta da transformação progressiva da relação com os pais, e não da sua substituição enquanto figuras proporcionadoras de segurança pessoal.

Como notam vários autores (cf. Mena Matos & Costa, 1996 citados por Pedrosa, 2009), o processo de crescimento psicológico em direção à autonomia será otimizado se decorrer num contexto de proximidade emocional à família, pois quanto mais seguro o adolescente se sentir no seu seio, maior capacidade terá para se envolver de forma confiante na construção de uma identidade autónoma e para integrar as experiências emocionais que ocorrem neste e noutros contextos.

Ou seja, tanto a família como o grupo de pares são referências para o desenvolvimento da identidade (Steinberg & Silk, 2002), sendo que, na investigação, a qualidade da relação com os pais surge como o preditor mais consistente da saúde mental e bem-estar geral dos adolescentes (Resnick et al., 1997).

4.1 - ESTILOS DE VIDA NA ADOLESCÊNCIA

Os estilos de vida não determinam automaticamente a saúde dos indivíduos razão pela qual deve ser trazida para o centro da discussão científica e política a importância dos fatores estruturais que, afinal, enformam e reproduzem esses mesmos estilos de vida (Macintyre, 2000). A adoção de hábitos mais saudáveis está condicionada pela posse de recursos estruturais, como o rendimento, o alojamento ou a zona de residência, por aspetos culturais, como a escolaridade, ou ainda psicossociais, como a origem social ou a ocupação profissional.

O conceito de estilo de vida não é um conceito recente, embora tenha evoluído ao longo dos anos. A Organização Mundial de Saúde define estilo de vida como “um aglomerado de padrões comportamentais, intimamente relacionados, que dependem das condições económicas e sociais, da educação, da idade e de muitos outros fatores” (WHO, 1988:114) ou, ainda, como um modo de viver baseado na interação entre as condições de vida e os padrões de conduta individuais determinados por fatores socioculturais e características pessoais

(OMS, 1989). Em 2004 o Ministério da Saúde caracterizou os estilos de vida como um conjunto de hábitos e comportamentos de resposta às situações do dia-a-dia, aprendidos através do processo de socialização e constantemente reinterpretados e testados, ao longo do ciclo de vida (Despacho Nº 1916/2004).

O conceito de estilo de vida assumiu igualmente um lugar importante no contexto de promoção da saúde e da prevenção da doença. Tem sido utilizado de várias formas para explicar os comportamentos de saúde (Matos et al., 2006; Golding & Cornish, 1987). Para a OMS (WHO, 1986), o comportamento de saúde é qualquer atividade desenvolvida pelo indivíduo com o objetivo de promover, proteger ou manter a saúde.

Os estilos de vida estão ligados aos valores, às motivações, às oportunidades e a questões específicas ligadas a aspetos culturais, sociais e económicos (WHO, 1986). Não há por isso um, mas vários “estilos de vida”, sendo que a sua compreensão assenta em fatores individuais (atitudes, interesses, informação, educação) e em fatores ambientais como grupo familiar, grupo social, ambiente de trabalho ou escola, comunidade onde se vive, ainda entre outros fatores mais sistémicos do envolvimento, como o sistema social, instituições, cultura, regime político e ainda, por outro lado as características do nicho ecológico e geográfico. Estes fatores estão em permanente interação e moldam os comportamentos dos indivíduos ligados à saúde e ao risco (Mendoza et al., 1990, citado por Matos, 2006).

Atualmente, a esmagadora taxa de morbilidade e mortalidade dos adolescentes é o resultado dos estilos de vida praticados. A maioria das atuais ameaças à saúde dos adolescentes são a consequência de fatores sociais, ambientais e comportamentais (DiClemente, Hansen & Ponton, 1996).

A família e o grupo de pares costumam ser considerados como as principais fontes de influência do adolescente, no que respeita às atitudes e comportamentos relacionados com a saúde (Mattey, 2003; Wolfgang, 2000; Bruhn, 1988, cit. in Matos et al., 1996). Os comportamentos ligados ao risco diferem com o género e o estatuto socioeconómico, agravando-se com a idade (Matos & Gaspar, 2005).

As doenças crónicas não transmissíveis (doenças cardiovasculares, cancro, patologia respiratória crónica, diabetes *mellitus*, as doenças osteoarticulares e as perturbações da saúde mental, como a depressão) constituem, hoje, a principal causa de morbilidade e mortalidade

nas sociedades desenvolvidas. Têm, como etiologia comum, um conjunto de fatores, fundamentalmente ligados aos estilos de vida individuais. A forma como cada pessoa gere o seu próprio capital de saúde ao longo da vida, através de opções individuais expressas no que poderemos entender como estilo de vida, constitui assim uma questão fulcral na génese da saúde individual e coletiva.

O consumo excessivo de tabaco e álcool, os erros alimentares, a obesidade, a inatividade física, a má gestão do *stress* e os inadequados padrões de sono e repouso, estão hoje claramente identificados, nomeadamente, entre os adolescentes e os jovens, como sendo os principais fatores implicados na origem daquelas doenças (DGS, 2004; Abolfotouh *et al.*, 2007; Steptoe *et al.*, 2002; Steptoe e Wardle, 2001).

Nesta medida, intervir sobre estes determinantes surge como uma estratégia de saúde fundamental que permitirá obter, a médio prazo, ganhos significativos em termos de redução da prevalência de doenças crónicas, e dos custos económicos individuais e sociais que lhe estão associados, como, aliás, a experiência de outros países já comprovou (Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde Relacionados com os Estilos de Vida, Despacho N° 1916/2004, DGS, 2004a).

4.2 - SENTIDO DE COERÊNCIA

Contrariando as ciências médicas cujo objetivo principal visa explicar a razão pela qual as pessoas adoecem, Aaron Antonovsky, constatou nos seus estudos, que perante os mesmos stressores, existiam pessoas que ficavam doentes enquanto outras se mantinham saudáveis. Porque é que certas pessoas tendem a manter-se saudáveis apesar das circunstâncias adversas que ocorreram no seu ciclo de vida? O conceito de Sentido de Coerência - do inglês *sense of coherence* - foi catapultado para o âmbito da promoção da saúde, inserindo-se nas grandes linhas mestras orientadoras das políticas de promoção de saúde mental do século XXI (WHO, 1997a).

O conceito de Antonovsky constitui uma proposta inovadora no campo da identificação e especificação das características do indivíduo que facilitam a resolução de problemas e a gestão do *stress* da vida, desempenhando uma ação promotora da saúde mental e da qualidade de vida. A evolução do conceito de saúde, posta em causa pela ausência de doença, revelou as

profundas limitações do paradigma patogénico e reforçou a necessidade de uma estrutura teórica que melhor permitisse compreender o verdadeiro significado do conceito Saúde. O paradigma salutogénico emerge progressivamente como uma proposta alternativa de saúde, fruto do desenvolvimento simultâneo de vários constructos, entre eles e de acordo com Nunes (1999) o *locus of control* (Rotter, 1966), *personality hardiness* (Kobasa, 1979 e Coopersmith, 1983), ou ainda, *learned resourcefulness* (Rosenbaum, 1988), *sense of humor* (Lefcourt, 1986), *self efficacy and human agency* (Bandura, 1977, 1982, 1989), *resiliency* (McCubbin, 1994), entre outros. Estes constructos têm como fator comum a compreensão da gestão do *stress* e a manutenção da saúde (Antonovsky, 1987 in Nunes 1999).

Antonovsky, refere que a antítese saúde/doença deve ser entendida não numa dicotomia de lugares marcados, mas como um espaço num contínuo com dois limites: disfuncional/funcional. É proposto, no lugar do *modelo homeostático* de saúde de paradigma patogénico, baseado na busca dos fatores que conduzem à doença, um modelo no qual são procurados os elementos que conduzem o indivíduo a manter-se com saúde - com a saúde que tem, independentemente dos elementos desfavoráveis do meio físico e social. Assim, em vez de elementos distintos, a *saúde* e a *doença* são integradas num contínuo disfuncionalidade/funcionalidade máxima no qual todos os indivíduos estão incluídos, progredindo ou regredindo nele em relação aos seus pólos (Antonovsky, 1987:3).

O Modelo Salutogénico é em parte explicado fazendo recurso ao conceito *sentido de coerência* que é definido como: uma orientação global que expressa a extensão em que a pessoa tem um sentimento de confiança generalizado e estável, embora dinâmico, e que se traduz nos seguintes aspetos: 1) o estímulo que deriva dos seus ambientes externos e internos, no decurso da sua vida, é percebido como sendo estruturado, previsível e explicável; 2) a pessoa percebe a existência de recursos para fazer face às exigências colocadas por esse estímulo; e 3) estas exigências constituem desafios, merecedores de investimento e empenho (Antonovsky, 1987:19). Trata-se, pois, de a pessoa dar um sentido, ou uma ordem, à sua experiência ou existência, e à sua fé ou convicção que tem capacidades ou recursos para fazer frente aos desafios da vida. O sentido de coerência é, para Antonovsky, um determinante major do estado de saúde e inclui três componentes: 1) *Compreensibilidade* na medida em que a pessoa percebe o estímulo que deriva dos seus ambientes externos e internos como fazendo sentido. 2) *Controlo* na medida em que a pessoa percebe que existem recursos adequados para fazer face à adversidade. 3) *Significação generalizada* que representa o

elemento motivacional e refere-se à extensão em que a pessoa sente que a sua vida faz sentido, não apenas a nível cognitivo como a nível emocional.

Na perspetiva de Lindström e Eriksson (2005), em comparação com outros conceitos (e.g. *coping*, resiliência) o “sentido de coerência” tem uma maior adaptabilidade e uma maior possibilidade de utilização universal. O “sentido de coerência” pode ter uma influência direta nos diferentes sistemas do organismo humano (e.g. sistema nervoso central, sistema imunológico), afetando os processos de pensamento (cognições) que determinam quando uma certa situação é perigosa ou segura, agradável ou desagradável. Ao mobilizar os recursos existentes, o sucesso da sua utilização leva à redução do estado de tensão, afetando de forma indireta os sistemas fisiológicos envolvidos no processamento do *stress*.

As pessoas com um forte “sentido de coerência” têm uma maior capacidade de fazer escolhas, relacionadas com os comportamentos que explicitamente favorecem a saúde (dieta equilibrada, exercício físico), bem como de estabelecer limites e evitar situações que possam afetar a sua saúde (Bengel, Strittmatter e Willmann, 1999). Segundo Antonovsky (1987, 1993), o sentido de coerência não sendo exclusivamente constituído por fatores individuais, mas também por condições históricas, sociais e culturais, é fortemente influenciado pelas experiências vividas.

Os “recursos gerais de resistência”

Antonovsky explorou um conjunto de fatores e de variáveis a partir de estudos epidemiológicos e a sua correlação com a saúde, a que chamou “recursos gerais de resistência”. Estes recursos são características genéticas, constitucionais e psicossociais: recursos materiais, conhecimento/inteligência, identidade do eu, estratégias de *coping* (racionalização, flexibilidade), suporte social, estabilidade cultural, religião e uma orientação para evitar situações que ponham em causa a saúde (Lindström e Eriksson, 2005).

O termo “gerais” refere-se ao facto de serem efetivos em qualquer tipo de situação e o termo “resistência” ao facto dos recursos aumentarem a capacidade da pessoa para se relacionar positivamente com os fatores adversos e, portanto, aumentarem a resistência da pessoa. Estes funcionam num impacte contínuo nas experiências de vida e capacitam-nos para investirmos e tornarmos coerentes essas experiências de vida que irão dar forma ao sentido de coerência

(*Ibid.*). De acordo com Long (2001), podemos agrupar os recursos gerais de resistência em categorias significativas: ambientais e materiais; físicos e bioquímicos; emocionais; interpessoais ou relacionais e socioculturais.

4.3 - LOCUS DE CONTROLO

A noção de locus de controlo, inicialmente formulada por Rotter (1990), ao longo dos anos 50, na sua teoria da aprendizagem social, afirma que a probabilidade de um comportamento específico ocorrer numa dada situação é função da expectativa de esse comportamento levar à obtenção de um reforço bem como do valor do reforço para o sujeito. A Escala de Locus de Controlo de Rotter pretende avaliar a expectativa de reforço ao longo de uma dimensão de controlo interno *vs.* externo (Cloninger, 1999; Hjelle & Ziegler, 1992).

Uma característica do ser humano é viver com a noção ou o sentimento de posse de algum grau de segurança e controlo sobre o seu ambiente e os acontecimentos da sua vida, em particular sobre as circunstâncias que podem ter repercussões negativas, ou, proporcionar condições positivas. Desta forma, as pessoas agem, quando desejam influenciar diretamente os acontecimentos. Ao fazê-lo, anseiam por um controlo pessoal – ou seja, o sentimento que podem tomar decisões e implementar ações que conduzam aos resultados desejados, evitar os indesejados ou reduzir o impacto dos acontecimentos *stressantes* (Almeida e Pereira, 2006:222).

As perceções das pessoas relativas ao controlo que podem exercer sobre o seu comportamento em geral e sobre o seu estado de saúde em particular, são consideradas como um dos mais poderosos determinantes das suas atitudes relativas à saúde, o que lhes permite procurar informações, realizar escolhas, tomar decisões e implementar comportamentos relativos à saúde. O esforço para compreender os motivos que levam os indivíduos a adotar comportamentos saudáveis ou promotores da saúde tem sido também uma das preocupações dos profissionais de saúde.

O foco da maioria dos estudos realizados no domínio das perceções de controlo centra-se nas crenças sobre o *locus* (ou lugar) *desse controlo*. Um dos aspetos mais estudados nesta teoria foi a noção de *Locus de Controlo* que representa uma expectativa generalizada (que cobre um

vasto leque de situações) sobre o grau de controlo exercido pelo indivíduo sobre os acontecimentos ou os reforços que ocorrem na sua vida.

Rotter define Locus de Controlo da seguinte forma: quando um reforço é percebido pelo sujeito como não sendo completamente contingente às suas ações, então, na nossa cultura, é tipicamente atribuído ao acaso, à sorte, ao destino ou estando dependente do poder de outros poderosos, ou ainda como imprevisível, devido à grande complexidade dos fatores envolventes. Quando um acontecimento é interpretado desta forma por uma pessoa, designamos como uma crença num *controlo externo*. Se a pessoa percebe que este acontecimento (reforço) é contingente ao seu comportamento ou depende de características suas estáveis, então designamos esta crença como *controlo interno* (Rotter, 1990; itálico do autor). Do mesmo modo Strickland (1989) diz-nos que pessoas com um *Locus de Controlo Externo* acreditam que o seu sucesso ou fracasso depende de regras exteriores a si mesmo, como o acaso, a sorte ou dos outros. Sujeitos com um *Locus de Controlo Interno* creem que os seus sucessos ou fracassos são determinados pelas suas ações ou competências, sentindo que exercem maior influência na obtenção de reforços que os *Externos*.

O constructo *locus de controlo* é um dos componentes da Teoria da Aprendizagem Social de J. Rotter (1990). O objetivo fundamental desta teoria é a predição do comportamento humano em situações relativamente específicas.

O conceito de locus de Controlo foi aplicado à saúde por Wallston (1992) o qual desenvolveu instrumentos para avaliar em que medida os sujeitos concebiam o seu estado de saúde ou a sua doença como controlados por eles *próprios*, pelo *acaso* ou por *outros significativos*. Foi publicada uma vastidão de literatura com base neste conceito, da qual parece constatar-se que os sujeitos com um locus de controlo interno apresentam uma maior probabilidade de se envolver em comportamentos promotores de saúde, apesar de em situações de doença aguda ou crónica poder ser mais vantajoso acreditar nos outros poderosos.

O resultado das investigações sobre a evolução do Locus de Controlo ao longo da infância e da adolescência referem, na sua maioria, a existência de uma tendência para a internalização ou para a externalização que se define precocemente, e se mantém estável (Kulas, 1996) ou se desenvolve gradualmente no sentido de um aumento gradual do controlo interno (ou de diminuição do Locus de Controlo Externo) ao longo da adolescência.

Locus de controlo e saúde

A tentativa de resposta à questão sobre o tipo de relação entre as crenças relativas ao sentido de controlo pessoal e o bem-estar, a saúde ou a doença dos indivíduos tem sido um dos domínios que tem recebido as maiores atenções. Um vasto número de constructos (estilo pessimista de Peterson, Seligman, e Vaillant, 1988; sentido de coerência de Antonovsky, 1987) e de investigações sobre as perceções de controlo pessoal sobre a saúde têm sido realizadas com algum sucesso na previsão do estado de saúde (Marshall, 1991). O conjunto de estudos com resultados mais promissores deriva do modelo teórico, proposto por Rotter, sobre o Locus de Controlo (Wallston, 1992).

De acordo com a proposição teórica deste modelo, será de prever que sujeitos com um maior sentido de controlo interno sobre a realidade acreditem que podem influenciar a sua saúde e, desenvolvam em maior número atitudes e comportamentos promotores de saúde, de manutenção do bem-estar, de prevenção da doença ou de controlo da mesma. Wallston (1991, 1992) foi dos mais entusiastas impulsionadores da utilização do conceito Locus de Controlo como variável preditiva do comportamento dos sujeitos no domínio saúde-doença.

A base teórica em que assenta o modelo de Wallston afirma que o potencial para um indivíduo desencadear um conjunto de comportamentos relacionados com a sua saúde deriva da “função multiplicativa” entre o grau em que o sujeito acredita que as suas ações influenciarão o seu estado de saúde (i.e., crença num locus de controlo interno) e a intensidade em que o sujeito valoriza a sua saúde. Nesta conceção, a valorização da saúde será uma variável mediadora entre o Locus de Controlo Interno e os comportamentos relativos à saúde. Somente se a pessoa valorizar a sua saúde poderão as suas crenças internas de controlo da mesma ser predictoras da implementação de comportamentos que promoverão ou manterão a saúde. Caso a pessoa valorize pouco a saúde ou privilegie outros domínios da sua vida (como o lazer diversão), as crenças específicas de controlo não permitirão qualquer predição do seu comportamento na área da saúde.

Este modelo introduz algumas modificações na conceção de Locus de Controlo de Rotter ao focar unicamente o domínio da saúde e não o comportamento global dos indivíduos, bem como o facto de especificar quais os valores que mediarão a relação expectativa – comportamento. Para os autores, este modelo permitiria assim uma melhor predição do comportamento relativo à saúde.

Como a utilização de escalas de avaliação do Locus de Controlo, enquanto medida de expectativas generalizadas para prever comportamentos em domínios específicos (da saúde ou o tratamento de uma patologia específica), nem sempre permitiu realizar previsões significativas sobre comportamentos concretos, os investigadores, para ultrapassar esta dificuldade, procuraram desenvolver novas escalas de Locus de Controlo que avaliassem domínios específicos das expectativas de controlo e possuíssem então maior capacidade preditiva do comportamento para atividades ou domínios mais concretos (Furnham & Steele, 1993). Foi neste contexto que surgiram as escalas de avaliação do Locus de Controlo relativo à saúde. O seu objetivo era avaliar as expectativas ou as crenças sobre o controlo da saúde, podendo ser relacionadas com comportamentos específicos no domínio da saúde, pelo que não poderiam ser generalizadas para outros domínios da vida dos sujeitos (Wallston, 1992).

O questionário de avaliação do Locus de Controlo relativo à saúde para Crianças (CHLC) foi desenvolvida por Parcel e Meyer (1978) tendo como base o pressuposto que crianças e adolescentes possuem também crenças de controlo específicas para a saúde, e que estas, influenciam os comportamentos relacionados com a saúde, podendo ser úteis para os técnicos de saúde implementarem estratégias mais eficazes de promoção da saúde ou de adesão a esquemas terapêuticos. Parcel e Meyer (1978) referem uma correlação significativa entre a sua escala e uma escala de Locus de Controlo geral (NSLCS).

Wallston (1992), na sequência de uma reflexão crítica da literatura publicada sobre o Locus de Controlo relativo à saúde, considera necessário introduzir uma nova dimensão da personalidade que avalie a expectativa da pessoa poder de facto influenciar efetivamente o seu ambiente – ou seja uma combinação de sentido de auto-eficácia global (tal como definido por Bandura) com o Locus de Controlo. Para o autor “um Locus de Controlo Interno seria condição necessária mas não suficiente para a pessoa desencadear comportamentos adequados ao controlo da saúde. Devemos acreditar que, até certo ponto, o estado de saúde de alguém depende dos seus comportamentos saudáveis. Mas, por a pessoa valorizar a saúde e se sentir responsável pela mesma, não significa que se sinta capaz de dar os passos adequados para controlar o seu estado de saúde. É aqui que a perceção de competência sobre a saúde é adequada” (Wallston, 1992:194). Wallston (1992) defende pois a integração da teoria do locus de controlo no modelo mais vasto da Teoria da Aprendizagem Social, de Bandura. A

integração destes conceitos (percepção de controlo sobre a saúde e auto-eficácia) exige a aproximação entre as Teorias da Aprendizagem Social de Rotter e de Bandura.

4.4 - AUTO-EFICÁCIA

O desenvolvimento da Teoria da Auto-Eficácia deve-se à conceção e aos trabalhos de Albert Bandura, no contexto dos modelos cognitivos de modificação do comportamento e com base na designada Teoria da Aprendizagem Social (Bandura, 1989). Bandura rejeita as perspetivas mecanicistas do ser humano ao considerar que ele possui capacidades superiores que lhe possibilitam utilizar símbolos (cognições) e realizar predições quanto à ocorrência dos acontecimentos e criar mecanismos que lhe permitem exercer controlo diretamente sobre aqueles que afetam a sua vida quotidiana.

Na perspetiva de Bandura, o comportamento humano deve ser analisado em função de uma interação recíproca e contínua entre as condições ambientais, as cognições e as ações do sujeito. Nesta perspetiva, designada pelo autor de “determinismo recíproco” (Bandura, 1978, 1989), os fatores situacionais e disposicionais são considerados como causas interdependentes do comportamento, ou seja: os determinantes internos do comportamento (crenças, expectativas) e os determinantes externos (consequências, reforços, punições) são parte de um sistema de influências interativas que afetam não só o comportamento, mas também o próprio sistema.

Um outro aspeto saliente da Teoria da Cognição Social refere-se à capacidade humana de autorregulação do comportamento. Através da ação no seu meio ambiente, da criação de mecanismos de apoio cognitivo e da criação de consequências para as suas próprias ações, as pessoas têm a capacidade de exercer influência sobre o seu comportamento. Através da representação verbal e imagética, o ser humano processa e preserva as experiências de forma a servirem de guia para o futuro. A capacidade para idealizar resultados futuros potencializa estratégias com a finalidade de alcançar esses objetivos. De acordo com a Teoria Cognitiva da Aprendizagem Social, a motivação e o comportamento seriam determinados pela perspetiva dos acontecimentos. Este mecanismo de controlo antecipatório agrupa três tipos de expectativas: a) expectativas de resultado da situação (*situation-outcome*), em que as consequências são determinadas pelos acontecimentos ambientais, sem ação pessoal; b)

expectativas de resultado da ação (*action-outcome*), em que os resultados ou as consequências derivam de uma ação, e c) percepção de auto-eficácia, que se centra na crença pessoal quanto às capacidades para realizar uma ação específica necessária à obtenção de um resultado determinado (Bandura, 1989, 1992).

A auto-eficácia e as expectativas de resultado da ação referem-se à percepção que se pode mudar a realidade e lidar com os riscos ou ameaças através de uma ação preventiva. A Teoria da Auto-Eficácia é um componente chave na teoria de Bandura. Postula que a iniciação, persistência ou abandono de uma estratégia ou comportamento são particularmente afetados pelas crenças pessoais quanto às suas competências e probabilidades de lidar e ultrapassar as exigências ambientais (Bandura, 1989; Lent & Maddux, 1997). As percepções pessoais de eficácia influenciam o tipo de cenários antecipatórios que as pessoas constroem. Aqueles que possuem um sentido elevado de eficácia visualizam cenários de sucesso, os quais fornecem guias positivos para a realização. Os que se autoavaliam como ineficazes estão mais propensos à visualização de cenários de insucesso que prejudicam a sua realização através do acentuar dos aspetos negativos.

Um sentido de eficácia elevado favorece a construção cognitiva de ações eficazes, e a percepção de ações eficazes fortalece as auto-percepções de eficácia. As crenças de auto-eficácia habitualmente afetam o funcionamento cognitivo através da ação conjunta das operações de processamento da informação e da motivação (Bandura, 1989). As crenças de auto-eficácia determinam o nível de motivação, tal como se reflete na quantidade de esforço empregue para alcançar um objetivo e o tempo que persistirão em face dos obstáculos. Quanto mais forte a crença nas capacidades pessoais, maior e mais longos serão os esforços (Bandura, 1989). A mudança comportamental, de acordo com Bandura, depende das expectativas quanto ao resultado e das expectativas de eficácia pessoal.

O conceito de auto-eficácia tem provado ser um constructo bastante versátil e heurístico. Apesar de as primeiras pesquisas se situarem no domínio da ansiedade e controlo da ansiedade, as investigações posteriores estenderam o conceito para o domínio da aprendizagem e educação, organizacional, aconselhamento e psicoterapia, controlo e manutenção da saúde (Lent & Maddux, 1997; Schwarzer & Fuchs, 1996).

Em qualquer dos domínios a mudança comportamental é facilitada pelo sentido de controlo pessoal. Quando se acredita que se pode atuar para resolver um problema, haverá maior

propensão a fazê-lo e a sentir-se mais implicado numa decisão. Níveis diversos de auto-eficácia podem promover ou limitar a motivação para agir. De acordo com o Modelo de Cognição Social, supõe-se que uma auto-eficácia elevada se relacionaria com melhor saúde, realização escolar ou integração social. A aquisição de um sentido de auto-eficácia deriva da avaliação das experiências passadas, do comportamento dos outros e das informações e incentivos fornecidos pelos outros significativos (Bandura, 1978, 1989).

Quer as expectativas de resultado, quer as de eficácia têm influência na adoção de comportamentos saudáveis, na eliminação de hábitos nefastos ou no controlo da doença. Para a adoção de comportamentos saudáveis, em primeiro lugar, os sujeitos formam uma intenção e só posteriormente executam a ação. As expectativas de resultado são importantes pra a formação da intenção, mas menos para o controlo da ação. Expectativas de resultado positivas encorajam a decisão de mudança comportamental.

Auto-eficácia e tomada de decisão em saúde

A perceção de auto-eficácia, centra-se na crença pessoal quanto às capacidades para realizar uma ação específica necessária à obtenção de um resultado determinado (Bandura, 1989, 1992). As escolhas comportamentais são desenhadas por estas expectativas eficazes baseadas no julgamento que as pessoas fazem das suas capacidades (Bandura, 1986). Assim, a auto-eficácia está relacionada diretamente com a tomada de decisão e a perceção de auto-controlo e indiretamente relacionada com problemas comportamentais (Aas, Klepp, Laberg & Aaro, 1995; Chung & Elias, 1995).

Na sequência deste raciocínio, adolescentes que se percecionam com probabilidades de sucesso nos comportamentos socialmente valorizados, têm menor probabilidade de se envolver em problemas comportamentais e maior probabilidade de tomar decisões que resultem em consequências positivas.

Há evidência científica que mostra como a auto-eficácia está relacionada com o envolvimento de adolescentes em comportamentos problemáticos (Chung & Elias, 1996; Newcomb, McCarthy, & Bentler, 1989). Aas et al. (1995) revelaram que adolescentes com baixa auto-eficácia teriam maior probabilidade de consumir álcool e Hays e Ellickson (1990) revelaram que uma elevada auto-eficácia estava relacionada com menor consumo de álcool, tabaco e

marijuana, e uma baixa auto-eficácia estava relacionada com um maior uso e abuso destas substâncias. A auto-eficácia foi ainda relacionada com a percepção da habilidade por parte dos adolescentes em recusar envolvimento em relações sexuais, particularmente no caso das raparigas (Zimmerman, Sprecher, Langer, & Holloway, 1995).

4.5 - RESILIÊNCIA

O enfoque da resiliência parte da premissa que nascer na pobreza, assim como viver num ambiente psicologicamente insano, são condições de alto risco para a saúde física e mental das pessoas. A resiliência observa as condições que possibilitam abrir-se a um desenvolvimento mais saudável e positivo. A pobreza é considerada como um tipo de ameaça contante, que aumenta a vulnerabilidade das crianças e adolescentes. Crescer na pobreza consiste numa ameaça ao bem-estar da criança e numa limitação das suas oportunidades de desenvolvimento. Nesse sentido, muitas crianças crescem e desenvolvem-se em contextos e situações que constituem ameaças à sua saúde. Ao enfrentar situações de *stress* e risco no seu quotidiano, podem apresentar distúrbios emocionais e problemas de comportamento.

Entretanto, observa-se que nem todas as crianças que vivenciam as mesmas situações de risco apresentam problemas. Pelo contrário, algumas delas conseguem adaptar-se e superar essas situações, demonstrando, entre outras habilidades, competência social (Cecconello, 1999). Resiliência é um conceito que está relacionado com a adaptação e consiste em variações individuais na resposta aos fatores de risco (Rutter, 1996). Para Garmezy (1996), a resiliência pode ser definida a partir da compreensão das consequências da exposição de adultos e crianças a fatores de risco: alguns podem desenvolver problemas, outros podem superar adversidades, adaptando-se ao contexto.

Dando ênfase à ideia de processo, Cyrulnik (2001) considera que a resiliência traduz um conjunto de fenómenos articulados entre si, que se desenrolam, ao longo da vida, em contexto afetivo, social e cultural, podendo ser metaforicamente comparado à arte de navegar no meio de uma tempestade. É, pois, uma história que se constrói, quotidianamente, num longo processo que se inscreve num contexto específico e se reconstrói de forma coletiva, ao longo do tempo, na qual o ambiente e tudo o que o compõe são coautores. Vulnerabilidade refere-se

a uma predisposição individual que potencializa os efeitos de um stressor (Garmezy & Masten, 1994).

Ao contrário da resiliência, vulnerabilidade caracteriza-se por respostas mal-adaptadas que resultam em consequências negativas para o desenvolvimento psicológico (Zimmerman & Arunkumar, 1994).

Inicialmente, o estudo da resiliência foi proposto pela física e a sua definição estava relacionada com a capacidade de um material recuperar o seu estado anterior, depois de ter passado por alguma deformação. Ao ser incorporado pela psicologia, a resiliência passou a ser vista como o conceito que explicaria porque é que, mesmo em situações de adversidade sociais, económicas e psicológicas, alguns indivíduos conseguiam sobreviver e alcançar bem-estar nas suas vidas, enquanto outros não (Masten & Garmezy, 1985; Rutter, 1996). No princípio, a definição do termo resiliência esteve muito relacionada com a ideia de “invulnerabilidade” e de “adaptação”. No entanto essas conceções têm sido muito criticadas por causa do seu carácter estático e absoluto, optando-se por uma visão mais dialética e processual da resiliência (Poletto, 2004 & Yunes, 2001).

De acordo com esta perspectiva, mais do que recuperar um estado anterior após uma situação de *stress* ou trauma, a resiliência, no contexto humano, implica “superação” da dificuldade enfrentada, possibilitando uma resignificação e /ou a construção de novos caminhos face à adversidade. Trata-se, então, de uma capacidade a ser construída ao longo do processo de desenvolvimento humano. Assim, de acordo com (Junqueira & Deslandes, 2003:233) entende-se por resiliência *uma reafirmação da capacidade humana de superar adversidades e situações potencialmente traumáticas*. Além disso, a resiliência não é uma característica estática, mas um processo, que não é ativado para toda e qualquer situação. Entende-se que a resiliência não é um processo linear nem estanque, visto que um indivíduo pode apresentar-se como resiliente numa situação e, posteriormente, não o ser diante de outra e, eventualmente, até mesmo diante da mesma situação (Morais e Koller, 2004).

Com isto, entende-se que resiliência não implica um estado de bem-estar constante. A interação das variáveis individuais e do contexto configurará, constantemente, a maior ou menor capacidade de cada pessoa, em momentos específicos, para lidar de forma positiva com a adversidade, não se subjugando a ela.

Enquanto objeto de investigação, a resiliência tem sido examinada de forma sistemática no decorrer das últimas três décadas, a partir de trabalhos desenvolvidos com crianças vivendo em ambientes com múltiplos riscos psicossociais. Dentre esses, cabe referir o estudo longitudinal coordenado por Emmy Werner que acompanhou, durante 32 anos, uma coorte de 698 crianças nascidas em 1955, no Hawaii, dentre as quais aproximadamente um terço (n=201) foi considerada de alto risco, pois vivia em famílias cronicamente pobres e que tinham experienciado *stress* perinatal, instabilidade familiar, conflitos e problemas de saúde física e mental dos pais. Este estudo avaliou, entre outros aspetos, as consequências, a longo prazo, das condições adversas sobre o desenvolvimento físico, cognitivo e psicossocial dessas crianças, identificando que, na vida adulta, uma parte desse grupo (n=72) se desenvolveu como pessoas que, sob o ponto de vista vocacional e académico, foram consideradas competentes, confiantes e capazes de gerir a sua vida dentro dos padrões considerados normais, apesar de terem crescido sob condições desvantajosas. A outra parte do grupo de crianças, que também viveu em condições de alto risco, manifestou sérios problemas de aprendizagem, delinquência e problemas de saúde mental. O acompanhamento deste grupo, mostrou que as crianças que se desenvolveram normalmente, apesar das diversidades, foram aquelas que puderam contar com um conjunto de fatores de proteção dentro ou/e fora da família.

Na sequência deste estudo e, segundo, Luthar Cicchetti e Becker (2000), a pesquisa sobre resiliência expandiu-se e, passou, a incluir múltiplas condições adversas, como, a desvantagem socioeconómica e riscos associados (Garmezy, 1991, 1995; Rutter, 1979; Werner & Smith, 1982, 1992), a doença mental dos pais de crianças e de adolescentes (Masten & Coatsworth, 1995, 1998), os maus tratos (Beeghly & Cicchetti, 1994; Chicchetti & Rogosch, 1997; Cicchetti, Rogosch, Lynch, & Holt, 1993; Moran & Eckenrode, 1992), pobreza urbana e violência comunitária (Luthar, 1999; Richters & Martinez, 1993), doença crónica (Wells & Schwebel, 1987) e acontecimentos de vida catastróficos (O'Dougherty Wright, Masten, Northwood, & Hubbard, 1997). O essencial destes estudos foi uma pesquisa sistemática dos fatores de proteção, isto é, aqueles que possibilitam diferenciar as crianças com perfis de adaptação saudáveis de outras comparativamente menos bem ajustadas.

Resiliência é um conceito multifacetado, contextual e dinâmico (Masten, 2001). Estudos realizados neste âmbito têm demonstrado que a resiliência não constitui um atributo fixo e inalterável, mas resulta antes da combinação de fatores individuais, familiares e comunitários

(Brown & Rodes, 1991, cit. in Atwool, 2006; Masten, 2001; Soest et al., 2010; Ungar, 2003 citados por Antunes, 2011). A resiliência é entendida, não somente, como uma característica da pessoa ou capacidade, mas resultante da interação dinâmica existente entre as características individuais e a complexidade do contexto ecológico (Cecconello, 2003; Junqueira & Deslandes, 2003; Seligman & Csikszentmihalyi, 2000; Yunes, 2003; Yunes & Szymansky, 2001 citados por Koller e Poletto, 2008). Luthar (1993) propôs domínios específicos de coping que delimitariam diferentes tipos de resiliência: social, emocional e acadêmica (Rutter, 1993; Zimmerman & Arunkumar, 1994 citados por Koller e Poletto, 2008). No entanto, os processos de resiliência requerem compreensão dinâmica e interacional dos fatores de risco e de proteção.

Outro estudo longitudinal que representa um marco inicial para o desenvolvimento da pesquisa sobre resiliência foi conduzido por Michel Rutter que acompanhou, durante dez anos (de 1979 a 1989), 125 crianças cujos pais sofriam de doença mental. A constatação de que muitos desses filhos superaram privações e adversidades a que estiveram expostos na infância, sem apresentar qualquer tipo de doença mental ou problemas de comportamento, serviu de ponto de partida para a investigação, no sentido de compreender como é que conseguiram evitar os efeitos negativos da convivência com a doença mental e identificar o que as protegia dos perigos potenciais a que estavam expostas (Zimmerman & Arunkumar, 1994).

Usando uma triangulação, Hunter & Chandler (1999) recolheram dados quantitativos e qualitativos, de 51 estudantes dos 10º e 11º anos. Eles observaram que a resiliência para os participantes significava estar isolado; não se relacionar com os outros; ser independente, no sentido em que é capaz de realizar ações ou decidir por si próprio sem depender da ajuda de outros; não ter ninguém em quem confiar, além dele próprio... Estes achados sugeriam que a resiliência significava alguma coisa muito diferente para estes adolescentes daquilo que a Escala da Resiliência estava a medir. Ser resiliente não era ter um sentido saudável de si próprio, um forte sentido de autoestima, ou a habilidade de se relacionar ou confiar nos outros. Ser resiliente, significava, sobrevivência (Ungar & Teram, 2005).

Os primeiros esforços nos estudos sobre resiliência centraram-se, essencialmente, nas qualidades pessoais das “crianças resilientes”, como a autonomia ou a elevada autoestima (Masten & Garmezy, 1985). Com a evolução do trabalho nesta área os investigadores cada

vez mais tiveram conhecimento de que a resiliência pode muitas vezes derivar de fatores externos à criança. Estudos subsequentes levaram à delimitação de três conjuntos de fatores implicados no desenvolvimento da resiliência: 1) atributos pessoais das crianças 2) aspetos das suas famílias 3) características dos seus ambientes sociais mais vastos (Masten & Garmezy, 1985; Werner & Smith, 1982, 1992).

Nas últimas duas décadas, o foco do trabalho empírico deslocou-se da identificação dos fatores de proteção para a compreensão dos processos de proteção subjacentes. Em vez de estudarem apenas quais os fatores da criança, família e ambiente que estão envolvidos na resiliência, os investigadores esforçam-se por compreender como tais fatores podem contribuir para a obtenção de resultados positivos (Cowen et al., 1997; Luthar, 1999). Esta atenção dada aos mecanismos subjacentes é considerada como essencial para o avanço da teoria e das pesquisas nesta área, tal como para o desenho de estratégias de prevenção e de intervenção em indivíduos que enfrentam adversidades (Cicchetti & Toth, 1991, 1992; Luthar, 1993; Masten et al., 1990; Rutter, 1990).

Fatores de risco e de proteção

As bases da resiliência são tanto constitucionais quanto ambientais. A resiliência é entendida, portanto, não somente como uma característica do indivíduo, como uma capacidade inata, herdada apenas por alguns, mas também como parte da interação dinâmica existente entre as características individuais e a complexidade do contexto social (Yunes & Szymansky, 2001; Junqueira & Delandes, 2003; Cecconello, 2003; Hultz & Koller, 1996; Yunes, 2003).

A definição de resiliência, a partir da compreensão da interação do indivíduo com o seu ambiente, implica o entendimento dinâmico dos chamados fatores de risco e de proteção.

Os fatores de risco são os eventos de vida que, quando presentes, aumentam a probabilidade do indivíduo apresentar problemas físicos, psicológicos e sociais. Já os fatores de proteção referem-se às influências que modificam, melhoram ou alteram respostas pessoais a determinados riscos de desadaptação (Yunes, 2001; Tavares, 2001).

Tanto no conceito de fatores de risco, quanto no de proteção, a literatura tem destacado a necessidade de se enfatizar uma abordagem de “processos”. Ou seja, *à priori*, nenhuma

variável é fator de risco ou proteção, uma vez que qualquer fator pode, potencialmente, ser de risco numa situação e de proteção noutra, dependendo justamente da relação estabelecida entre as variáveis individuais e do contexto socioambiental (Yunes, 2001; Tavares, 2001). Desta forma, as pesquisas sobre resiliência voltam-se para o estudo dos mecanismos específicos através dos quais determinadas variáveis produziram resultados particulares (Rutter, 1987; Rutter, 1996). Além disso, os fatores de risco e de proteção serão assim considerados conforme a percepção de cada indivíduo (Morais e Koller, 2004).

Sobre os fatores de risco, é importante destacar que a resiliência aparece em situações que expõem ao risco. Portanto, sem risco, adversidade ou situação stressora não se pode falar em resiliência (Carvalho *et al*, 2007). A literatura tem sido fortemente marcada pelo estudo do “risco” e pelas consequências negativas para o desenvolvimento humano (Morais, 2004; Moraes, 2005). Deste modo, é mais comum a existência de estudos sobre acontecimentos negativos na vida das pessoas do que o foco sobre os fatores de proteção, cuja presença pode contribuir para o desenvolvimento de respostas positivas por parte dos indivíduos.

Contudo, sobretudo a partir do ano 2000, uma nova preocupação tem sido trazida aos estudos sobre resiliência. Trata-se de compreender os fatores e processos que promovem um desenvolvimento saudável e quais os aspetos que são responsáveis por fortalecer e construir competências nos indivíduos. Essa nova perspectiva, encoraja o foco nos estudos sobre os fatores de proteção, sobretudo para se desenvolverem estratégias de prevenção mais eficazes. Essas estratégias deveriam consistir tanto no evitamento do risco, como na promoção de um funcionamento mais saudável após a exposição ao mesmo. Nesse sentido, além de ser protetor ao indivíduo evitar situações que o exponham ao risco, poderia ser também protetora a experiência do risco e a reconstrução psicológica que tal experiência proporcionasse. Seligman & Csikszentmihalyi (2000) defendem uma mudança de paradigma, de modo a que a prevenção se centrasse numa perspectiva focada na construção de competências e não na correção de fraquezas ou fragilidades.

PARTE II
INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA

CAPÍTULO I - METODOLOGIA

No presente capítulo pretende-se descrever a metodologia adotada para a realização do estudo, apresentando os objetivos gerais e específicos e a questão de investigação. Pretende-se também identificar a amostra, seus critérios de seleção e procedimento de recolha dos dados. Por fim, apresentam-se as variáveis estudadas, os instrumentos utilizados e as análises estatísticas efetuadas.

1 - O PROBLEMA DE INVESTIGAÇÃO E OS OBJETIVOS

A celeridade das transformações sociais económicas e políticas como aquelas que o mundo global está a atravessar colocam a saúde das populações com vulnerabilidade acrescida, em risco. Ter ou não ter uma doença depende dos genes, de acontecimentos na vida de uma pessoa, mas também das condições de vida. Depende do rendimento, por isso a saúde está muito associada à pobreza, e depende das diferenças sociais e económicas: a desigualdade é em si um fator estreitamente associado à saúde. Neste contexto, a crise económica que vem desde 2008/2009 em todo o mundo, e que se fez sentir de uma forma particular na Europa, tornou-se um campo de estudo muito importante. Criou uma oportunidade, infelizmente, para se poder comprovar a influência destes fatores sociais e económicos sobre a saúde.

A problemática desta investigação encontra eco no que está plasmado no Relatório da Unicef “As crianças e a crise em Portugal – vozes de crianças, políticas públicas e indicadores sociais” (Unicef, 2013), ao reconhecer que apesar do impacto dramático que a crise económica está a ter nas crianças portuguesas e nas suas famílias, pouco se sabe sobre a situação real das mesmas e nada é dito sobre o que poderia ser feito para proteger os direitos e interesses das crianças no presente e no futuro próximo. Para esta situação contribuiu significativamente a falta de um sistema completo e integrado de recolha de dados sobre a realidade das crianças, especialmente neste período de recessão e, simultaneamente, a falta de reconhecimento da criança como sujeito titular de direitos implícita nas políticas de combate à crise (Unicef, 2013).

O problema da pobreza infantil, apesar de todas as conquistas alcançadas ao longo da história na defesa dos direitos das crianças, persiste como um problema grave. Importa, por isso, ter uma perspetiva compreensiva da situação em relação à pobreza infantil e é importante

considerar não só os indicadores económicos, mas em simultâneo, adotar uma perspetiva multidimensional do bem-estar das crianças e dos seus direitos.

No sentido de ampliar a perspetiva multidimensional do fenómeno importa, do nosso ponto de vista, estudar processos de vulnerabilidade e resiliência relativos a crianças e jovens em situação de risco de desadaptação e insucesso ao longo da vida, devido a adversidades biológicas ou ambientais, como a pobreza, mas sobretudo compreender ao que se deve a capacidade de algumas destas crianças e jovens para ultrapassar situações adversas, desenvolvendo comportamentos ajustados que concorrem para a sua saúde e o seu bem-estar (Bastos et al, 2008). A esta capacidade dá-se o nome de resiliência, conceito que tem subjacentes duas condições fundamentais: a exposição a adversidade ou risco e a adaptação e desenvolvimento positivos (Rutter, 1990, cit. in Evans & Pinnock, 2007; Soest, Mossige, Stefansen, & Hjemdal, 2010 citados por Antunes, 2011).

Um novo discurso sobre resiliência aponta para a necessidade de compreender as conexões que existem entre as escolhas feitas pelos adolescentes e os contextos em que elas têm lugar (Ungar & Teram, 2005) e, por isso, estudar num contexto económico e social particularmente problemático, os diferentes impactos que os fatores psicossociais e económicos têm na saúde dos adolescentes com vulnerabilidade acrescida pela sua condição de pobreza e, as razões porque alguns deles, ultrapassam adversidades perseguindo uma trajetória de resiliência, tornou-se o assunto central em torno do qual nos propomos desenvolver este trabalho, procurando ter uma melhor compreensão dos processos através dos quais alguns adolescentes, ainda que sujeitos aos mesmos fatores de *stress* que outros, na mesma condição de desvantagem, superam a adversidade, mantendo-se saudáveis. Da revisão teórica realizada consubstanciada na evidência científica produzida, das constatações da nossa experiência através do exercício da prática de cuidados em enfermagem de saúde pública/intervenção comunitária, nomeadamente, em escolas do Ensino Básico e do Ensino Secundário integrando equipas de saúde escolar, do desenvolvimento de projetos de parceria no âmbito da saúde e da educação, da orientação de estudantes em estágio no âmbito do Curso de Licenciatura em Enfermagem em contextos de vulnerabilidade e pobreza, e, por último, mas não menos importante, das infindáveis interrogações sobre a prática de cuidados, surge a seguinte questão de investigação que gostaríamos de ver respondida através da realização deste estudo: *Por que é que certos adolescentes adotam um estilo de vida saudável apesar de circunstâncias adversas, como a pobreza, rodearem as suas vidas?*

Procurámos obter esta compreensão num primeiro momento analisando a relação existente entre fatores de ordem individual e fatores de ordem contextual de adolescentes pobres e não-pobres e a escolha de um estilo de vida promotor de saúde. Num segundo momento pretendemos aceder a um entendimento da relação que existe entre ser pobre num contexto determinado e a escolha por um estilo de vida promotor de saúde, explorando narrativas de resiliência que incorporem a questão do significado da experiência dos sujeitos. Deste modo temos como finalidade:

- Compreender os fatores e os processos que estão subjacentes à construção de um estilo de vida promotor de saúde de adolescentes que vivem em circunstâncias adversas, como a pobreza, analisando as conexões que se estabelecem entre os atributos de ordem individual e do contexto socioambiental.

Desiderato a que procuraremos responder através da prossecução dos seguintes objetivos, geral e específicos:

Objetivo Geral:

- Identificar o estilo de vida de adolescentes que vivem em contextos de pobreza.

Objetivos Específicos:

- Analisar a relação que existe entre auto-eficácia de adolescentes que vivem em contextos de pobreza e estilo de vida promotor de saúde.
- Analisar a relação que existe entre locus de controlo de adolescentes que vivem em contextos de pobreza e estilo de vida promotor de saúde.
- Analisar a relação que existe entre sentido de coerência de adolescentes que vivem em contextos de pobreza e estilo de vida promotor de saúde.
- Analisar a relação que existe entre resiliência de adolescentes que vivem em contextos de pobreza e estilo de vida promotor de saúde.
- Analisar a relação que existe entre fatores de ordem individual e fatores de ordem contextual que enformam e reproduzem os estilos de vida individuais.
- Analisar, na perspectiva de adolescentes que vivem em contextos de pobreza, a relação que existe entre a experiência de ser pobre e um estilo de vida promotor de saúde.

2 - DESENHO DO ESTUDO

Paradigma de investigação

O conceito de paradigma de investigação pode definir-se como um conjunto articulado de postulados, de valores conhecidos, de teorias comuns e de regras que são aceites por todos os elementos de uma comunidade científica num dado momento histórico (Coutinho, 2011 citando Coutinho, 2005). Deve-se a Thomas Khun o conceito de paradigma que, na célebre obra *The Structure of Scientific Revolution* (1962), o definiu como sendo, em primeiro lugar, *o conjunto de crenças, valores, técnicas partilhadas pelos membros de uma dada comunidade científica e, em segundo, como um modelo para o “que” e para o “como” investigar num dado e definido contexto histórico/social* (Coutinho, 2011:9). De acordo com Schwandt (1994) citado por Apóstolo e Gameiro (2005), um paradigma abarca questões ontológicas - natureza da realidade – epistemológicas - como se pode entender essa realidade - e processuais – a via pela qual se pode aceder a essa realidade. Mertens (2015) reporta os trabalhos de Guba e Lincoln's (1989; 2005) para descrever os quatro pressupostos filosóficos que constituem um paradigma: axiológico, ontológico, epistemológico e metodológico. Diferentes autores propõem diferentes paradigmas, a saber. Denzin and Lincoln (1994) reportam seis paradigmas: construtivista, interpretativo, feminista, positivista, pós-positivista e teoria crítica. Weaver and Olson (2006) citados por Welford, Murphy e Casey (2011) reportam quatro paradigmas: positivista, pós-positivista, teoria social crítica e interpretativo. Creswell (2010) propõe quatro paradigmas diferentes: pós-positivista, construtivista, reivindicatório/participatório e pragmático. E, por último, Mertens e Wilson identificam quatro paradigmas: pós-positivista; construtivista, transformativo e pragmático e respetivas ramificações (Mertens, 2015).

Antes de iniciarmos o nosso estudo, foram analisados os paradigmas acima enunciados. Deter-nos-emos sobre os paradigmas pós-positivista e pragmático porque são aqueles que importam ao nosso estudo. O primeiro paradigma, relacionado com uma abordagem quantitativa, geralmente reflete uma filosofia determinista que está baseada no paradigma ou escola de pensamento pós-positivista. Os pós-positivistas examinam a causa, e como diferentes causas interagem e/ou influenciam os resultados. O paradigma pós-positivista adota a filosofia de que a realidade pode ser descoberta; entretanto, apenas imperfeitamente e num

sentido probabilístico. A abordagem é tipicamente dedutiva - onde a maioria das ideias ou conceitos é reduzida a variáveis e as relações entre elas são testadas. O conhecimento que resulta é baseado na observação, medição e interpretação cuidadosas da realidade objetiva (Sousa, DriessnackI, & Mendes, 2007). O conceito de pós-positivismo representa o pensamento posterior ao positivismo, que desafia a noção tradicional da verdade absoluta do conhecimento (Phillips e Burbules, 2000 citado por Creswell, 2010) e reconhece que não podemos ser “positivos” sobre as nossas declarações de conhecimento quando estudamos o comportamento e as ações de seres humanos (Creswell, 2010). A abordagem qualitativa, ao contrário, é baseada no paradigma naturalista. A abordagem do estudo é indutiva, em vez de dedutiva, e começa com a suposição de que a realidade é subjetiva, não objetiva, e que podem existir múltiplas realidades em vez de apenas uma (Sousa, DriessnackI, & Mendes, 2007).

Habitualmente cada investigação segue um paradigma, mas podem existir razões para querer analisar o mesmo problema através de mais do que uma forma (Bastos, 1998:25). Os estudos sobre resiliência, como o nosso estudo pretende ser, apontam nesse sentido, de poder analisar o problema através de mais do que uma forma. Se não, vejamos o proposto por Ungar e Liebenberg (2011) a propósito da interpretação socio-ecológica de resiliência e das duas perspetivas que lhe estão associadas, o indivíduo e o ambiente:

”Resilience Research Centre (RRC) and its network of collaborators globally has been to explore both etic (homogeneous) and emic (heterogeneous, indigenous) conceptualizations of resilience (Ungar, Lee, Callaghan, & Boothroyd, 2005; Ungar & Liebenberg, 2005). Rather than a quality of the individual, a social ecological interpretation of resilience is hypothesized:

“In the context of exposure to significant adversity, resilience is both the capacity of individuals to *navigate* their way to the psychological, social, cultural, and physical resources that sustain their well-being, and their capacity individually and collectively to *negotiate* for these resources to be provided and experienced in culturally meaningful ways. (Ungar, 2008, p. 225) (...) understood this way, resilience is the qualities of both the individual and the individual’s environment that potentiate positive development.”

Atendendo à natureza do trabalho que nos propomos desenvolver, assente numa perspetiva socio-ecológica da resiliência, e com o propósito de construir um conhecimento substantivo capaz de responder à questão de investigação e aos objetivos, a nossa escolha recaiu sobre o *paradigma pós-positivista* com uma *orientação pragmática* (Creswell, 2010; Weaver & Olson, 2006; Welford, Murphy, Casey, 2011).

Retomamos aqui a questão de investigação - “ *por que é que certos adolescentes adotam comportamentos de saúde apesar de circunstâncias adversas, como a pobreza, rodearem as suas vidas?*” -, para reiterar que o paradigma pós-positivista, por si só, não ilumina globalmente o fenómeno que nos propusemos estudar, na medida em que partindo de teorias e utilizando um pensamento dedutivo deposita objetivamente, na relação entre variáveis e atributos de ordem individual como a auto-eficácia, sentido de coerência, locus de controlo, entre outros, a explicação para comportamentos de procura de saúde por parte dos adolescentes. Por essa razão, por entendemos que não se esgota nas características do indivíduo a explicação de um fenómeno tão complexo, particularmente, se tivermos em consideração, características ambientais onde o fenómeno se enxerta como o contexto de vulnerabilidade e pobreza em que a problemática se inscreve, propusemo-nos analisá-lo através de uma lente complementar que possibilitasse uma melhor compreensão da experiência dos adolescentes, mas a partir da interação dinâmica existente entre as características individuais e a complexidade do contexto ecológico que estes adolescentes habitam. Esta compreensão foi construída de modo indutivo.

Uma abordagem única, quantitativa ou qualitativa, tem-se revelado insuficiente para lidar com fenómenos de maior complexidade e, por isso, optámos pela conjugação das duas abordagens num estudo de métodos mistos.

A visão filosófica e metodológica que sustenta os métodos mistos é o pragmatismo (Sampieri, 2006). Esta corrente rejeita dicotomias tradicionais (por exemplo, racionalismo versus empirismo, realismo versus antirrealismo, determinismo em oposição ao liberalismo total, subjetivismo versus objetivismo) e, geralmente, prefere versões mais moderadas e de senso comum de estruturas filosóficas com base na sua capacidade de resolver adequadamente determinados problemas (a partir de conhecimento, práticas, etc.). Há uma preocupação com o que funciona e com as soluções para os problemas (Patton, 1990 citado por Creswell, 2010). Em vez de se concentrar nos métodos o investigador enfatiza o problema e utiliza todas as abordagens possíveis para o entender.

O desenvolvimento do conhecimento em enfermagem tem vindo a justificar a coexistência de diferentes paradigmas (Cull-Wilby & Pepin, 1987 citados por Basto, 1998). Para estes autores tanto se justifica verificar se a relação entre variáveis é explicada por determinada teoria, colocando-se o investigador fora da situação em estudo (os pesquisadores quantitativos

percebem a "verdade" descrevendo uma realidade objetiva, separada do observador), como é justificada a necessidade de compreender a vivência das pessoas que, por exemplo, no caso da saúde necessitam de cuidados, considerando, que para isso, é indispensável que o investigador não se coloque fora da situação (o pesquisador e o fenómeno estudado são inseparáveis e interagem uns com os outros). Apesar da complexidade das diferenças entre os dois tipos de pesquisa, geralmente os estudos quantitativos focam medidas e enfatizam a visão positivista de causa e efeito, enquanto as pesquisas qualitativas focam os processos sociais e enfatizam a visão construtivista (Martineau, 1999 citada por Yunes, 2001). Também Luthar, Cichetti e Becker (2000) citados por Yunes (2001) reiteram que a variabilidade dos métodos é essencial para expandir a compreensão de qualquer constructo científico dizendo que nenhum método apresenta mais verdade do que outro. Porque o quantitativo e o qualitativo representam dois paradigmas diferentes, não são comparáveis ou proporcionais o que não é impeditivo da combinação de vários métodos num único estudo, se isso for para fins de complementaridade. Para Sampieri y Mendoza os métodos quantitativos e qualitativos deverão ser integrados. Essa visão é chamada de "pragmática" (Sampieri, 2010). O pragmatismo é eclético, reúne diferentes estilos, opiniões e pontos de vista e inclui múltiplas técnicas quantitativas e qualitativas num único estudo (Onwuegbuzie e Johnson, 2008 citados por Sampieri, 2010). Abre a porta a múltiplos métodos, diferentes conceções e diferentes suposições, assim como a diferentes formas de colheita e análise de dados (Creswell, 2010). A lógica do pragmatismo e, conseqüentemente, dos métodos mistos, inclui o uso da indução (ou descoberta de padrões), dedução (prova de teorias e hipóteses) e abdução (apoio e confiança no melhor conjunto de explicações para entender os resultados). É esta lógica que gostaríamos de ver retratada no nosso estudo.

Em *síntese*, atendendo a que o pragmatismo recusa que deva escolher-se uma das dimensões, quantitativa ou qualitativa sobre o contexto, já que considera tratar-se de um continuum quantitativo-qualitativo, utilizaremos uma abordagem, que será distinta da abordagem puramente quantitativa, baseada na filosofia pós-positivista e, também, distinta de uma abordagem puramente qualitativa, fundada na filosofia construtivista ou interpretativa (Johnson e Onwuegbuzie, 2004 citados por Sampieri, 2010), por isto, o nosso estudo terá uma orientação pragmática. Quando se adota uma postura pragmática aceita-se a possibilidade de colocar vários paradigmas num só estudo ainda que um possa ser o dominante. Por exemplo, se o desenho selecionado é explicativo e sequencial, como é o nosso estudo, e se dá maior importância à dimensão quantitativa, o paradigma dominante pode ser o pós-positivista. Na

perspetiva metodológica e de acordo com Dias (2015), o pós-positivismo aponta para um método de pesquisa com instrumentos precisos e com uma abordagem rigorosa, mas flexível ao longo do processo investigativo, enquanto o pragmatismo permite ao investigador uma diversidade metodológica. Esta perspetiva metodológica orientou desde logo para uma abordagem de métodos mistos.

Explicita-se, de seguida, como se operacionalizou esta matriz paradigmática.

Abordagem Metodológica

A história da investigação social encontra-se repleta de esforços para combinar, numa única investigação, diferentes métodos de recolha e análise de informação. Nos últimos anos, têm surgido e sido discutidas diferentes formas de combinar metodologias recorrendo a noções como as de “triangulação” ou “métodos mistos”. Estes desenvolvimentos refletem, por um lado, a necessidade muitas vezes sentida de usar metodologias oriundas de diferentes tradições (i. e. métodos qualitativos e quantitativos) numa mesma investigação e, por outro, o interesse crescente no que se refere ao pluralismo metodológico, após várias décadas em que prevaleceram as “guerras de paradigmas” (Duarte, 2009). O uso de desenhos com métodos mistos é uma tendência crescente em enfermagem. Esta combinação de métodos oferece uma alternativa para a abordagem de problemas complexos da área de saúde, como são aqueles com os quais os enfermeiros se confrontam no seu quotidiano de cuidados. Os métodos mistos têm sido frequentemente usados em promoção da saúde e saúde pública na tentativa de entender os processos e os resultados relativos à complexidade do comportamento humano (Tashakkori & Toddle, 2003). O propósito da pesquisa em enfermagem é desenvolver um corpo de conhecimentos que permita aos enfermeiros compreender os processos e os padrões da complexidade dos comportamentos em saúde, dentro do continuum da saúde-doença, e que possa informar o desenvolvimento e implementação de intervenções terapêuticas de enfermagem. O bom método será sempre aquele capaz de conduzir o investigador a obter respostas para as suas perguntas, ou, dizendo de outra forma, a desenvolver o seu objeto de estudo, explicá-lo ou compreendê-lo. Como nos diz Minayo (2013) os números são uma linguagem, assim como as categorias na abordagem qualitativa o são, tratando-se, portanto, de duas formas de comunicação diferenciadas, devendo ambas convergir para aproximar-se o mais possível da realidade que se propõem discutir. Fenómenos como o multiculturalismo, a

pobreza, a exclusão e as desigualdades são constantemente desafiados a ser abordados tanto pela epidemiologia como pelas ciências sociais na sua vertente mais qualitativa. São problemas desafiantes a que os enfermeiros procuram responder mas reconhecendo ao mesmo tempo os seus limites, não exatamente no conhecimento sobre os processos saúde-doença, mas na cultura e nas condições socioeconómicas que constituem o contexto onde esses fenómenos têm lugar. Como nos dizia Boltanski (1979:119) citado por Minayo (2003), “ Os determinismos sociais não informam jamais o corpo de maneira imediata, através de uma ação que se exerceria diretamente sobre a ordem biológica sem a mediação do cultural que os retraduz e os transforma (...)” (Minayo, 2003:134).

Existem dificuldades quando se equaciona complementaridade entre a epidemiologia – que tende a trabalhar, dentro de seu discurso e de seus conceitos fundamentais, a construção de dados e indicadores quantitativos, e a antropologia e a sociologia. O objeto, no caso da saúde, é sempre o sujeito pois não se estudam os fenómenos de saúde-doença sem implicar a pessoa que nega ou aceita a situação que vivencia na sua relação com os outros e com o ambiente socio-ecológico que a rodeia. Minayo (2003) citando Denzin (1970), Jick (1979), Samaja (1992) e Minayo (1993), observa a triangulação metodológica como a contribuição e uso específico de vários instrumentos, para melhor aproximação, compreensão e explicação dos processos e fenómenos sociais. Esses autores julgam que nenhum método pode arrogar-se a pretensão de responder sozinho às questões que a realidade social coloca. Por isso, exercitando-se um esforço de integração metodológica pode iluminar-se a realidade a partir de vários ângulos, o que permite confluências e discordâncias numa discussão interativa e intersubjetiva na construção e análise dos dados. Também Duarte (2009) citando Fielding e Schreier (2001) advoga a possibilidade da triangulação poder articular métodos quantitativos e qualitativos. Já para Driessnack Sousa & Mendes (2007), o método misto é o uso de duas ou mais estratégias, quantitativa e/ou qualitativa, dentro de um único projeto de pesquisa. Estes métodos mistos referem-se a um único estudo que utiliza estratégias múltiplas ou mistas (implementadas concomitantemente ou sequencialmente) para responder às questões de pesquisa e/ou testar hipóteses. Os métodos mistos ou múltiplos prometem novos *insights* e perspectiva de entendimento dos fenómenos na investigação de enfermagem. O uso de mais de um método oferece o potencial de entendimento mais profundo dos problemas complexos da saúde com os quais os enfermeiros lidam no seu quotidiano. Esta dualidade quantitativo-qualitativo que não se iguala, que não deve ser usado indistintamente, mas de forma adequada, pode tornar-se ‘una’ na explicação e compreensão de temas que ao mesmo tempo

devem ser analisados na sua extensão e no seu significado. De acordo com Mertens (2003, 2007) citada por Ungar e Liebenberg (2011) “Mixed methods are preferred for working toward increased social justice because they allow for the qualitative dialogue needed throughout the research cycle, as well as the collection of quantitative data as appropriate” (2007:224). Janice Morse (1991) sugere o uso de métodos qualitativos e quantitativos para abordar como o mesmo problema de pesquisa levanta questões quanto ao peso de cada método e a sua sequência num estudo. Propõe duas formas de triangulação metodológica: simultânea, usando os dois métodos ao mesmo tempo; e sequencial, usando os resultados de um método para planear o próximo método. Essas duas formas são descritas por meio de uma notação de letras maiúsculas e minúsculas que significam peso relativo e também sequência.

Atendendo à natureza da problemática, à questão de investigação e aos objetivos iremos recorrer neste trabalho, aos métodos mistos (Creswell, 2010; Morse & Niehaus, 2009), pela conjugação dos métodos quantitativo e qualitativo, como forma de integrar diferentes perspetivas e obter um retrato mais completo e holístico do fenómeno em estudo. Um estudo com métodos mistos caracteriza-se por um desenho de investigação rigoroso que compreende duas componentes – uma componente central e uma componente suplementar (Morse e Niehaus, 2009). A componente suplementar vem aumentar a validade do desenho em si, enriquecendo ou expandindo uma perspetiva que a componente central não pode avaliar, ou ajuda a verificar os resultados noutra perspetiva. Cada uma destas componentes pode ser de natureza quantitativa e/ou qualitativa. Quanto à natureza e articulação destas componentes dois princípios são fundamentais. Identificar e respeitar o referencial primário, a componente central que é designada pelo uso de letras maiúsculas, QUAN para o quantitativo e QUAL para o qualitativo. E definir o papel da componente suplementar que se designa pelo uso de letras minúsculas *quan* para o quantitativo e *qual* para o qualitativo. Há pois, a necessidade de articular estas duas componentes, quanto ao que Creswell (2010) citado por Dias (2015) define como: distribuição do tempo, atribuição do peso, combinação e teorização e Morse e Niehaus (2009) denominam como: referencial teórico, modo de sincronização e ponto de interface. A distribuição do tempo refere-se à recolha de dados poder ser feita em fases (sequencialmente) ou ao mesmo tempo (concomitantemente). A atribuição do peso refere-se à prioridade atribuída à pesquisa quantitativa ou qualitativa. A combinação refere-se ao *quando* e ao *como* ocorre uma combinação de dados num estudo de métodos mistos. Por último, e no que se refere à notação, na articulação entre as duas componentes recorre-se ao símbolo “+”

quando as duas ocorrem em simultâneo e ao símbolo “→” quando a componente suplementar é implementada sequencialmente.

Neste estudo recorreu-se a uma abordagem de métodos mistos com recurso a uma estratégia sequencial, traduzida pela expressão “QUAN→qual”. Deste modo foi assumido que em termos de referencial primário a revisão da literatura foi central para poder enquadrar as dimensões que decorreram da questão de investigação, num movimento, predominantemente, dedutivo. Esta assunção, levou a considerar no estudo a componente central como de orientação quantitativa. Foi nossa opção utilizar o inquérito por questionário que possibilitaria aceder à perspetiva dos participantes, através das suas respostas. Para poder aceder a outros modos de compreensão do fenómeno em estudo foi planeada uma componente suplementar. A entrevista semi-estruturada foi o método escolhido e, por isso, esta componente teve uma orientação qualitativa. O ponto de interface ou combinação entre as componentes aconteceu ao nível da descrição dos resultados da componente central, com uma integração de todos os dados ao nível da discussão de resultados.

Apresentado o modo como se constrói um desenho de investigação com recurso aos métodos mistos, é de seguida apresentada a estrutura do desenho do estudo, com base nas orientações de Creswell (2010) e Morse e Niehaus (2009).

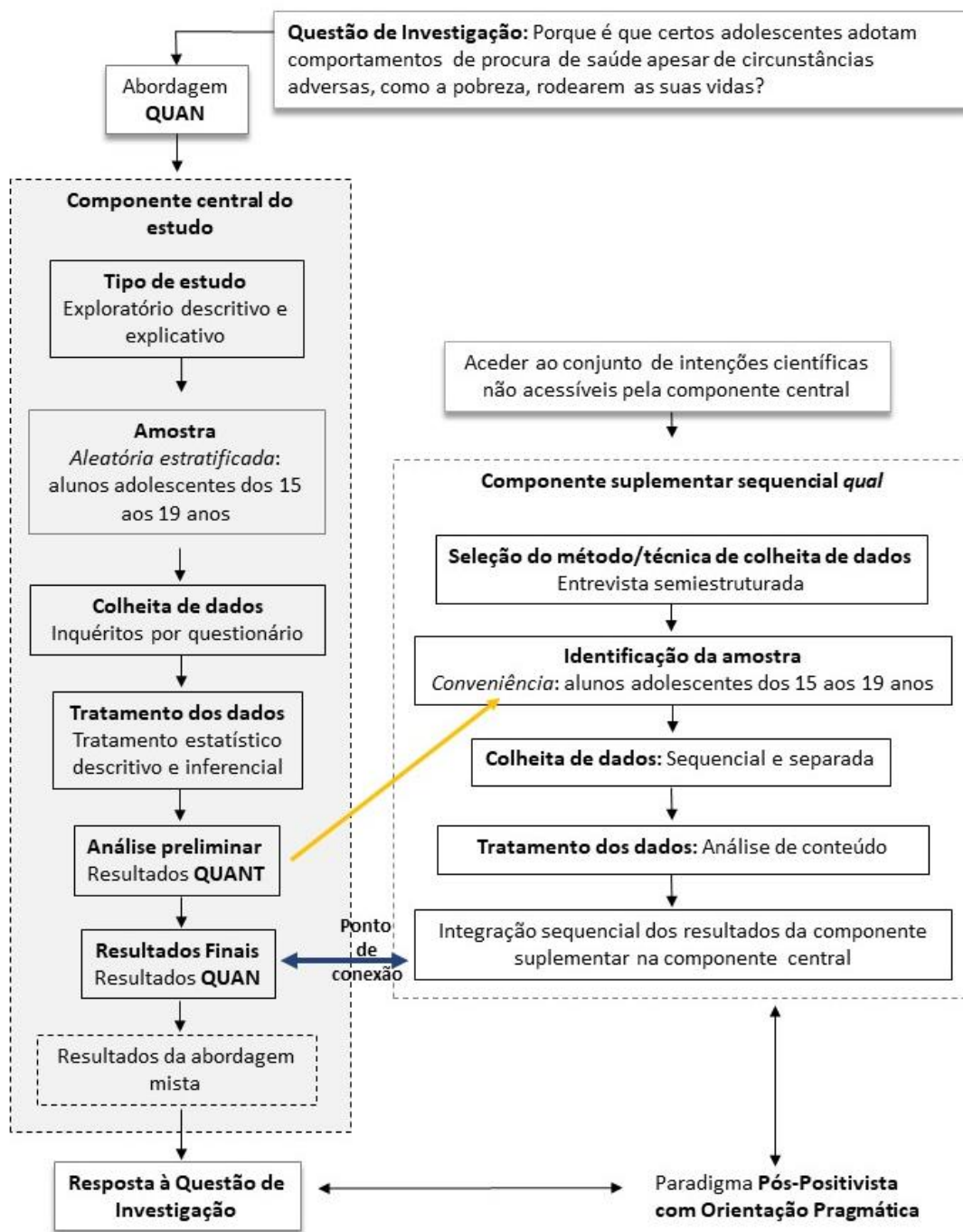


Figura 1. Desenho do estudo: Abordagem métodos mistos - Estratégia sequencial QUAN → qual

3 - COMPONENTE CENTRAL DA INVESTIGAÇÃO – A ABORDAGEM QUANTITATIVA

3.1 - TIPO DE ESTUDO

Quanto ao tipo de estudo, optou-se por um estudo exploratório-descritivo e explicativo (Sampieri, Collado & Lucio, 2010). O recurso a um desenho exploratório-descritivo permitiu um conhecimento alargado do objeto de estudo, pela descrição das diferentes dimensões que associam os fatores mais gerais de natureza social e as mediações através das quais esses fatores incidem sobre a situação de saúde. A vertente explicativa foi conseguida pela identificação dos fatores que contribuem para a singularidade deste processo, ou seja, procurou-se uma explicação a partir dos resultados. Quanto à incorporação do tempo, trata-se de um estudo transversal, dado que situa o fenómeno em estudo numa dimensão temporal única (Sampieri, Collado, & Lucio, 2006).

3.2 - A POPULAÇÃO/A AMOSTRA

Centrando-se este estudo na compreensão dos fatores e processos que estão subjacentes a comportamentos de procura de saúde por parte de adolescentes que vivem em circunstâncias adversas, como a pobreza, a população escolar envolvida nos questionários e entrevistas constitui-se nos adolescentes do 8º ao 12º ano, com idades compreendidas entre os 15 e os 19 anos, que frequentam Escolas Básicas e Secundárias dos concelhos de Amadora e Sintra, algumas das quais integradas no projeto Territórios Educativos de Intervenção Prioritária (TEIP).

A Amostra

Para um estudo observacional de indicadores de sucesso de adolescentes que habitam zonas desprotegidas socialmente, achámos conveniente uma amostra de $n=400$, uma vez que permite determinar IC95% para estimativas proporcionais com um erro $<5\%$. Como sugerido por Sampieri, Collado e Lucio (2006) e de acordo com a população de ambos os sexos e dos

15 aos 19 anos, das freguesias selecionadas, construímos um esquema de estratificação proporcional. O nº de alunos em cada estrato/freguesia/escola foi selecionado de forma aleatória simples a partir da lista de alunos inscritos na escola do ano letivo 2012/2013. Para a análise estatística foram considerados os dados de 270 alunos.

3.2.1 – Caracterização dos participantes

Mais de metade dos 269 alunos que apresentaram registo sobre o sexo, 59,5% (n=160) eram do sexo feminino. No total os alunos apresentavam uma média de idades de 17 anos, variando entre os 15 e os 20 anos (média [DP] =17,14 [1,23] idade). Dos 266 alunos com registo do ano de escolaridade, 25,9% tinham o 12º ano, 22,9% o Curso Profissional, 19,2% o 10º ano e 18% o 11º ano, 6,4% o 9º ano, 2,6% o 8º ano e 0,4% o 7º ano. Dos 197 registos sobre a profissão do pai, em 32,5% dos casos o pai pertencia ao grupo de trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices, seguido de trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores, em 18,1% dos casos. Dos 159 registos sobre a profissão da mãe, em 30,2% dos casos a mãe pertencia ao grupo dos trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores, seguido de 20,8% de trabalhadores não qualificados.

Dos 203 alunos com registo de escolaridade da mãe, 27,1% referiram que as mães tinham o ensino secundário, 12,8% uma licenciatura e 1% um mestrado ou doutoramento. Cerca de 18% referiram ter mães com o 1º Ciclo, 14% com o 2º Ciclo e 27% com o 3º Ciclo. Dos 185 alunos com registo da escolaridade do pai, 28,1% referiram que os pais tinham o ensino secundário e 15,1% uma licenciatura. Cerca de 12% referiram ter pais com o 1º Ciclo, 18% com o 2º Ciclo e 27% com o 3º Ciclo. Das 258 respostas com registo sobre se o aluno beneficia ou não de algum apoio no âmbito da Ação Social Escolar, verificou-se que aproximadamente 65% não beneficiava do SASE e 35% beneficiava.

Breve caracterização dos concelhos da Amadora e Sintra

Os dados que agora apresentamos reportam ao Diagnóstico Social dos concelhos de Sintra e da Amadora (Conselho Local de Ação Social, 2014) e referem-se ao período intercensitário

2001-2011, assentando nos resultados definitivos do XV Recenseamento Geral da População 2011. Apresentamos, sempre que possível, dados comparativos com outros territórios, nomeadamente, com Portugal, Região de Lisboa, Grande Lisboa, e o concelho de Lisboa. Com esta caracterização pretendemos retratar o contexto onde o estudo empírico teve lugar.

Concelho da Amadora

Localizado na região de Lisboa e Vale do Tejo, o município da Amadora, é delimitado pelos municípios de Lisboa, Odivelas, Sintra e Oeiras. O município foi alvo de reorganização administrativa pelo que o novo quadro legal implicou a redução das 11 freguesias existentes para seis novas freguesias (Alfragide, Águas Livres, Falagueira – Venda Nova, Encosta do Sol, Mina de Água e Venteira). A nossa recolha de dados reporta ao período 2012-2013 pelo que a informação que utilizaremos será sempre relativa à organização do território por 11 freguesias (Alfragide, Brandoa, Buraca, Damaia, Falagueira-Venda Nova, Mina, Reboleira e Venteira Alformelos, São Brás e Venda-Nova).

No que respeita às habilitações literárias, a Amadora posiciona-se abaixo da média da Grande Lisboa. A população residente tem, na sua maior expressividade, habilitações ao nível do Ensino Básico (53%), nomeadamente 1º e 3º Ciclos, 17% da população não completou qualquer nível de ensino e, apenas, 13% tem habilitações ao nível do Ensino Superior, menos 5% por comparação à Grande Lisboa.

A multiculturalidade é uma característica presente no município, consequência dos movimentos migratórios que se iniciaram na segunda metade do século passado. Atualmente o município acolhe 41 nacionalidades distintas. O maior número de imigrantes residentes é de nacionalidade africana (61,7%) predominantemente oriundos dos PALOP's (60%) mantendo-se a especial preponderância de indivíduos oriundos de Cabo-verde (35,7%) e Guiné- Bissau (11%). Existe uma percentagem de estrangeiros de origem sul-americana assinalável, nomeadamente de origem brasileira (19%). Em Portugal, a maior expressividade de imigrantes é de origem brasileira, correspondendo a cerca de 28% do total da comunidade estrangeira, seguindo-se a cabo-verdiana (10%).

No que se refere à atividade económica apesar de geograficamente privilegiado, pela sua posição limítrofe a Lisboa, da riqueza da rede de transportes e das boas acessibilidades, o

tecido empresarial do município da Amadora sentiu os efeitos colaterais da crise e do recuo da economia, traduzindo-se no encerramento de 491 empresas, uma redução na ordem dos 12%, entre 2004 e 2010, dos estabelecimentos ao serviço no município. Segundo o Censos de 2011, a população residente ativa distribuía-se diferenciadamente pelos vários setores da atividade económica: 0,14% no setor primário, 15,48% no setor secundário e 84,38% no setor terciário.

Em 2013 a situação de desemprego continua a ser mais evidente no sexo masculino, correspondendo a 53% dos desempregados. O maior número de desempregados tinha habilitações ao nível do 3o Ciclo do Ensino Básico e Ensino Secundário, representando, respetivamente, 21% e 26% do total de inscritos no Centro de Emprego.

Relativamente às prestações de desemprego, e tendo em conta os anos de 2011 e 2012, podemos constatar um aumento do número de beneficiários desta prestação, em 22%, o que, em termos absolutos, representa um aumento em 1.263 beneficiários do subsídio de desemprego por relação a 2011. Em 2012 beneficiaram desta prestação, um total de 8.758 beneficiários. A maioria dos beneficiários eram homens (56%), de nacionalidade portuguesa e com idades compreendidas entre os 30 e os 59 anos de idade (75%).

Os serviços de cuidados de saúde primários no concelho são assegurados pelo Agrupamento de Centros de Saúde Lisboa – Amadora, que é composto por um conjunto de unidades orgânicas especializadas, distribuídas pelos Centros de Saúde da Amadora, Reboleira e Venda Nova. Relativamente aos serviços hospitalares, o hospital de referência para o concelho é o Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE. De acordo com o Plano Local de Saúde 2014/16, o estado de saúde da população residente é influenciado pelo envelhecimento da população, pela diminuição dos escalões mais jovens, a elevada densidade populacional, os elevados índices de população imigrante, os baixos rendimentos das famílias e os índices de desemprego.

O número de alunos decresce à medida que se avança nos níveis de ensino, sendo que a diminuição se acentua a partir do 8º ano de escolaridade. Este dado deverá ter presente a análise dos dados do insucesso e do abandono escolar, os quais permitem verificar que, em termos globais, do 2º Ciclo ao Ensino Secundário a Taxa de Retenção é de 19%, com maior incidência no 7º ano (24% do total de alunos) e 12º ano de escolaridade (51% dos alunos). Relativamente à Taxa de Abandono, é mais significativa ao nível do Ensino Secundário, nomeadamente no 11º ano, onde cerca de 4% dos alunos inscritos abandona o ensino.

De modo a promover a qualidade do percurso e dos resultados escolares dos alunos, a diminuir o abandono e insucesso escolar dos alunos, foi criado o Programa TEIP (Territórios Educativos de Intervenção Prioritária). No município da Amadora existem oito agrupamentos de escolas que integram o programa TEIP.

Para além da oferta profissional do ensino público, a oferta educativa/formativa do município é assegurada por estruturas educativas, que possibilitam o prosseguimento dos estudos, designadamente a Escola Profissional Gustave Eiffel, numa ótica profissionalizante de jovens e adultos, e a Escola Intercultural das Profissões e do Desporto, que se constitui como uma alternativa e complemento ao sistema de ensino formal. No que respeita ao Ensino Superior, este é representado, no concelho, pela Escola Superior de Teatro e Cinema e pelo Destacamento da Academia Militar da Amadora.

Ação Social Escolar

A Ação Social Escolar (ASE), visa apoiar famílias carenciadas com filhos e/ou educandos integrados na rede escolar, traduzindo-se na disponibilização de bolsas de manuais e recursos pedagógicos, em apoio nos transportes, alojamento e alimentação. Considerando o ano letivo 2013/2014 foram abrangidos pela ASE 4.117 crianças, representando 54,3% da população escolar de Pré-escolar e 1º ciclo. O número de crianças a beneficiar de ASE aumentou nos últimos 6 anos letivos, sendo que este aumento foi mais representativo nos alunos abrangidos pelo escalão B de participação.

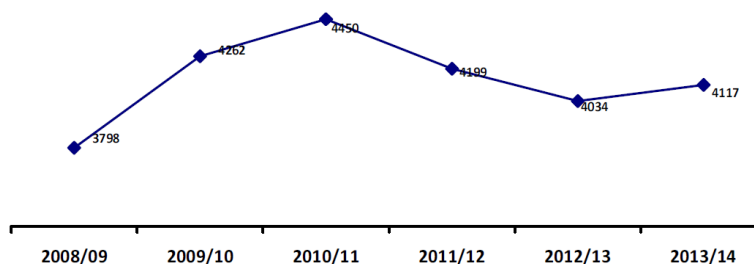


Figura 2. Evolução do N.º de alunos abrangidos pela Ação Social Escolar

Fonte: Diagnóstico Social da Amadora, 2014

Do total de crianças inscritas no pré-escolar da rede pública, 940 beneficiaram de Ação Social Escolar: Escalão A do abono de família - 639 alunos (68%) e Escalão B - 301 alunos (32%), estando abrangidos pela ASE 53% do número total dos alunos de pré-escolar. Relativamente ao 1º ciclo do ensino básico, beneficiaram de Ação Social Escolar um total de 3 177 crianças: 2167 alunos do Escalão A (68%) e 1010 do Escalão B (32%), estando abrangidos pela ASE 53% do número total dos alunos de 1º ciclo.

Rendimento Social de Inserção

A Proteção Social tem como objetivo garantir aos indivíduos em situação de risco social, um conjunto de condições que lhes possibilite ter uma vida mais digna. Neste contexto surgem as prestações sociais, enquanto resposta a situações graves de carência económica. Entre os demais, o Rendimento Social de Inserção (RSI) consistindo numa prestação e num programa de inserção social, que visa assegurar às pessoas e seus agregados familiares, recursos que contribuam para a satisfação das suas necessidades básicas e para o favorecimento de uma progressiva inserção social, laboral e comunitária.

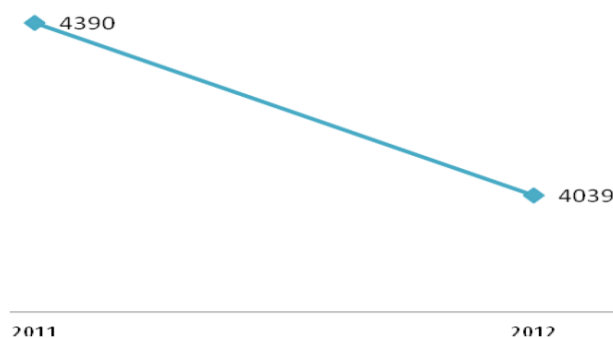


Figura 3. Evolução do N.º de Famílias Beneficiárias de RSI na Amadora

Fonte: Diagnóstico Social da Amadora, 2014

Os critérios de atribuição desta medida têm vindo progressivamente a ser alvo de um maior controlo e regras mais restritivas, repercutindo-se na redução do número de agregados beneficiários de RSI (Figura 3). Em 2012, a medida abrangia 4.036 famílias e 11.059

beneficiários, verificando-se uma redução de beneficiários da medida na ordem dos 7,2%, por relação a 2011. Para além da diminuição do número de famílias e agregados beneficiários, também o valor médio mensal da prestação, reduziu em cerca de 8%, passando de 283,94€ em 2011 para 262,20€ em 2012. Relativamente à caracterização sociodemográfica, verifica-se que na sua maioria, os beneficiários são do sexo feminino (54%), de nacionalidade portuguesa (86%) e encontram-se em idade ativa (53%). De referir que os indivíduos com idade inferior a 18 anos têm ainda expressividade no total de beneficiários (43%). Quanto à tipologia dos agregados beneficiários, na sua maioria são agregados monoparentais (com dois ou três filhos) e/ou isolados, representando respetivamente, 30% e 25% do total de famílias beneficiárias de RSI. No que diz respeito aos valores das prestações auferidas pelos agregados em 2012, a maioria das famílias auferiu mensalmente entre 100€ e 400€, representando 60% do total de beneficiários. Existe, no entanto, um número significativo de famílias (1.092; 27%) cujo valor da prestação é muito baixa (entre os 0€ e os 25€); estas são, maioritariamente, famílias integradas no mercado de trabalho, cujo rendimento auferido é baixo, recorrendo à Medida enquanto apoio complementar. Em 2012, 31% dos beneficiários de RSI possuía rendimentos próprios. Em 2012, 34,4% das famílias beneficiárias quando recorreu à Medida, não possuía qualquer tipo de rendimento.

Concelho de Sintra

O município de Sintra é limitado a norte pelo município de Mafra, a leste por Loures e Odivelas, a sueste pela Amadora, a sul por Oeiras e Cascais e a oeste pelo Oceano Atlântico. A população residente de Sintra em termos de percentagem correspondem a 48% de homens e 52% de mulheres, no que respeita à estratificação por grupo etário dos 0-14 anos representa 18%, dos 15 aos 24 anos corresponde 11%, dos 25 aos 64 anos 57% e dos 65 e mais anos correspondem 14% da população residente no concelho de Sintra.

Sintra insere-se na Área Metropolitana de Lisboa (AML), ocupando um lugar de destaque, quer pela importância do seu Património Natural, Cultural e Histórico, quer pela sua ordem de grandeza, em termos de território e população. O concelho de Sintra, segundo maior concelho do País em população, enquadra-se na Área Metropolitana de Lisboa, sendo esta o espaço de emprego por excelência dos residentes em Sintra.

O setor terciário, incluindo o turismo, é o que tem maior expressão económica no concelho. O setor secundário tem vindo a assumir um papel cada vez mais importante no crescente dinamismo económico do concelho, situação visível pela implantação de várias indústrias nos diferentes parques e polígonos empresariais concelhios.

Este concelho cresceu demograficamente nas quatro últimas décadas do século XX de uma forma muito significativa, devido ao êxodo rural, ao retorno de portugueses das antigas colónias (a partir de 1974) e, depois, ao fluxo imigratório, primeiro dos PALOP e mais recentemente de países do leste europeu. De acordo com os Censos de 2011, o concelho de Sintra é o segundo mais populoso do país, tendo crescido em termos demográfico 3,9%, entre 2001 e 2011.

Conforme referido no projeto educativo do agrupamento de escolas D. Maria II, relativo ao triénio (2016-2019) a dinâmica urbana, demográfica, social e económica do concelho de Sintra faz do meio em que se inserem as escolas dos agrupamentos uma área com uma realidade complexa que, nas últimas duas décadas tem evoluído, baseada em particularidades muitas vezes apresentadas como desafios, a saber: excessiva concentração populacional; insuficiência de resposta das infraestruturas, equipamentos e serviços; tendência para o aumento da percentagem da população idosa; existência de uma população com habilitações escolares de nível intermédio-baixo e que trabalha, essencialmente, no setor do comércio e serviços de baixa e média qualificação; aumento do número de famílias em situação de pobreza (exclusão social) e da problemática associada à vulnerabilidade em contextos de privação; aumento do número de famílias monoparentais; fraca dinâmica social e sentido de identidade (vivência do tipo cidade-dormitório). Estas características têm constituído constrangimentos a que as escolas tiveram de se adaptar e que comprometem a prossecução dos seus objetivos.

No que diz respeito à divisão administrativa, o concelho de Sintra desde os anos 80 tem vindo a sofrer constantes reorganizações do território, passando de 17 freguesias a 20 a partir de 2002 (Aigualva; Algueirão-Mem-Martins; Almargem do Bispo; Belas; Cacém; Casal de Cambra; Colares; Massamá; Mira-Sintra; Monte Abraão; Montelavar; Pêro Pinheiro; Queluz; Rio de Mouro; São João das Lampas; São Marcos; Santa Maria e São Miguel; São Martinho; São Pedro de Penaferrim; Terrugem) e, em Setembro de 2013 de 20 para 11 freguesias (Aigualva e Mira Sintra; Algueirão Mem-Martins; Almargem do Bispo; Pêro-Pinheiro e

Montelavar; Cacém e São Marcos; Casal de Cambra; Colares; Massamá e Monte Abraão; Queluz e Belas; Rio de Mouro; São João das Lampas e Terrugem; Sintra). Por consequência da reorganização do território a 29 de Setembro de 2013, todos os indicadores analisados ao nível da freguesia sofreram alterações. Porque a nossa recolha de dados se reporta ao período 2012-2013 a informação que utilizaremos será sempre relativa à organização do território por 20 freguesias.

Em 2011, Sintra registava o maior número de indivíduos estrangeiros entre os concelhos da Área Metropolitana de Lisboa. Em termos relativos, a Amadora é o concelho que concentra maior percentagem de cidadãos estrangeiros na AML, com 10,19%, seguido de Sintra (8,65%).

Da Europa em 2011 provêm 16,5% da população estrangeira a residir em Sintra (5.405 indivíduos), do Continente africano 55,6% (18 193 indivíduos), do Continente americano 25,5% (8.327 indivíduos, maioritariamente do Brasil), do Continente asiático cerca de 2,4% (777 indivíduos). Em 2011 a nacionalidade que detinha maior expressividade no concelho de Sintra é a Brasileira (8.056), seguida pela Cabo-verdiana (6.921), Angolana (5.092), Guineenses (Bissau) (4.081). Com uma expressão significativa aparecem os Outros Países da Europa (2.273) a Roménia (1.767) e São Tomé e Príncipe (1.255). As nacionalidades com menor expressão são a Espanhola (268) e Moçambicana (281).

Os Censos de 2011 vieram mostrar que, entre os 10.562.178 habitantes do país, cerca de meio milhão (499.936) são analfabetos com 10 ou mais anos, o que significa que a taxa de analfabetismo se situa nos 5,2%. Apesar do retrato bastante negativo, os dados de 2011 demonstram um aumento dos níveis de escolarização da população residente. Em 2011, comparativamente com 2001, aumentou a taxa de escolarização no concelho de Sintra, pois existe menos 25,5% de população que não possui nenhum nível de ensino e verificou-se um aumento de 23,9% da população com nível de qualificação superior.

A população desempregada no ano de 2013 foi estimada em 875,9 mil pessoas, o que representa um aumento de 1,8% em relação ao ano 2012. Em termos de média anual a taxa de desemprego fixou-se nos 16,3% em 2013 (abaixo da previsão do EUROSTAT que apontava para uma taxa de desemprego de 16,5% e do próprio Governo cuja previsão era de 17,7%).

Segundo os dados dos Censos em 2011 a taxa de desemprego na região de Lisboa é de 12,9%, valor inferior ao verificado para o conjunto do país (13,1%). Ao contrário da realidade nacional, na região de Lisboa o desemprego atingia mais os homens (13,5%), para as mulheres o valor da taxa de desemprego é de 12,4%. Em Sintra não se verifica esta discrepância de género, com valores muito idênticos (13,7% nos homens e 13,3% nas mulheres).

Passamos de seguida a caracterizar os agrupamentos de escolas dos concelhos da Amadora e Sintra onde teve lugar a recolha de dados para o estudo empírico.

Agrupamento de Escolas Dr. Azevedo Neves

Como referido no projeto educativo do Agrupamento de Escolas Dr. Azevedo Neves este agrupamento situa-se no concelho da Amadora, abrangendo geograficamente, na freguesia da Damaia, o Alto da Damaia e, na freguesia da Reboleira, a sua parte Sul, sobrepondo-se, assim, à fronteira das duas freguesias vizinhas, encontrando-se a escola sede, ou seja, a Escola EB 2,3/Secundária Dr. Azevedo Neves, no Alto da Damaia. Além da escola sede integram o agrupamento 2 escolas básicas do 1º ciclo e respetivos jardins de infância.

A localização geográfica do Agrupamento implica que este acabe por englobar uma comunidade escolar muito diversificada, a todos os níveis, nomeadamente cultural e étnico, social e económico, bem como no que respeita às infraestruturas disponíveis em cada freguesia. A sua situação geográfica, na continuidade da cidade de Lisboa, e o crescimento demográfico explosivo que regista, conferem-lhe características de uma área situada na periferia urbana, lugar de privação, mediado pelas condições do ambiente social.

A escola sede, Escola EB 2,3/Secundária Dr. Azevedo Neves, encontra-se situada na periferia da freguesia, numa das zonas recentemente urbanizadas, com um aumento substancial de moradores. Não existem transportes públicos provenientes da freguesia da Reboleira, de onde é originária uma parte significativa dos alunos, tendo estes de deslocar-se a pé. A população da zona de influência da Escola tem vindo a sofrer um forte aumento da comunidade de origem africana, verificando-se, em consequência, uma percentagem de cerca de 80% de alunos oriundos desta comunidade na população escolar atual. Por outro lado, uma parte muito significativa dos alunos vive nos bairros sociais e transportam para dentro da escola

toda a problemática associada às áreas de maior privação. Alguns dos alunos apresentam mesmo carências aos níveis alimentar e de higiene. Na identificação de potencialidades e problemas do agrupamento de escolas Dr. Azevedo Neves registamos a título exemplificativo duas potencialidades - integração de alunos de outras áreas geográficas e rejeitados por outras escolas; clima de segurança no interior da escola e nos corredores de acesso – e, dois problemas, - grande número de famílias monoparentais e de famílias disfuncionais; população escolar com elevados índices de pobreza e exclusão.

Agrupamento de Escolas Leal da Câmara

Como referido no projeto educativo, o Agrupamento de Escolas Leal da Câmara localiza-se na freguesia de Rio de Mouro, no concelho de Sintra. Constituído em julho de 2012, como Agrupamento de Escolas de Rio de Mouro (AERM) e rebatizado em 2014 como Agrupamento de Escolas Leal da Câmara (AELC), este estabelecimento engloba a Escola Secundária Leal da Câmara (ESLC), que é escola-sede, e as 5 escolas básicas do antigo Agrupamento de Escolas de Rio de Mouro.

Inscrita na Área Metropolitana de Lisboa, a freguesia de Rio de Mouro apresenta limitações equivalentes às dos restantes dormitórios que circundam a cidade de Lisboa. A freguesia de Rio de Mouro é a segunda freguesia do concelho de Sintra com mais população. Rio de Mouro mantém-se como zona suburbana bastante estável e consolidada, circunstância esta que importa valorizar, mesmo considerando que o referido equilíbrio possa ser precário. Cerca de 10,3% da população residente na freguesia nasceu no estrangeiro. A diversidade de origens implica uma grande heterogeneidade de mentalidades e de expectativas, tornando-se, por vezes, complexa a adaptação aos novos contextos socioculturais. O processo de integração escolar dos filhos dos imigrantes tem determinado, por parte das escolas do Agrupamento, a criação de estruturas de apoio social e pedagógico orientadas para esta realidade multicultural. A população residente em Rio de Mouro apresenta baixos níveis de qualificação académica. Apenas 21,6% da população concluiu o Ensino secundário e 6,3% têm uma Licenciatura. Em 2009, o anterior agrupamento foi considerado Território Educativo de Intervenção Prioritária (TEIP). O Projeto TEIP continua no ano letivo 2012-2013 a ser desenvolvido. No âmbito da Ação Social Escolar (escalões A e B) foram bonificados 91 alunos no pré-escolar, 328 no 1.º ciclo, 203 alunos no 2.º ciclo, 253 no 3.º ciclo e 305 no

ensino secundário, num total de 1180 auxílios prestados. Foi também atribuída bolsa de mérito a 40 alunos do ensino secundário. O número tão expressivo de alunos a bonificar (43,5% no 1.º ciclo, 44,6% dos alunos no conjunto dos 2.º e 3.º ciclos e 22,6% no secundário) reflete o elevado número de famílias carenciadas registado sobretudo nas escolas do ensino básico. No ensino secundário a média do rendimento das famílias situa-se acima da média nacional.

Agrupamento de Escolas Agualva Mira Sintra

Como referido no projeto educativo do Agrupamento de Escolas Agualva Mira Sintra, este agrupamento, situado na cidade de Agualva-Cacém, integra como estabelecimentos de educação: Jardim de infância, Escolas do Ensino Básico e a Escola Secundária Matias Aires, sede do Agrupamento.

Este Agrupamento tem em curso o Programa Territórios Educativos de Intervenção Prioritária (TEIP), e dá resposta a alunos das freguesias de Agualva Mira Sintra, donde são maioritariamente originários, e a alunos de freguesias limítrofes como as de Cacém-São Marcos e Queluz-Belas, cuja comunidade educativa apresenta características socioeconómicas distintas, com um número significativo de imigrantes, onde se destacam alunos oriundos dos PALOP. Nesta variedade étnica e cultural regista-se um grande número de famílias com baixo nível de instrução, com empregos precários ou situações de desemprego, o que origina problemas acrescidos quanto à educação e acompanhamento das crianças e dos alunos. Estas famílias revelam também instabilidade em termos de permanência na mesma residência ou localidade, o que provoca flutuações na população escolar, existindo sempre alunos em fase de adaptação às escolas. Estes fatores contribuem para a existência de turmas heterogéneas, onde se verifica a inclusão de alunos com Português Língua Não Materna (PLNM), alunos carenciados e/ou a beneficiar de diversos tipos de apoio/terapias, tais como apoio educativo e psicopedagógico e educação especial. No que respeita à ação social escolar, verifica-se que 60% dos alunos não beneficiam de auxílios económicos.

Agrupamento de Escolas D. Maria II

Como referido no projeto educativo o Agrupamento de Escolas D. Maria II, Sintra, integra Jardim de Infância, Escolas do Ensino Básico e a Secundária Gama Barros, escola sede do agrupamento. A Escola Básica e Secundária de Gama Barros (EBSGB), pertence à União das freguesias do Cacém e S. Marcos, uma das duas freguesias que atualmente compõem a cidade de Aigualva-Cacém. Em termos administrativos, a cidade pertence ao concelho de Sintra.

Os alunos apresentam uma grande diversidade cultural e linguística: muitos deles não nasceram em Portugal, são oriundos de muitos países diferentes, maioritariamente dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa - PALOP e do Brasil. Beneficiam de auxílios económicos, no âmbito dos Serviços da Ação Social Escolar (SASE), 536 dos alunos. As habilitações dos pais e encarregados de educação (EE) situam-se, principalmente, ao nível do Ensino Básico, poucos têm o nível secundário e apenas uma minoria possui habilitação superior. Embora se desconheça a profissão de muitos dos pais e Encarregados de Educação, a maior parte é ativa e desenvolve a sua atividade predominantemente nos setores terciário e secundário. As escolas do agrupamento situam-se numa área de urbanização relativamente recente. A edificação ocorreu essencialmente ao longo das décadas de 80 e 90 e é constituída, maioritariamente, por blocos de habitação multifamiliar. Os dados disponíveis para as freguesias do Cacém e de S. Marcos (Censos 2011) indicavam 4.230 cidadãos estrangeiros, que correspondiam a cerca de 13% da população residente. De entre aqueles, 58,9% eram nacionais dos PALOP e 24,5% do Brasil. Relativamente à ação social escolar, verifica-se que 59% não beneficiam de auxílios económicos.

Agrupamento de Escolas de Mem-Martins

Como referido no projeto educativo o Agrupamento de Escolas de Mem Martins tem como área de influência pedagógica as freguesias de Algueirão-Mem Martins e Rio de Mouro. A Escola Secundária de Mem-Martins localiza-se em Rio de Mouro, servindo simultaneamente a comunidade educativa da freguesia de Algueirão-Mem Martins. Com a formação do Agrupamento de Escolas, a Escola Secundária, passou a ser escola sede do agrupamento que integra ainda escolas básicas do 1º ciclo, uma EB 2,3 e um jardim de infância. Como referido no projeto educativo do agrupamento o meio socioeconómico envolvente é marcado por

características urbanas comuns às áreas metropolitanas das grandes cidades. Esta realidade traduz-se em núcleos familiares reduzidos, com crescente tendência para a existência de famílias monoparentais, em que a maioria dos pais e encarregados de educação trabalha fora da freguesia, ritmando o seu quotidiano pela pendularidade das deslocações ao longo do eixo dinâmico Lisboa-Sintra. As freguesias que integram a Comunidade Educativa do agrupamento enquadram-se nos parâmetros da classe média e média-baixa, havendo focos consideráveis de população que se encontram abaixo dos níveis sociais e económicos referidos anteriormente. Em termos de diversidade cultural, refere-se a existência de um grupo populacional significativo com raízes étnico-linguísticas nos países africanos lusófonos, para além dos núcleos oriundos do Brasil, China e países eslavos, evidenciando-se assim a matriz multicultural da população discente do agrupamento. Considerando o período entre 2012 e 2013, em relação ao número de alunos beneficiários dos Serviços de Ação Social Escolar, nos escalões A e B, estes representam 34,3% do total de alunos do Agrupamento, com a seguinte distribuição por ciclo: Jardim de Infância 25; 1.º Ciclo 207; 2.º Ciclo 152; 3.º Ciclo 343; Secundário 302.

Agrupamento de Escolas Miguel Torga

Como referido no projeto educativo o Agrupamento é constituído por Jardim de Infância, escolas Básicas do 1º ciclo e pela EB 2,3, Miguel Torga, escola sede do agrupamento. As escolas do agrupamento situam-se na freguesia de Mina d'Água (antigas S. Brás e Mina). Como referido no projeto educativo (2013-2016) do agrupamento de escolas, a população de São Brás apresenta a estrutura etária mais jovem do concelho sendo os grupos etários dos 20 aos 29 e dos 40 aos 49 anos, aqueles que têm maior expressão. A população de S. Brás vive do comércio, dos serviços e da indústria de confeção, havendo, no entanto, alguma expressão nas profissões liberais. O comércio é constituído na sua maioria por pequenas empresas ligadas ao setor alimentar: supermercados, talhos, cafés, alguns restaurantes; empresas de venda e reparação de automóveis, estabelecimentos de moda, papelarias, lojas de móveis e eletrodomésticos. Em frente à Escola Básica 2,3 de Miguel Torga foi construído um bairro social para realojamento de famílias de três bairros degradados facto que acabou por modificar a composição sociocultural, quer da população da freguesia, quer das escolas. Metade do número de fogos foi atribuída a famílias de baixo estatuto socioeconómico, muitas

delas imigrantes das ex-colónias portuguesas (sobretudo de Cabo Verde). A sua transferência de três zonas diferentes para um mesmo local tornou ainda mais difícil a adaptação destas pessoas, que se viram confrontadas com grandes mudanças quer ao nível dos espaços que têm de partilhar quer das relações interpessoais, entre outras. Este bairro rapidamente passou a ser identificado como zona de grande vulnerabilidade onde vive uma população de baixos recursos económicos e onde se acentuam os processos de exclusão social. A maior parte da população ativa trabalha na construção civil, na indústria e nos serviços de limpeza doméstica. Alguns agregados familiares, encontram-se mesmo em situação de desemprego, vivendo do Rendimento Social de Inserção. O número de alunos que beneficia da Ação Social Escolar (ASE) em 2012-2013, é muito elevado em todo o agrupamento (61,5%). Este serviço abrange as modalidades de apoio alimentar e auxílios económicos aos alunos inseridos em agregados familiares carenciados que se candidatam ao referido apoio. Os auxílios económicos participam nos encargos referentes a refeições (desde que no refeitório da escola), manuais escolares e outro material escolar de acordo com um montante estipulado na legislação. Saliente-se o facto de 3 das 4 escolas do agrupamento ter uma percentagem superior a 50% de alunos a beneficiar da ação social escolar, com a Escola EB 2, 3 Miguel Torga a atingir os 58%. Em relação a 2008-2009, verifica-se um aumento global de 52,9 para 61,5. No total da população escolar (13,3%) dos alunos são estrangeiros. Cabo-Verde e a Guiné-Bissau, são os países de origem do maior número de alunos estrangeiros que frequentam o agrupamento (6,6%). Estes dados devem ser ampliados pelo facto de uma parte muito significativa da população escolar com nacionalidade portuguesa, descender de imigrantes, formando a chamada 2ª e 3ª geração. O nível de instrução dos pais dos alunos permite perceber qual o seu contexto cultural. A maioria dos pais e das mães têm como habilitações o Ensino Básico e, dentro deste, o 3º ciclo. As áreas profissionais da mãe e do pai dos alunos do agrupamento, é na área dos serviços e indústria/construção civil, respetivamente. O baixo grau de escolaridade justifica a categoria profissional obtida pelos pais dos alunos do agrupamento. Salários baixos e contratos de trabalho precários levam a que um elevado número de alunos (61,5%) do agrupamento se encontre em situação de beneficiar do Apoio Social Escolar (ASE).

Agrupamento de Escolas Mãe d'Água

Como referido no projeto educativo o Agrupamento de Escolas Mães D'Água localiza-se na freguesia da Falagueira – Venda Nova, um dos núcleos mais antigos do concelho da Amadora enquadrando-se num contexto urbano periférico, dada a proximidade de Lisboa. É constituído por Jardim de Infância, Escola Básica do 1º Ciclo e Escola Secundária c/ 3º Ciclo do Ensino Básico Mães d'Água, escola sede do agrupamento. Como referido no projeto educativo (2013-2017) as escolas deste agrupamento encontram-se num meio que cresceu anarquicamente, sem as infraestruturas necessárias, com bairros degradados e problemas habitacionais, de inserção social, de segurança e de ordem socioeconómica, refletindo os problemas das cidades periféricas, nomeadamente, a mobilidade diária para Lisboa, onde se encontram a maior parte dos locais de trabalho. A maior parte das famílias possuem um estatuto socioeconómico baixo e médio-baixo, com reflexo no processo de ensino aprendizagem dos alunos. Parte significativa da população escolar é originária dos PALOP e outras proveniências. Os alunos naturais de Portugal têm descendência maioritariamente cabo-verdiana, seguida da angolana e guineense, são-tomense, brasileira e Europa do Leste. Residualmente há alunos descendentes de moçambicanos, paquistaneses e da Europa Ocidental. O idioma falado na maioria é o português seguido do crioulo, fula e 11 outros idiomas. Dos 636 alunos que recebem apoio da Ação Social escolar (ASE) 151 pertencem ao 3º Ciclo e 123 ao Ensino Secundário.

3.3 - OS INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS

Ao nível da componente central para a recolha de dados recorreu-se ao inquérito por questionário para fazermos a caracterização sociodemográfica da amostra, e a um conjunto de instrumentos destinados a obter informações acerca das variáveis em análise que se encontram adaptados para a população portuguesa: Escala Health Promoting Lifestyle Profile II (HPLP II) – (Walker et al 1987), Escala de Auto-Eficácia Geral (Pais Ribeiro, 1995), Escala de Locus de Controlo de Saúde (Pais Ribeiro, 1994) e Questionário “Orientação para a Vida” (Saboga Nunes, 1999).

3.3.1 - Os inquéritos por questionário. A construção: conteúdos e estrutura

Os inquéritos por questionário constituem-se em instrumentos que permitem ao investigador “transformar em dados a informação diretamente comunicada por uma pessoa (ou sujeito)” (Tuckman, 2000, citado por Dias, 2015). O questionário de caracterização sociodemográfica foi construído por nós e pretende obter informação relativa aos adolescentes e às pessoas com quem vive, bairro residencial do adolescente e escola que frequenta.

3.3.1.1 - Questionário de caracterização sociodemográfica

Grupo I – Algumas questões sobre ti e as pessoas com quem vives

O questionário de caracterização sociodemográfica, construído por nós, contempla um conjunto de variáveis que possibilitam informar sobre a estrutura e estatuto socioeconómico do agregado familiar e, portanto, do adolescente, que na eventualidade de não ser titular de rendimento será *pobre* por ser membro de um agregado familiar pobre. Isto é, de agregados em que os rendimentos do conjunto de titulares de rendimento são insuficientes para as pessoas que os constituem (Bruto da Costa, 2008).

O questionário de caracterização sociodemográfica (Anexo 1), é constituído por três partes e composto por questões de resposta múltipla, fechadas.

A primeira parte - Algumas questões sobre ti e as pessoas com quem vives - trata de recolher informação relativa ao adolescente e incorpora, além dos dados biográficos habituais como a idade, o sexo e a naturalidade, questões que pretendem caracterizar a *estrutura* e o *estatuto* da família, elementos importantes para a compreensão da pobreza infantil, a saber: “naturalidade do pai”; “naturalidade da mãe”; “freguesia onde vive”; “ano de escolaridade”; “número de reprovações”; “com quem vive”; “quantos irmãos tem”; “número de divisões do espaço que habita”; “dorme num quarto só para si”; “quantos computadores há na sua casa”.

De modo a quantificar os fatores sociais e económicos do ambiente que afetam, positiva ou negativamente, a saúde dos adolescentes, procurámos trazer indicadores do estatuto socioeconómico tradicionais que nos informam sobre o *grau de instrução*, o *nível de rendimentos* e a *ocupação profissional* do pai e da mãe, sabendo nós que os adolescentes serão classificados de *pobres* e *não pobres* de acordo com o estatuto socioeconómico dos pais

ou do representante do agregado familiar. Colocámos então questões sobre a “escolaridade da mãe”; “escolaridade do pai”; “profissão da mãe”; “profissão do pai” e ainda uma questão sobre a atribuição do subsídio de ação social escolar - “o aluno beneficia de algum apoio no âmbito da ação social escolar (livros escolares, alimentação, transporte)”.

A pergunta sobre a escolaridade da mãe e do pai visa comprovar o baixo nível de educação que caracteriza a população pobre. Este facto é, em nossa opinião, determinante quer no modo de vida da família como na forma como esta encara a escolaridade dos filhos, podendo funcionar como um (des)incentivo dos mecanismos de transmissão intergeracional. Bruto da Costa (2008), alerta para uma forte reprodução geracional dos baixos níveis de escolaridade.

As questões referentes à profissão visam situar as profissões da mãe e do pai no quadro da Classificação Portuguesa das Profissões (INE, 2011) com o objetivo de poder relacionar o nível de competência da profissão com o grau de ensino, já que “a pobreza dos economicamente ativos se relaciona, fundamentalmente, com o tipo de qualificação e tipo de ocupação, com a correspondente repercussão no nível salarial”, (Bruto da Costa, 2008:121). Quando empregadas, são as pessoas pobres que tendem a ocupar os cargos que requerem os níveis mais baixos de competências e que, por isso, são os menos valorizados e que oferecem as menores remunerações, como, por exemplo, os serviços domésticos e trabalhos manuais.

As profissões, de acordo com a CPP/2010, são organizadas com base na competência especializada. Os quatro níveis de competência da CPP/2010, adotados da CITP/2008, obedecem a uma definição própria. Descrevemos apenas os dois primeiros níveis de competência por se relacionarem com os níveis de competência da população pobre.

O *nível de competências 1*, compreende a execução de tarefas simples e de rotina física ou manual. Envolve tarefas, tais como, limpeza, transporte e armazenagem manual de bens e de materiais, operar veículos não motorizados, apanhar frutos e vegetais. O *nível de competências 2*, envolve a execução de tarefas relacionadas com a operação de máquinas e equipamento elétrico, condução de veículos, manutenção e reparação destes equipamentos, tratamento e arquivo da informação.

Os quatro níveis da CITP/ISCO/2008, nos casos em que são exigidos graus de ensino e de formação para medir o nível de competência numa profissão, estão correlacionados com a Classificação Internacional Tipo de Ensino (CITE/ISCED/97). Por outro lado, os quatro

níveis da CITEP/ISCO/2008 podem ser relacionados com os dez Grandes Grupos da estrutura desta classificação.

Observamos no nosso estudo o já referido por Bruto da Costa (2008) no que se refere à principal profissão dos representantes dos agregados pobres, em que se destacam, os *operários, artífices e trabalhadores similares*, os *trabalhadores não qualificados* e o *peçoal de serviços e comércio*. Estas percentagens totalizam o maior valor percentual dos agregados familiares pobres, e, confirmam que a pobreza dos economicamente ativos se relaciona, fundamentalmente, com o tipo de qualificação e o tipo de ocupação, com a correspondente repercussão no nível salarial. No nosso trabalho, os grupos referidos encontram-se fortemente representados.

O rendimento do agregado não está explicitamente incluído no inquérito, uma vez que utilizámos o subsídio de ação social escolar (nas modalidades de apoio alimentar, acesso a recursos pedagógicos e transporte), como variável instrumental para a seleção da amostra, sabendo que têm direito a beneficiar deste apoio os alunos pertencentes aos agregados familiares integrados nos 1º e 2º escalões de rendimentos determinados para efeitos de atribuição do abono de família (DR, 2.ª série, N.º 180-19 de Setembro de 2011). Alguns destes agregados familiares dos concelhos da Amadora e Sintra auferem rendimento social de inserção (RSI) como já tivemos oportunidade de documentar (Anexo 2).

A partir das informações acerca das habilitações escolares da mãe e do pai, da situação profissional da mãe e do pai e do aluno ser ou não beneficiário do subsídio de ação social escolar podemos ter um entendimento sobre o estatuto socioeconómico do agregado familiar.

De relevar a importância do estatuto socioeconómico na explicação da pobreza infantil através dos indicadores do estatuto socioeconómico tradicionais (grau de instrução, rendimento e ocupação profissional) ou como observado por Dutton & Levine, (1989), citados por Adler *at al*, (1994) como indicador composto que, tradicionalmente, incorpora o *status* económico medido pelo rendimento; o *status* social medido pela educação e o status de trabalho medido pela ocupação.

Apesar do indicador mais fortemente associado à pobreza ser o baixo rendimento, existe, atualmente, bastante literatura disponível que nos dá conta das limitações de tal definição. Pessoas diferentes poderão ter oportunidades muito diferentes de converter os rendimentos e

outros bens primários numa vida boa, com liberdade (Sen, 1999). Por conseguinte, a relação entre recursos e pobreza é, ao mesmo tempo, variável e dependente dos atributos individuais e do contexto ambiental.

Grupo II – Sobre ti e o bairro onde vives

A conceção deste grupo de questões foi influenciada por Sen, pela sua obra “Desenvolvimento como Liberdade” (Sen, 1999) e pela Abordagem das Capacidades do mesmo autor, onde é advogada a expansão das *capacidades humanas* das pessoas pobres como forma de se lidar com o problema da pobreza. De acordo com Sen (1999) em contraste com uma linha de pensamento baseada, ora na utilidade ora nos recursos, na perspetiva da capacidade, ajuíza-se da vantagem de uma pessoa tendo em conta a capacidade dessa pessoa para fazer aquelas coisas a que, por alguma razão, dá valor. Quando vista em termos de oportunidades, a vantagem de uma pessoa será menor do que a de outrem, se ela tiver menor capacidade -uma menor oportunidade real - para conseguir realizar aquelas coisas, a que, por alguma razão, dá valor. Aqui, o foco de atenção centra-se sobre a liberdade de que uma pessoa realmente dispõe, no sentido de fazer, ou ser, alguma coisa – isto é, aquilo que a pessoa em questão estima ser valioso fazer-se ou ser-se (Sen, 2009:319). Por conseguinte, o conceito de capacidade andarão associado ao aspeto da oportunidade ínsito na liberdade, na medida em que este diz respeito a oportunidades “compreensivas”, não se centrando apenas no que possa acontecer em termos de resultado.

Abraçando a proposta de Sen, pareceu-nos então importante, perspetivando para o futuro o desenvolvimento de políticas/programas de intervenção eficazes na promoção da saúde objetivando a redução das desigualdades sociais e a construção de comunidades mais resilientes, poder retratar oportunidades de participação em atividades de saúde e bem-estar em áreas de privação, como são os bairros habitados por adolescentes da nossa população em estudo e, em simultâneo, conhecer as determinantes sociais relacionadas com o medo e a insegurança associadas à desorganização física e estrutural dos espaços, típica das zonas mais desfavorecidas e de privação.

Este grupo de questões – Sobre ti e o bairro em que vives - remete-nos assim para a possibilidade de retratar modos de participação dos adolescentes em atividades no bairro onde

vivem, enxertadas em oportunidades de desenvolver vidas saudáveis, ativo fundamental na superação da adversidade e da pobreza, de que são exemplo: ”costumas participar em festas ou convívios organizados pela tua comunidade de origem; “no bairro onde vives encontras bons locais para a prática de atividades relacionadas com a saúde e o bem-estar como desporto, exercício físico, atividades ao ar livre como corrida, andar de bicicleta ou jogar futebol”; ”no bairro onde vives encontras boas oportunidades para participar em projetos animados por associações, centro social paroquial e comunitário, grupos desportivos, de teatro, dança, entre outros”; e, por último, a disponibilidade do adolescente para “participar em atividades que promovam a saúde e o bem-estar”. Destacada destas mas com o objetivo de abordar o sentimento de segurança no bairro colocámos ainda a questão “De um modo geral sentes-te seguro no bairro onde vives?”, de modo a identificar bairros amplificadores do risco para a saúde, ou inversamente, territórios promotores de saúde.

Este grupo de questões – Sobre ti e o bairro onde vives - é também sobre os estilos de vida em determinados bairros da periferia urbana de Lisboa e sobre o desenvolvimento humano. A garantia da liberdade de escolher um estilo de vida saudável foi um exemplo escolhido por Sen para ilustrar a sua definição de desenvolvimento humano (Sen, 1999).

Deste modo, a formulação deste grupo de questões residiu na observação dos determinantes ambientais para a promoção de estilos de vida saudáveis, em bairros e escolas habitados por grupos populacionais mais desfavorecidos. Quer num espaço quer noutra, a responsabilidade pela saúde não deve ser encarada apenas como uma responsabilidade individual, nomeadamente, quando se pretende obter resultados nos indivíduos em situação de vulnerabilidade social, que muito particularmente podem apresentar fatores de ordem estrutural, social, organizacional e económica que impossibilitam a adoção de um estilo de vida saudável. Daqui decorre a questão principal da promoção da saúde relativa ao modo como a comunidade, como um todo, desenvolve as suas *potencialidades salutogénicas* e responde positivamente às exigências de um ambiente em constante mutação (PNSE, 2006).

Grupo III – Sobre ti e a tua Escola

O último grupo de questões do questionário de caracterização sociodemográfica diz respeito à escola e designámo-lo “Sobre ti e a tua Escola”. Para a realização deste grupo de questões

foram consideradas diversas fontes de informação relacionadas com a promoção da saúde em meio escolar, tais como: o Programa Nacional de Saúde Escolar (Direção Geral de Saúde, 2006b), o Programa Tipo de Saúde Escolar (DGS, 1996), o Guião Orientador para Escolas Promotoras de Saúde (Neves e Loureiro, 2001).

Em todos os documentos se advoga a promoção da saúde e o desenvolvimento de um ambiente seguro e protetor à luz de um conceito atual de saúde que reconhece a importância do ambiente psicossocial; assim, a escola não é apenas um local para aprender, mas um sítio onde o adolescente se sente seguro e onde é esperado que possa ter uma participação ativa na vida da escola e, portanto, no processo de desenvolvimento da sua própria saúde. Neste grupo de questões procurámos incluir alguns indicadores de capital social referidos por Loureiro (2010) citando Naidoo & Wills (2000) como os que se relacionam com o ambiente de trabalho, no caso do adolescente entenda-se *ambiente da escola* retratado na questão “sinto-me seguro nesta escola”, os de cariz *individual* como “sinto que pertenço a esta escola ” e ainda os que se referem à *participação* “nesta escola encontro boas oportunidades para participar em atividades e projetos”.

Escalas

Além do questionário de caracterização sociodemográfica, foi ainda administrado um conjunto de instrumentos destinados a obter informações acerca das variáveis em análise. Todos os instrumentos se encontram adaptados para a população portuguesa (Anexo 1).

3.3.1.2 - Perfil de Estilo de Vida II - Health Promoting Lifestyle Profile (HPLP-II) (Walker & Hill-Polerecky, 1996)

A escala HPLP II mede comportamentos promotores de saúde. A versão original da HPLP II (Walker & Hill-Polerecky, 1996) inclui um questionário de 52 itens, de autopreenchimento, em formato de resposta Likert de 4 pontos (“*nunca*” = 1, “*ocasionalmente*” = 2, “*frequentemente*” = 3 e “*sempre*” = 4), que mede a frequência de comportamentos promotores de saúde em seis dimensões/sub-escalas: Responsabilidade pela Saúde (RS – 9 itens);

Atividade Física (AF – 8 itens); Nutrição (N – 9 itens); Crescimento Espiritual (CE 9 itens); Relações Interpessoais (RI - 9 itens) e Gestão do Stress (GS – 8 itens).

O total da escala HPLP-II é calculado pela média de todas as respostas dadas aos 52 itens. Os *scores* possíveis variam de 52 a 208, com *scores* elevados refletindo um perfil de estilo de vida promotor de saúde. As propriedades psicométricas do HPLP II, na sua versão original, revelam que o coeficiente de Cronbach total do instrumento foi de .943; e a consistência interna das seis subescalas variou entre .793 e .872. Na versão Portuguesa para o score total HPLP II, Pires (2012) encontrou um alfa de 0,92 e Pedro Sousa *et al.* (2014) encontraram um $\alpha = .925$. No nosso estudo a escala HPLP II, apresentou uma excelente consistência interna (alfa-Cronbach=0,911) e os resultados para as sub-escalas foram de 0,811; 0,806; 0,796; 0,696; 0,672; 0,669 para a Atividade Física, Responsabilidade pela Saúde, Crescimento Espiritual, Relações Interpessoais, Nutrição e Gestão do Stress, respetivamente.

3.3.1.3 - Questionário orientação para a vida - *orientation to life questionnaire* (OLQ) (Antonovsky, 1987)

O Questionário orientação para a vida - *orientation to life questionnaire* (OLQ) (Antonovsky, 1987), validado para o português por Saboga Nunes (1999), operacionaliza o conceito sentido interno de coerência. Para A. Antonovsky, o SCO é uma orientação global que define a capacidade com a qual um indivíduo, com um persistente e dinâmico sentimento de confiança, encara os (1) estímulos emanados dos meios interno ou externo de uma existência como estruturados, previsíveis e explicáveis (*capacidade de compreensão - comprehensibility*); (2) que o indivíduo tem ao seu alcance recursos para satisfazer as exigências colocadas por esses estímulos - (*capacidade de gestão - manageability*); e (3) que essas exigências são desafios, capazes de catalisar o investimento e o empenho do indivíduo - (*capacidade de investimento - meaningfulness*) (Antonovsky, 1987: 19). O questionário é composto por 29 itens, que se agrupam nas 3 dimensões referidas: Capacidade de Investimento (CImea,8 itens),Capacidade de Compreensão (Ccom,11 itens) e Capacidade de Gestão (CGma,10 itens). A resposta exprime-se sobre um diferencial semântico posicionado entre duas frases de referência. A pontuação de cada uma das sub-escalas obtém-se somando as pontuações dos itens respetivos, sendo os itens 1,4,5,6,7,11,13,14,16,20,23,25,27 a inverter. O valor SCO é o resultado da soma de todos os itens.

Tabela 1
Dimensões da escala SCO e sua operacionalização

Capacidade de Compreensão	Em que medida o indivíduo percepçiona os estímulos do meio como informacionalmente ordenados, consistentes, estruturados e claros Itens 1, 3, 5, 10, 12, 15, 17, 19, 21, 24 e 26 (os itens 1 e 5 são invertidos) Calculada a média do somatório da pontuação/resposta aos 11 itens
Capacidade de Gestão	Avalia a percepção que o indivíduo tem de si mesmo como possuindo os recursos suficientes, quer pessoais, quer sociais para fazer face às exigências das suas situações de vida. Itens 2, 6, 9, 13, 18, 20, 23, 25, 27, e 29 (os itens 13, 20, 23, 25 e 27 são invertidos) Calculada a média do somatório da pontuação/resposta aos 10 itens
Capacidade de Investimento	Avalia até que ponto o indivíduo sente que a vida faz sentido e como tal, as exigências e os problemas da vida são merecedores do seu empenho e energia. Itens 4, 7, 8, 11, 14, 16, 22 e 28 (os itens 4, 7, 11, 14, e 16 são invertidos) Calculada a média do somatório da pontuação/resposta aos 8 itens

Fonte: Antonovsky (1987), adaptado por Brito (2007)

Antonovsky construiu o questionário orientação para viver - *orientation to life questionnaire* (OLQ) para medir o SCO com as seguintes características psicométricas (ANTONOVSKY, 1987, pp. 82-84): elevada consistência interna (Alpha de Cronbach de .84 a .93); validade convergente com o Locus de Controlo Interno-Externo ($r = +.39$); validade discriminante com o Sarason Teste de Ansiedade ($r = -.21$).

Da sua validação para o português ($n = 643$, Nunes, 1999 citado por Ferreira, 2007), encontraram-se resultados que reforçam a pertinência transcultural deste constructo, nomeadamente, uma elevada consistência interna (Alpha de Cronbach de .83 a .90);

No nosso estudo a escala SOC apresenta uma boa consistência interna (alfa-Cronbach=0,832) e os resultados para as sub-escalas foram de 0,779; 0,679; 0,582 para a Capacidade de Investimento (CI_{mea}), Capacidade de Compreensão (C_{com}) e Capacidade de Gestão (CG_{ma}), respetivamente.

3.3.1.4 - Escala de avaliação da auto-eficácia geral (Como eu sou) Self-Efficacy Scale (Sherer, et al., 1982).

O instrumento utilizado para avaliar o nível de auto-eficácia foi a escala “*Como eu sou*” adaptada a partir do “*the Self-Efficacy Scale*” de Sherer, Maddux, Mercandante, Prentice-Dunn, Jacobs e Rogers (1982), citado por Ribeiro (1995). Embora se trate de uma escala

desenhada para avaliar a auto-eficácia, esta escala deve ser considerada como uma escala de avaliação da auto-eficácia geral (Ribeiro, 1995). Com efeito, a auto-eficácia é específica da situação e o modo de a avaliar deve refletir isso: no entanto Bandura admite que "algumas experiências (...) desencadeiam um sentido de eficácia mais generalizado que vai bem além da situação específica" (Bandura, 1977:194 citado por Ribeiro, 1995). A teoria da auto-eficácia postula que quanto mais forte for a perceção de auto-eficácia mais vigoroso e persistente o esforço (Bandura, 1981; 1982 citado por Ribeiro, 1995). A mesma teoria distingue expectativa de eficácia de expectativa de resultado. "A expectativa de resultado define-se como a estimativa que o indivíduo faz de que determinado comportamento conduz a determinado resultado. A expectativa de eficácia é a convicção de que ele próprio consegue realizar, com sucesso, o comportamento necessário para produzir tais resultados" (Bandura, 1977:193 citado por Ribeiro, 1995). O'Leary (1992) citado por Ribeiro (1995), explica que a auto-eficácia afeta a saúde de duas maneiras distintas: a primeira é através da prática de comportamentos que influenciam a saúde, na medida em que indivíduos com elevada perceção de auto-eficácia adotam mais facilmente comportamentos de promoção da saúde e modificam mais facilmente comportamentos de prejuízo de saúde; a segunda maneira é através da resposta fisiológica ao *stress*, reduzindo o seu impacto negativo.

A escala original é formada por 23 itens, após ter sido sujeita a tratamento estatístico de uma versão que apresentava originalmente 36 itens escolhidos com base na validade do conteúdo (Ribeiro, 1995). Os autores dividiram a escala em dois fatores, sendo o 1º fator denominado "auto-eficácia geral" constituído por 17 itens, e que de acordo com os mesmos poderia ser dividido em duas dimensões: iniciação e persistência; e eficácia perante a adversidade; o segundo fator denominado "auto-eficácia social" é formado por 6 itens (Ribeiro, 1995). As respostas deste instrumento são dadas numa escala tipo Lickert de 14 pontos.

Relativamente à adaptação à população portuguesa, os autores optaram por recorrer a uma solução ortogonal-varimax com três fatores, incluindo 15 dos 23 itens da versão original, e uma escala tipo Lickert de 7 pontos, apresentando uma variância total de 52,9% (Ribeiro, 1995). Estes resultados vão ao encontro de outros estudos realizados como o de Wigal, Creer & Kotses (1991) que explica 57,4% da variância total. Quando comparado com o estudo original de Sherer et al. (1982), formado por 2 fatores e 23 itens apresentando uma variância total de 35%, verifica-se que apesar de apresentar menos itens (15) o instrumento adaptado à população portuguesa apresenta melhores propriedades estatísticas do que o original (Ribeiro,

1995). Na versão adaptada à população portuguesa surgem então 3 fatores: 1º iniciação e persistência (IP), que inclui 6 itens e avalia a apreciação do indivíduo relativa à sua vontade em iniciar e completar uma ação; 2º eficácia perante a adversidade (EPA), formado por 5 itens e que avalia a persistência do indivíduo em situações adversas; 3º eficácia social (ES), constituído por 4 itens, qualifica as expectativas do indivíduo perante situações sociais (Ribeiro, 1995).

No que diz respeito à cotação do instrumento, em cada item é atribuído o valor 1 à letra A e o valor 7 à letra G, exceto nos itens invertidos (3,4,5,7,8,9,10,12,14,15) em que a letra A corresponde a 7 pontos, e a letra G corresponde a 1 ponto. Desta forma, a dimensão “Iniciação e Persistência” pode ser cotada com o valor mínimo de 6, e o valor máximo de 42; a dimensão “Eficácia Perante a Adversidade” pode ser cotada com o valor mínimo de 5 e o valor máximo de 35; e a dimensão “Eficácia Social” pode ser cotada com o valor mínimo de 4 e o valor máximo de 28. Relativamente ao resultado total do instrumento, este apresenta valores de cotação compreendidos entre 15 e 105.

A análise da consistência interna, com recurso ao teste Alfa de Cronbach sobre os resultados do estudo definitivo encontrou os seguintes valores: alfa=0,80 para o primeiro fator; alfa=0,80 para o segundo fator e; alfa=0,60 para o terceiro. O valor de alfa para a escala total com a amostra do estudo definitivo foi de 0,84. O instrumento original apresentava valores de 0,86 e 0,71, respetivamente, para o alfa de cada um dos dois fatores. No nosso estudo a escala CES apresentou uma boa consistência interna (alfa-Cronbach=0,843) e os resultados para as sub-escalas foram de 0,824; 0,777; 0,592 para a Eficácia Perante a Adversidade (EPA); Iniciação e Persistência (IP); e Eficácia Social (ES), respetivamente.

3.3.1.5 - Escala do Locus de Controlo de Saúde (Wallston et al., 1976)

O Locus-de-Controlo é um constructo nascido no seio da Teoria da Aprendizagem Social. Define-se como uma característica psicológica que tipifica o grau em que o indivíduo percebe que o que lhe acontece na vida do dia-a-dia é consequência das suas ações e, por isso, pode ser controlado por ele, controlo interno, ou, como não tendo relação com o seu comportamento e, por isso, está fora do seu controlo, controlo externo (Ribeiro, 1994:2). Embora o Locus de Controlo tenha sido concebido como uma característica geral, diversos

autores têm defendido que esta variável pode, e deve, ser considerada em domínios específicos. Por exemplo, (Strickland, 1978 citado por Ribeiro, 1994) defende a importância de considerar a especificidade do Locus-de-Controlo no domínio da saúde (Ribeiro, 1994).

Rotter defende que o Locus de Controlo é uma característica unidimensional que se representa como um contínuo onde, num extremo, se encontra a internalidade e, no outro, a externalidade. A ideia de continuidade entre internalidade e externalidade tem sido desafiada por diversos autores. Do mesmo modo, tem sido questionado se o Locus-de-Controlo é uma característica unidimensional ou multidimensional (Ribeiro, 1994).

Colocando a hipótese de que as pessoas são mais ou menos externas em função do contexto, ou da situação, a que se aplica o questionário, vem reforçar a convicção de que provavelmente a) as pessoas são mais ou menos internas *versus* externas consoante as dimensões, contextos, ou situações; b) as pessoas tendem a variar, quanto ao Locus de Controlo, ao longo de um contínuo de externalidade *versus* internalidade, tal como na proposta original de Rotter (Ribeiro, 1994).

Finalmente, é importante discutir a importância de se ter um locus interno ou externo. A investigação tende a considerar que a internalidade é uma característica importante mas, por exemplo, Strickland (1978) citado por Ribeiro (1994) explicava que em algumas circunstâncias é mais adequado ser externo do que ser interno.

A Escala do Locus de Controlo de Saúde foi reconstruída e adaptada por Pais Ribeiro em 1994. Na reconstrução desta escala realizaram-se dois estudos distintos e complementares: no primeiro procedeu-se à escolha dos itens que deviam ser incluídos na escala, à sua organização aplicação e análise; no segundo aplicou-se e analisou-se a escala resultante do primeiro estudo. Os itens utilizados na reconstrução da presente escala foram recolhidos a partir de várias escalas de língua inglesa (Health Locus of Control Scale, Multidimensional Health Locus of Control Scales e Health-Specific Locus-of-Control) que, depois de traduzidos e analisados e de verificadas as suas propriedades métricas, deram origem a uma escala de avaliação do Locus de Controlo de Saúde com dois fatores (Ribeiro, 1994). A escala é constituída por 14 itens, que pertencem a dois fatores: Locus de Controlo (LC) (“ Em saúde não se pode invocar, nunca, má sorte) e Outros poderosos (OP) (“Manter contacto regular com o médico é a única maneira de evitar ficar doente”). São itens do fator Locus de Controlo: 2, 3, 4, 6, 7, 8, 12 e 13. Ao fator Outros Poderosos pertencem os itens 1, 5, 9, 10, 11

e 14. A resposta é dada numa escala de *Lickert* de 7 posições que varia de A a G: A – Discordo totalmente; B – Discordo bastante; C – Discordo um pouco; D – Não concordo Nem Discordo; E – Concordo um pouco; F – Concordo bastante e G – Concordo totalmente. O resultado do somatório dos itens varia entre 14 e 98. O valor mais baixo corresponde ao locus externo e o mais elevado ao locus interno (Pais Ribeiro, 1994).

A análise da consistência interna - Alfa de Cronbach - da escala e sub-escalas, nos dois estudos, foi a seguinte (o valor entre parêntesis refere-se ao valor de alfa encontrado no primeiro estudo): primeiro fator, alfa=0,75 (0,78); segundo, alfa=0,74 (0,60). A consistência interna para a escala total, no segundo estudo, foi de alfa=0,69 (Ribeiro, 1994). No nosso estudo as dimensões LC e OP apresentam uma consistência interna suficiente (alfas-Cronbach=0,682 e 0,651, respetivamente).

3.3.1.6 - Escala de Resiliência - Resilience Scale (RS25) (Wagnild e Young,1993)

Entre as escalas desenvolvidas para avaliar a perceção que o indivíduo tem de si próprio enquanto capaz (ou não) de enfrentar eventuais situações difíceis e/ou imprevistas, ser perseverante, autónomo e ter uma perceção positiva de si mesmo destaca-se a *Resilience Scale*, desenvolvida por Wagnild e Young, em 1993, nos Estados Unidos. Wagnild e Young (1993) definem resiliência como a capacidade para lidar com a mudança ou adversidades, de forma eficaz, ou ainda como uma característica positiva da personalidade, que promove a adaptação individual (Wagnild, 2009, citado por Pestana, 2015).

A RS25 é um instrumento de autorrelato desenvolvido a partir de um estudo qualitativo, realizado em 1987, com 24 mulheres adultas que demonstraram uma adaptação normativa e com sucesso perante acontecimentos de vida considerados perturbadores do normal funcionamento do indivíduo (Wagnild & Young, 1990, 1993, citados por Pestana, 2015). No referido estudo, estas mulheres eram incentivadas a descrever a forma como reagiam face a um acontecimento de vida negativo (Wagnild, 2009; Wagnild & Young, 1990, 1993, citados por Pestana, 2015).

A primeira escala de resiliência era constituída por 50 itens. Após uma análise fatorial inicial, a escala foi reduzida para 25 itens que refletiam as cinco caraterísticas básicas da resiliência,

Perseverança, Autoconfiança, Serenidade, Significação e Solidão Existencial (Wagnild & Young, 1990, 1993, citados por, Pestana, 2015).

A escala está organizada segundo uma escala tipo *Likert* de 7 pontos, sendo 1. “Discordo Totalmente”, 2. “Discordo Muito”, 3. “Discordo”, 4. “Não Concordo nem Discordo”, 5. “Concordo”, 6. “Concordo Muito e 7. “Concordo Totalmente”. Os *scores* possíveis variam de 25 a 175, com *scores* elevados refletindo elevada resiliência. Pontuações superiores a 161 indicam elevado grau de resiliência, entre 146-160 um grau de resiliência alto, entre 131-145 um grau de resiliência moderado, entre 116-130 um grau baixo de resiliência e pontuações inferiores a 100 indicam um grau muito baixo de capacidade de resiliência (Wagnild, 2009, citado por Pestana, 2015).

Numa extensa revisão literária, efetuada por Wagnild (2009) citado por Pestana (2015), sobre a *Resilience Scale*, salientava-se a existência de traduções e adaptações para mais de doze países e que a mesma já havia sido aplicada a vários grupos populacionais e em diferentes faixas etárias: adolescentes, adultos e idosos, incluindo populações de risco e mães com filhos em idade pré-escolar. Estes estudos encontraram alfas de Cronbach entre .72 e .94, que atestavam a boa consistência interna da RS25, demonstrando que esta era uma boa escala para ser aplicada em diferentes grupos etários e etnias. No entanto, Wagnild (2009) citado por Pestana (2015), no guia de utilização da escala, salientou a existência de uma estrutura unifatorial da escala e recomendou que a sua cotação deveria ter em conta uma nota total.

Segundo Pestana (2015) outros autores têm estudado a estrutura fatorial da escala e a sua consistência interna, tendo encontrado bons valores de alfa de Cronbach (e.g., Girtler et al., 2010 em Itália, Losoi et al., 2013 na Finlândia; Nishi, Uehara, Kondol, Matsuoka, 2010 no Japão e Ruiz, Vega, Poveda, Rosado & Serpa, 2012 em Espanha). Em Portugal, e ainda segundo Pestana (2015), estudos de adaptação e validação da *Resilience Scale* de Wagnild e Young (Felgueira et al., 2010; Oliveira & Machado, 2011; Pinheiro & Matos, 2013), indicaram boa consistência interna do instrumento, com alfas de Cronbach entre .80 e .94.

No estudo de Felgueiras et al. (2010) com uma amostra de adolescentes inicialmente optou-se pela conservação dos 25 itens e procurou-se manter o seu sentido e significado original. A fim de estudar a homogeneidade, calcularam-se as correlações entre o item e o valor global e o Alfa de Cronbach. As correlações foram positivas e significativas, exceto para o item 5, que tem uma correlação baixa, inferior a 0,2. Este item foi eliminado. Para aferir a consistência

interna determinou-se o Coeficiente Alfa de Cronbach para os 24 itens restantes, que foi 0,82. Segundo Ribeiro (2007), esta é uma boa consistência interna pois excede 0,80. Felgueiras et al. (2010), encontraram uma estrutura multidimensional de cinco fatores que apresentou boas propriedades psicométricas tendo a análise fatorial confirmado a existência de cinco dimensões. Tentaram estabelecer um paralelismo com os cinco componentes que, segundo Wagnild e Young, constituem a resiliência, uma vez que haviam elaborado a escala com base nos mesmos. Os fatores 1 a 5 foram denominados “Perseverança”, “Autoconfiança”, “Sentido de Vida”, “Serenidade” e “Autossuficiência”, respetivamente.

No nosso estudo a escala RS apresenta uma boa consistência interna (alfa-Cronbach=0,873) e os resultados para as sub-escalas foram de 0,788; 0,609; 0,506; 0,450 e 0,408 para a Perseverança, Autoconfiança, Sentido da Vida, Serenidade e Autossuficiência, respetivamente.

Análise de Consistência Interna

Apresentamos, em síntese, os valores da análise da consistência interna de alfa- Chronbach, no nosso estudo.

- A escala HPLP II, apresentou uma excelente consistência interna (alfa-Cronbach=0,911).
- A escala CES apresentou uma boa consistência interna (alfa-Cronbach=0,843).
- As dimensões LC e OP apresentam uma consistência interna suficiente (alfas-Cronbach=0,682 e 0,651, respetivamente).
- A escala SOC apresenta uma boa consistência interna (alfa-Cronbach=0,832).
- A escala RS apresenta uma boa consistência interna (alfa-Cronbach=0,873).

3.4 - PROCEDIMENTOS DE RECOLHA DE DADOS

Atendendo a que a temática central do estudo rodeia a pobreza infantil, partindo-se da definição de pobreza como uma situação de privação por falta de recursos (Costa, 2008:112), importou ao investigador saber para efeitos de seleção da amostra qual o sentido da pobreza infantil ou entre os adolescentes, no pressuposto de que, por razões de idade ou de ordem

educativa, ainda não sejam titulares de rendimento. A análise clássica da pobreza infantil, de acordo com a abordagem monetária, tem subjacente um conceito de pobreza, segundo o qual uma criança é pobre, caso esteja inserida num agregado familiar pobre, ou seja, cujo rendimento por adulto equivalente esteja abaixo do limiar de pobreza. Esta é a abordagem seguida pelo EUROSTAT e também pelo INE. No que respeita a outras situações em que as pessoas não são titulares de rendimento, por a sua principal atividade corresponder a etapas ou formas de vida não remuneradas, serão pobres por serem membros de agregados pobres, isto é, de agregados em que os rendimentos do conjunto de titulares de rendimento são insuficientes para o conjunto de pessoas que os constituem (Costa, 2008:120).

Neste pressuposto definimos como critérios de inclusão no estudo - i) ano de inscrição na escola 2012-2013 ii) alunos dos 15 aos 19 anos, raparigas e rapazes); iii) haver, na escola, alunos desfavorecidos socioeconomicamente; iv) haver alunos expostos, na escola, à condição de pobreza; v) haver alunos beneficiários do subsídio de ação social escolar (SASE), nomeadamente, do escalão A; vi) o local de residência/freguesia e localização geográfica da escola – na periferia urbana de Lisboa, em territórios de grande vulnerabilidade social; vii) livre consentimento da pessoa em participar no estudo.

Atendendo aos critérios definidos importava, para dinamizar o trabalho de recolha de dados, determinar quais as freguesias dos concelhos de Sintra e da Amadora que dispõem de agrupamentos de escolas onde adolescentes de agregados familiares pobres pudessem estar representados.

Conhecida a distribuição geográfica das freguesias e os agrupamentos de escolas aí existentes, importava haver um critério que possibilitasse retratar a condição de vulnerabilidade social daquele território educativo, onde se intersejam as estruturas do sistema escolar e as comunitárias. Importava, na nossa perspetiva, identificar as freguesias onde houvesse pessoas ou agregados familiares que se encontrassem em situação de carência económica grave (Anexo 2).

Sendo o Rendimento Social de Inserção (RSI) uma medida de proteção social criada para apoiar indivíduos ou famílias que se encontrem em situação de grave carência económica e em risco de exclusão social, destinada por isso a pessoas que, quer pelo valor absoluto dos seus rendimentos, quer pela dimensão e composição do agregado familiar, não possuem meios suficientes para assegurarem “recursos que contribuam para a satisfação das suas

necessidades mínimas e para o favorecimento de uma progressiva inserção social e profissional 1” (Artigo 1º da Lei nº 19-A/96 de 29 de Junho) adotámos esta Medida como critério para a seleção das freguesias/escolas que iriam integrar o nosso estudo. Esta decisão ficou reforçada com o referido no Relatório Semestral da Comissão Nacional do Rendimento Social de Inserção (CNRSI, 2011) ao dizer que em termos de escalão etário, a população beneficiária do RSI caracteriza-se por ser uma população jovem, 40% dos Beneficiários possuem idade igual ou inferior a 18 anos, facto que se deve às crianças e jovens nos agregados familiares que beneficiam desta prestação e que ilustra bem a importância desta Medida para crianças e jovens de famílias de baixos recursos (CNRSI, 2011:19; EAPN Portugal, 2011:92). Por fim, o critério encontrado foi “nº de beneficiários de (RSI) por freguesia e escalão etário nos concelhos de Sintra e da Amadora“.

As alterações introduzidas nas transferências sociais, em 2012, em particular no Rendimento Social de Inserção, foram determinantes no aumento da pobreza e, simultaneamente, no agravamento das condições de vida das famílias mais pobres. O recuo destas políticas sociais, no auge da crise económica, quando elas mais se revelavam necessárias, constituiu inequivocamente um fator de empobrecimento e de fragilização da coesão social (Rodrigues, 2016:30). Os critérios de atribuição desta Medida têm vindo progressivamente a ser alvo de um maior controlo e regras mais restritivas, repercutindo-se na redução do número de agregados beneficiários de RSI.

Posto isto, considerámos as freguesias dos concelhos de Sintra e da Amadora com beneficiários do RSI para efeitos de seleção das escolas. Dentro destas considerámos, de acordo com a disponibilidade demonstrada, as freguesias da Falagueira e Damaia do concelho da Amadora e as freguesias de Algueirão Mem-Martins, Cacém, Agualva-Mira Sintra, Queluz e Rio de Mouro, do concelho de Sintra. De acordo com as estatísticas do Instituto de Segurança Social (Instituto de Informática, IP-MSSS, 2011) a Falagueira é a 4ª freguesia do concelho da Amadora com mais inscritos no RSI, em 12 freguesias. Algueirão-Mem-Martins é a 1ª freguesia do concelho de Sintra com mais inscritos, em 20 freguesias. As freguesias da Damaia e Falagueira representam 19 % da população beneficiária do RSI com idade igual ou inferior a 19 anos. As freguesias de Algueirão-Mem-Martins, Cacém, Agualva Mira-Sintra, Queluz e Rio de Mouro representam 67% da população beneficiária do RSI com idade igual ou inferior a 19 anos.

Nestas freguesias, as Escolas do Ensino Básico e Secundário selecionadas para o nosso estudo pertencem ao Agrupamento de Escolas de Agualva Mira – Sintra; Agrupamento de Escolas D. Maria II, Agrupamento de Escolas Rio de Mouro/Leal da Câmara; Agrupamento de Escolas de Mem-Martins; Agrupamento de Escolas Miguel Torga; Agrupamento de Escolas Dr. Azevedo Neves e Agrupamento de Escolas Mães D'Água. Estes dois últimos agrupamentos estão integrados na Rede de Territórios Educativos de Intervenção Prioritária (TEIP).

Antes de iniciarmos o processo de recolha de dados através de questionário e entrevista, reunimos com cada uma das Direções dos Agrupamentos de Escolas para apresentar o estudo e perspetivar em conjunto estratégias e recursos de ordem logística que assegurassem o desenvolvimento do trabalho. A recolha de dados foi ainda precedida de um pedido de parecer a diferentes entidades como referido no ponto dedicado às considerações éticas.

A metodologia seguida foi, num primeiro momento, de inquérito por questionário a 270 alunos adolescentes. Mais tarde entrevistámos 10 alunos adolescentes que beneficiavam da Ação Social Escolar (SASE, escalões A e B) e que simultaneamente integravam os quadros de Bolsa de Mérito dos Agrupamentos de Escolas.

O preenchimento dos questionários, realizado entre fevereiro e maio de 2013, foi feito depois de haver um pedido de colaboração voluntária no estudo; foram explicados aos adolescentes a natureza e os objetivos do estudo, bem como qual seria o seu papel, caso aceitassem colaborar. O preenchimento teve sempre lugar na escola, numa turma distribuída para o efeito ou, quando o nº de alunos excedia o tamanho da turma, noutros espaços como o auditório da própria escola ou até no refeitório. Durante o preenchimento, esteve sempre presente com o grupo de alunos, o investigador, prestando esclarecimento individual às dificuldades manifestadas pelas adolescentes.

Os questionários preenchidos pelos alunos menores de 18 anos, sem formulário de consentimento informado assinado pelos pais/encarregados de educação, não foram considerados. Houve ainda alunos que não preencheram os questionários apesar dos pais/encarregados de educação terem assinado o formulário de consentimento informado. Deste modo para a análise estatística foram considerados os dados de 270 alunos.

Alguns dados de caracterização sociodemográfica presentes no questionário sociodemográfico (QSD), nomeadamente os relativos à escolaridade e profissão do pai e da

mãe e ainda os dados da Ação Social Escolar (SASE), foram intencionalmente preenchidos pelo investigador e obtidos junto das secretarias das escolas. A decisão da recolha dos dados agora referidos ser feita junto das secretarias, foi apoiada pela sugestão da economista Amélia Bastos, ela própria estudiosa da temática que rodeia este trabalho, e que advertiu para a eventualidade de falhas/omissão de dados se o preenchimento destas variáveis fosse feito pelos adolescentes. O que acabámos por constatar é que também os serviços administrativos não estavam de posse de toda a informação, havendo lacunas no preenchimento do instrumento que suporta o processo administrativo dos alunos, impossibilitando desta forma o acesso a um conjunto de dados que se pretendia o mais completo possível, por exemplo, saber da condição dos elementos do agregado familiar perante o trabalho, o que possibilitaria observar o número de pessoas em situação de desemprego.

De registar na realização deste trabalho de recolha de dados, o apoio incondicional das Direções dos Agrupamentos de Escolas, diretores de turma, professores, administrativos e assistentes operacionais que providenciaram no sentido de que todas as condições de realização do estudo estivessem salvaguardadas.

3.5 - TRATAMENTO DOS DADOS

Ao nível do tratamento dos dados, apresentamos o tratamento estatístico efetuado aos dados produzidos.

Tratamento estatístico

A análise estatística dos dados foi efetuada através do *software* estatístico IBM® SPSS® Statistics 22 e centrou-se na estatística descritiva e estatística inferencial.

Análise Descritiva

As variáveis quantitativas foram sumariadas através de estatísticas descritivas nomeadamente média, mediana, desvio padrão (DP), mínimo, máximo e as variáveis qualitativas através do cálculo de frequências absolutas (n) e relativas (%).

A análise estatística dos dados foi conduzida através de tabelas de frequências para variáveis qualitativas e tabelas com estatísticas descritivas para as variáveis quantitativas.

Os valores omissos registados como “Não aplicáveis” (NA) ou “Não sabe/Não responde” (Ns/Nr).

Foram criadas duas variáveis “Escolaridade média dos pais” e “Escolaridade máxima dos pais”, as quais representam uma classificação ordinal do nível educacional geral dos pais.

No cálculo destas variáveis, quando a escolaridade de um dos pais era NA ou Ns/Nr, prevaleceu os dados do progenitor que tivesse registo sobre a escolaridade, quando em ambos os pais os dados da escolaridade eram NA ou Ns/Nr, então considerou-se como NA ou Ns/Nr.

Foi efetuada uma análise de consistência interna utilizando o alfa de Cronbach, com uma variação entre 0 e 1. Quanto mais alto este valor maior (mais próximo de 1), maior a consistência interna.

Considerou-se que para um:

- alfa de Cronbach $\geq 0,65$ a escala apresenta uma consistência interna suficiente,
- alfa de Cronbach $\geq 0,75$ a escala apresenta uma boa consistência interna,
- alfa de Cronbach $\geq 0,90$ a escala apresenta uma excelente consistência interna.

Análise Inferencial

A análise de associação entre duas variáveis quantitativas ou qualitativas ordinais foi efetuada através do coeficiente de correlação de Spearman, caso não se tenha verificado o pressuposto de normalidade.

A comparação de dois grupos independentes (ex: sexo, e beneficia do SASE) face a uma variável quantitativa (scores) foi efetuada através do teste não paramétrico de Mann-Whitney (MW), de acordo com a validação dos pressupostos inerentes a cada teste.

O teste não paramétrico de Kruskal-Wallis (KW) foi utilizado na comparação de três grupos independentes face a uma variável quantitativa (scores), uma vez que as hipóteses de

normalidade e de homogeneidade de variâncias não se verificaram para a análise de variância (ANOVA) a um fator.

4 - COMPONENTE SUPLEMENTAR DA INVESTIGAÇÃO – A ABORDAGEM QUALITATIVA

Esta componente suplementar foi delineada com o objetivo de que fosse possível aceder a uma compreensão sobre a experiência de ser pobre e comportamentos de procura de saúde por parte dos adolescentes que vivem em contextos de pobreza e que integram os quadros de bolsas de mérito dos agrupamentos de escolas.

No caso da estratégia adotada, estratégia sequencial, a componente suplementar deve concretizar-se após a componente central estar concluída, podendo ser delineada logo na fase de projeto ou emergir da componente central (Creswell, 2010; Morse & Niehaus, 2009 citados por Dias, 2015). No nosso estudo foi planeada na fase inicial, mas com uma dependência do tratamento prévio dos resultados. O estudo qualitativo, desta componente suplementar, baseia-se na análise de conteúdo de entrevistas realizadas a 10 raparigas e rapazes de baixo estatuto socioeconómico e que integram os Quadros de Bolsa de Mérito dos Agrupamentos de Escolas Leal da Câmara; Mães d'Água e Mem-Martins. As categorias e principais conclusões desta análise serão apresentadas e discutidas após uma breve caracterização do guião da entrevista, da amostra e do procedimento de recolha e tratamento de dados. Dizer ainda que esta componente suplementar veio contribuir para uma maior compreensão do objeto de estudo, essencialmente porque permitiu o conhecimento de dimensões não acessíveis pela componente central (Morse & Niehaus, 2009). Em síntese, fica demonstrado, como a componente suplementar veio contribuir para uma maior compreensão do objeto de estudo, essencialmente porque permitiu o conhecimento de dimensões não acessíveis pela componente central.

4.1 - A AMOSTRA

A definição da amostra na componente suplementar, num desenho de métodos mistos com uma estratégia sequencial (QUAN→qual) é um processo que merece a nossa melhor atenção. Esta componente tem objetivos muito precisos, que pela sua concretização ajudam a descrever dados não acessíveis na componente central, mas que são essenciais para a compreensão do objeto de estudo. O método de amostragem na componente suplementar, qualitativa, inscreve-se na indução analítica e designa-se por *amostragem de conveniência*. Decide-se, assim, pela

inclusão de indivíduos particulares porque se pensa que estes facilitam a expansão da teoria em formação (Bogdan & Biklen, 1994:101). Também de acordo com Guerra (2006) a amostra não se constitui por acaso, mas em função de características específicas que o investigador quer pesquisar. A nossa amostra é constituída por 10 alunos adolescentes, que integram os agrupamentos de escolas onde teve lugar a recolha de dados para o estudo empírico, e os critérios utilizados para a seleção dos participantes foram, a saber: idade entre os 15 e os 18 anos; ser beneficiário do SASE; integrar os quadros de bolsas de mérito da escola; localização geográfica de residência/freguesia/escola nos concelhos da Amadora e Sintra, livre consentimento da pessoa em participar no estudo. A decisão de escolher alunos oriundos de agregados familiares com baixo estatuto socioeconómico e que em simultâneo integram os quadros de bolsa de mérito da escola, deveu-se ao facto de querer focar a atenção neste grupo de jovens, em particular, que mantêm ajustados níveis de desempenho e motivação, apesar das condições e experiências indutoras de *stress* que os colocaram em risco de ter maus resultados ou mesmo de abandonar a escola, no pressuposto de que os relatos da sua experiência serviriam para enriquecer a compreensão do nosso objeto de estudo.

Caracterização da amostra

Seguem-se os dados de caracterização da amostra relativos ao conjunto dos participantes:

Tabela 2
Caracterização da amostra

Idade	Sexo	Naturalidade	Freguesia	Agrupamento Escolas	Ano Escolaridade
17	M	Cabo-Verde	Rio de Mouro	Leal da Câmara	C. Profissional
17	M	Lisboa	Algueirão-Mem Martins	Leal da Câmara	C. Profissional
17	F	Lisboa	Falagueira	Mães d'Água	12º ano
16	M	Amadora	Reboleira	Mães d'Água	10º ano
16	F	São Tomé e Príncipe	Falagueira	Mães d'Água	10º ano
16	M	Amadora	Rio de Mouro	Leal da Câmara	11º ano
18	M	Lisboa	Rio de Mouro	Leal da Câmara	C. Profissional
18	F	Lisboa	Algueirão-Mem Martins	Mem Martins	C. Profissional
16	F	Lisboa	Algueirão Mem- Martins	Mem Martins	10º ano
17	M	Lisboa	Rio de Mouro	Mem Martins	11º ano

Conforme podemos constatar os entrevistados têm idades compreendidas entre os 16 e os 18 anos. São maioritariamente do sexo masculino. Dois dos entrevistados são naturais dos Países de Língua Oficial Portuguesa. Pertencem a freguesias do concelho de Sintra, nomeadamente, Algueirão-Mem-Martins e Rio de Mouro e a freguesias do concelho da Amadora, designadamente, Falagueira e Reboleira. Integram os agrupamentos de escolas de Mem-Martins e Leal da Câmara, ambos pertencentes ao concelho de Sintra, e o agrupamento de escolas Mães d'Água que pertence ao concelho da Amadora. Os entrevistados, no ano letivo 2012-2013, encontravam-se inscritos no Ensino Secundário e em Cursos Profissionais.

4.2 - FASE DE RECOLHA DE DADOS

Nesta componente suplementar da investigação recorreu-se à entrevista semiestruturada. A fase de recolha de dados iniciou-se em maio de 2013 e decorreu até julho de 2013. Foi remetida às Direções dos Agrupamentos de Escolas dos concelhos de Sintra e da Amadora, via e-mail, a solicitação da colaboração pretendida. Simultaneamente, foram estabelecidos junto das Direções e diretores de turma, contactos pessoais, telefónicos e via e-mail para reforçar e explicitar o que se pretendia com as entrevistas, a realizar junto de um grupo de adolescentes, alunos daqueles agrupamentos de escolas, beneficiários de subsídio de ação social escolar (SASE) e que integrassem os quadros de bolsas de mérito dos Agrupamentos de Escolas. Os participantes foram contactados pelas Direções dos Agrupamentos em articulação com os diretores de turma e, do mesmo modo que já tinha sido feito para o preenchimento dos questionários, foi solicitado um pedido de colaboração voluntária no estudo; foram explicados aos adolescentes a natureza e os objetivos do estudo, bem como qual seria o seu papel, caso aceitassem colaborar. Depois de garantida a confidencialidade e o anonimato dos dados foi-lhes pedido que assinassem um formulário de consentimento informado a ser assinado pelos próprios, no caso de serem maiores de idade, ou pelos encarregados de educação. A avaliação foi feita individualmente, sempre na presença da investigadora, através de uma entrevista semi-estruturada construída para o efeito. As entrevistas foram áudio-gravadas com consentimento prévio dos entrevistados. Todas as entrevistas foram realizadas na escola, num espaço e horário disponibilizados pela Direção do Agrupamento de Escolas e pelos professores.

A entrevista semiestruturada foi utilizada para recolher dados descritivos na linguagem do próprio sujeito, permitindo ao investigador desenvolver intuitivamente uma ideia sobre a maneira como os sujeitos interpretam aspetos do mundo (Bogdan & Biklen, 1994). Para alguns a entrevista é designada como método; para outros, um instrumento de pesquisa; e, para outros, uma técnica (Manzini, 2012). A natureza deste estudo conduziu a que se utilizasse a entrevista semiestruturada como método de colheita de dados, por se tratar de um instrumento que permite reunir uma quantidade adequada de informação (Polit & Beck, 2011). A entrevista semiestruturada é suportada por um guião com perguntas abertas e é indicada para estudar um fenómeno com uma população específica: grupo de professores; grupo de alunos; grupo de enfermeiras, etc. No nosso caso um grupo específico de alunos adolescentes. Nas entrevistas, o entrevistador segue o entrevistado fazendo perguntas

ocasionais para ajustar o foco ou para clarificar aspetos importantes. Tem, usualmente, um guia com os tópicos a serem cobertos, embora sem uma ordem rígida. Deve existir flexibilidade na sequência da apresentação das perguntas ao entrevistado e o entrevistador pode realizar perguntas complementares para entender melhor o fenómeno em estudo. A entrevista semiestruturada possibilita a comparação das informações entre os participantes entrevistados. No início, realizou-se uma pesquisa bibliográfica que permitiu elaborar o guião da entrevista que, por si, possibilitou que se dispusesse de uma série de perguntas semiestruturadas pelas quais nos norteámos.

Relativamente ao registo, os dados podem ser escriturados de diversas formas e tipos e, posteriormente, decodificados e organizados para dar sentido à investigação (Ribeiro, 2010). Vários autores (Bogdan & Biklen, 1994; Quivy & Campenhoudt, 2008) consideram que a gravação das entrevistas é essencial sendo a melhor forma de evitar a perda de informações importantes, pelo que, seguindo as suas orientações, as entrevistas foram gravadas e guardadas em formato digital.

Analisar entrevistas é uma tarefa complicada e exige muito cuidado com a interpretação, a construção de categorias e, principalmente, com uma tendência bastante comum de debruçar-se sobre o material empírico procurando “extrair” dali elementos que confirmem as hipóteses de trabalho e/ou os pressupostos das teorias de referência. É preciso estar muito atento à interferência da nossa subjetividade, ter consciência dela e assumi-la como parte integrante do processo de investigação (Duarte, 2004).

Um “mito” muito comum relacionado com o uso de entrevistas é o de que elas servem para legitimar os relatos dos entrevistados com pouco poder social ou para “dar voz” a comunidades silenciadas, oprimidas, etc. Este é um assunto muito sensível. Na verdade não deve ser confundida a sensibilidade do investigador a determinados problemas sociais como as desigualdades ou a pobreza, com a condução do trabalho científico. Muito do que é dito ao investigador é profundamente subjetivo, pois trata-se do modo como aquele sujeito observa, vivencia e analisa aquele momento, o seu meio social etc.; é sempre um, entre muitos pontos de vista possíveis. Assim, assumir os relatos como fonte de investigação implica extrair daquilo que é subjetivo e pessoal o que nos permite pensar a dimensão coletiva, isto é, que nos permite compreender a lógica das relações que se estabelecem no interior dos grupos sociais.

Muitas vezes os investigadores sentem um certo desconforto quando realizam entrevistas, pois imaginam que retiram algo muito precioso do outro sem lhe dar nada em troca, mas o que acontece é que ao mesmo tempo que decorre a recolha de informação, o investigador oferece ao seu interlocutor a oportunidade de refletir sobre si próprio, de refazer o seu percurso biográfico, pensar sobre a sua cultura, valores, as especificidades que constituem o grupo social ao qual pertence. Quando realizamos uma entrevista, atuamos como mediadores para o sujeito apreender a sua própria situação de outro ângulo, conduzimos o outro a voltar-se sobre si próprio; incitamo-lo a procurar relações e a organizá-las. Os entrevistados, por seu lado, fornecendo ao investigador matéria-prima para o estudo, refletem sobre as suas próprias vidas e atribuem-lhes um novo sentido, do mesmo modo que avaliando o seu contexto social, se legitimam como interlocutores e refletem sobre questões em torno das quais talvez não se detivessem noutras circunstâncias.

Procurámos saber o que nos diz Bourdieu (2008) sobre este encontro. O encontro do investigador com o participante. Resulta claro para este autor que o investigador, numa disposição acolhedora de aceitação e de compreensão incondicional do outro tal como ele é, oferece ao participante uma *situação de comunicação livre de constrangimentos e abre alternativas que o incitam ou o autorizam a exprimir mal-estares, faltas ou necessidades que ele descobre exprimindo-os* (Bourdieu, 2008:704). Embora eles não percebam conscientemente todos os sinais desta disponibilidade, certos participantes, sobretudo os mais carentes, parecem aproveitar essa situação como *“uma ocasião excepcional que lhes é oferecida para testemunhar, se fazer ouvir, levar a sua experiência da esfera privada para a esfera pública; uma ocasião também de se explicar, no sentido mais completo do termo, isto é, de construir o seu próprio ponto de vista sobre eles mesmos e sobre o mundo”* (Bourdieu, 2008:704). De registar que fazendo uso da liberdade que uma entrevista semiestruturada nos permite, não ficámos submissos às questões previstas no guião de entrevista mas, aconselhadas por Bourdieu, (2008) procurámos fazer do momento da entrevista uma situação de comunicação livre de constrangimentos abrindo alternativas que incitaram ou autorizaram o adolescente a exprimir-se.

A compreensão do comportamento e experiência humanos é o objetivo maior do investigador qualitativo que tenta compreender o processo através do qual as pessoas constroem significados e procura descrever em que consistem esses significados (Bogdan & Biklen, 1994). No nosso estudo, a razão pela qual se optou pelo uso da entrevista semi-estruturada

teve que ver com a possibilidade de poder aceder a um conhecimento que coloca o acento nos contextos sociais sobre os quais os adolescentes adquiriram um conhecimento prático, já que se trata de adolescentes situados em contextos de ação concretos, áreas de privação da periferia urbana da cidade de Lisboa, território de pessoas pobres, lugares pobres e de uma saúde pobre, onde a atenção à criação de significados pelos próprios, remete para uma dimensão social fundamental, que corresponde à relação entre as perspetivas dos adolescentes e os contextos nos quais eles se encontram implicados (Guerra, 2008). Oriundos de meios socioeconómicos desfavorecidos e enfrentando, portanto, adversidades, *a indagação sobre o ser ou não ser resiliente depositada nas razões do Si próprio interconectadas com o contexto sócio ecológico onde vivem, estudam e praticam o seu lazer*, constitui para o investigador o primeiro objetivo em torno do qual seria importante conduzir a entrevista. Para isso importou, através da análise de conteúdo, identificar *clusters* de fatores de proteção e explorar o seu impacto, sendo que cada cluster, se constitui como uma série de fatores de proteção interrelacionados, identificados pelos participantes como cruciais na obtenção de bons resultados académicos e nos ganhos em saúde. Assim, e estabelecendo um segundo objetivo, importou *conhecer de que modo os fatores protetores mitigaram o efeito potencial dos fatores de risco contribuindo assim para o processo de resiliência destes adolescentes*. O guião de entrevista (Anexo 3) foi elaborado de acordo com os objetivos do estudo, o proposto por Morales (2010) no seu artigo “Linking Strengths: Identifying and Exploring Protective Factor Clusters in Academically Resilient Low-Socioeconomic Urban Students of Color” e o proposto por Ungar e Lindberg (2011) no Manual The Child and Youth Resilience Measure (CYRM), Youth Version (2016). As perguntas foram construídas em torno de três dimensões: individual, parental/familiar e ambiental/contextual, por forma a melhor podermos descortinar quais os fatores de proteção e de risco presentes na vida do adolescente.

Na última fase da análise de conteúdo, a partir dos resultados obtidos, realizámos interpretações devidamente articuladas com os objetivos do estudo.

4.3 - ANÁLISE DOS DADOS

No tratamento da informação, que se iniciou após a transcrição das entrevistas, usou-se a técnica de análise de conteúdo. Seguiram-se as orientações de Bardin (1977) e de Guerra (2006) quanto ao tipo de análise a efetuar.

Segundo Bardin, a análise de conteúdo é “um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição de conteúdos das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens” (Bardin, 1977).

A análise de conteúdo foi efetuada, como proposto por Bardin, em três fases: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento de resultados, sua inferência e interpretação.

A *pré-análise* foi uma fase de organização, na qual se tomou contacto com o material a ser analisado através de uma leitura flutuante, isto é, uma leitura desprovida de qualquer intenção, e do recorte do texto em unidades passíveis de serem categorizadas. Portanto, para realizar a pré-análise deste estudo, foram transcritas de forma literal e minuciosa as entrevistas gravadas.

A *fase de exploração do material* correspondeu à análise propriamente dita, pois exigiu a administração sistemática das decisões tomadas. Tratar o material é codificá-lo. A codificação corresponde a uma transformação dos dados brutos do texto, transformação esta que, por recorte, agregação e enumeração, permite atingir uma representação do conteúdo. A codificação é o processo através do qual os dados brutos são transformados sistematicamente e agregados em unidades, que permitem uma descrição exata das características do conteúdo. A organização da codificação, compreende três escolhas. O recorte ou escolha das unidades, a enumeração, e a classificação e agregação, que corresponde à escolha das categorias.

A categorização é uma operação de classificação dos elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente por reagrupamento. As categorias, são rubricas ou classes, as quais reúnem um grupo de elementos com caracteres comuns sob um título genérico. A categorização pode utilizar dois processos inversos: ou é fornecido o sistema de categorias e repartem-se os elementos à medida que vão sendo encontrados, aplicável no caso do material decorrer diretamente duma matriz teórica hipotética, ou o sistema de categorias não é fornecido, antes resulta da classificação analógica e progressiva dos elementos. Neste procedimento o título conceptual da categoria somente é definido no final da operação.

Durante a etapa da exploração do material, o investigador procura encontrar categorias que são expressões ou palavras significativas em função das quais o conteúdo de uma fala será

organizado. A categorização, para Minayo (2007) citado por Cavalcante, Calixto e Pinheiro (2014), consiste num processo de redução do texto às palavras e expressões significativas. A Análise Temática tradicional trabalha inicialmente esta fase, recortando o texto em unidades de registo que podem constituir palavras, frases, temas, personagens e acontecimentos, indicados como relevantes para a pré-análise. Posteriormente, o pesquisador escolhe as regras de contagem por meio de codificações e índices quantitativos. Finalmente, o pesquisador realiza a classificação e a agregação dos dados, escolhendo as categorias teóricas ou empíricas, responsáveis pela especificação do tema. Um conjunto de categorias boas deve possuir um conjunto de qualidades: exclusão mútua; homogeneidade; pertinência; objetividade e fidelidade e produtividade (Bardin, 1977).

O tratamento dos resultados obtidos e a interpretação dos mesmos, constituirá a última fase da análise de conteúdo que, em síntese, trata de realizar uma interpretação ou extrair um significado dos dados. Perguntar “quais foram as lições aprendidas”? capta a essência dessa ideia (Lincoln e Guba, 1985 citados por Creswell, 2010) . De realçar o importante papel do analista que realiza interpretações, interrelacionando-as com o quadro teórico desenhado inicialmente ou abre outras pistas em torno de novas dimensões teóricas e interpretativas, sugerida pela leitura do material (Minayo, 2007 citado por Cavalcante, Calixto e Pinheiro, 2014).

Na análise de conteúdo são utilizados determinados termos que passaremos a definir para uma melhor compreensão do que se segue.

Ao longo do texto irão surgir **Unidade de Significação** (US). Por este termo entenda-se as descrições dos sujeitos, ou seja, cada tema ou item de significação, pois pretende estudar as opiniões, percepção e valores dos entrevistados acerca da sua perspectiva/experiência do fenómeno em estudo, e o número de vezes que esta unidade surge. As **Unidade de Enumeração** (EU), constituem o número de sujeitos que aborda cada tema, para tal tivemos necessidade de enumerar todas as frases de cada entrevista, de um a infinito. Posteriormente, categorizamos as unidades de significação, agrupando-as quanto à sua similaridade. Destas unidades de significação, surgiram conceitos e significados, que foram identificados, seleccionados e agrupados em seguida, criando desta forma, as **Categorias** (C) e **Subcategorias** (SC). A **Categorização** é uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo género (analogia),

com os critérios previamente definidos. As categorias são rubricas ou classes, as quais reúnem um grupo de elementos (unidades de registo, no caso da análise de conteúdo) sob um título genérico, agrupamento esse efetuado em razão das características comuns desses elementos. A categorização tem como primeiro objetivo fornecer, por condensação, uma representação simplificada dos dados em bruto. A *Unidade de Registo* é a unidade de significação a codificar e corresponde ao segmento de conteúdo a considerar como unidade base, visando a categorização e a contagem frequencial (Bardin, 1977). Uma questão que se levanta sobre a codificação é “se o pesquisador deve desenvolver códigos tendo por base *apenas* as informações emergentes coletadas dos participantes; utilizar códigos predeterminados e depois ajustar os dados a eles; ou utilizar alguma combinação de códigos predeterminados e emergentes” (Creswell, 2010:221). Mais uma vez as ciências sociais e as ciências da saúde têm abordagens diferentes. “A abordagem tradicional nas ciências sociais é permitir que os códigos emerjam durante a análise de dados. Nas ciências da saúde, uma abordagem comum é usar códigos predeterminados baseados na teoria que está sendo examinada” (Creswell, 2010:221). A grelha de análise mista que apresentamos contempla categorias derivadas do quadro teórico e outras emergentes do material que levaram ao alargamento do quadro teórico proposto. Creswell (2010) refere que a existência de um livro de códigos na investigação qualitativa, que se pode entender como uma grelha, é útil quando “a pesquisa quantitativa domina e é necessária uma abordagem mais sistemática da pesquisa qualitativa” (Creswell, 2010:221).

Atendendo a que os dados que iremos apresentar, resultantes da análise de conteúdo, respeitam à componente suplementar da investigação e situando-se o ponto de interface com a componente central ao nível da discussão dos resultados, os mesmos serão incorporados nesse capítulo. Desta forma a apresentação paralela dos resultados possibilitou a descrição de dados não acessíveis pela componente central que vieram enriquecer a compreensão do processo de resiliência e da escolha pelos adolescentes de um estilo de vida promotor de saúde. Por outro lado, os resultados obtidos nesta componente suplementar vieram contribuir para a validade interna dos resultados, ao focalizarem especificidades e particularidades do objeto de estudo, contudo sem possibilidade de generalizações. Conjuntamente com a validade externa dos resultados obtidos pela componente central, estes resultados permitem garantir um nível razoável de validade interna e externa e realçar a importância de se integrarem resultados de métodos qualitativos e quantitativos.

A interpretação de todos os dados resultantes das duas componentes é feita ao nível da discussão dos resultados, traduzindo-se na visão global do objeto de estudo (Dias, 2015).

5 - CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Os procedimentos conducentes à realização deste estudo desenvolveram-se dentro de preocupações éticas quanto à proteção dos direitos dos indivíduos e das instituições envolvidas. Em cada momento houve uma atenção redobrada à situação de vulnerabilidade dos sujeitos do estudo e das condições socio ambientais em que vivem, no respeito pelas dimensões individual e coletiva do ser vulnerável, na ética em investigação. Lessard - Herbert e outros (1997) citado por Guerra (2006) assinalam aspetos que também tivemos em consideração no decurso da nossa investigação, como, a relação entre a validade de uma investigação e o respeito por princípios de ordem ética, nomeadamente os dois que mais privilegia: informar corretamente os indivíduos dos objetivos da investigação e proteger as fontes. Ainda de acordo com os autores a ética da relação estabelecida nas entrevistas é comunicacional e não apenas racional, pelo que se revelaram fundamentais as capacidades de empatia e de interação humana. Desde o início do trabalho tivemos em consideração os princípios básicos que regulam a investigação em seres humanos: o respeito pelas pessoas, a beneficência e a justiça (Relatório Belmont, 1978, citado por Dias, 2015).

O projeto de investigação do presente trabalho foi discutido em prova de registo (Anexo 4) e na sua decorrência solicitou-se parecer à Comissão de Ética do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, que considerou, em reunião plenária do dia 23 de Maio de 2012, não existirem objeções de natureza ética à aprovação deste projeto (Anexo 5).

Ao nível da utilização dos instrumentos de recolha de dados, dado que se utilizaram escalas de medida construídas por outros autores foram realizados pedidos de autorização aos autores, cumprindo-se assim um princípio ético. Todos os autores deram o seu consentimento. Obtida autorização dos autores das escalas: (HPLP II - versão portuguesa; Resilience Scale - versão portuguesa; Auto-Eficácia Geral; Locus de Controlo de Saúde e o questionário do Sentido de Coerência) (Anexo 6).

Para a seleção dos participantes as questões éticas foram consideradas ao nível institucional e individual. A dimensão institucional no que se refere aos Agrupamentos de Escolas do Ensino Básico e Secundário. A dimensão individual no que se refere aos pais/encarregados de educação quando os participantes tinham idade inferior a 18 anos e de cada participante com 18 e 19 anos.

Foi solicitado em cada Agrupamento de Escolas autorização para desenvolver a investigação em carta via correio eletrónico dirigida às Direções dos Agrupamentos de Escolas. Esta carta explicitava o objeto de estudo e os objetivos, o que se esperava da participação da escola, os momentos para recolha de dados, bem como a nomeação de uma pessoa de referência para desenvolver os contactos mais operacionais. Todas as escolas responderam afirmativamente (Anexo 7).

Relativamente ao que se relaciona com cada participante, ou seja a dimensão individual, os participantes selecionados estiveram de acordo com os propósitos do estudo. Por forma a garantir o consentimento informado ao nível dos questionários foi contemplada informação sobre a investigadora, contactos, afiliação académica, propósitos do estudo e menção à participação voluntária no estudo. Ainda contemplados a finalidade do estudo, o tipo de colaboração que se esperava dos alunos que aceitassem de modo voluntário participar e a menção à garantia de confidencialidade e anonimato. Ainda a registar no documento um destacável onde podia ser assinalada uma cruz como confirmação da concessão do consentimento no caso do aluno ter 18 ou mais anos. No caso do aluno ter idade inferior a 18 anos um outro formulário de consentimento informado dirigido aos pais/encarregados de educação contemplava informação semelhante à já enunciada, exceto no destacável, onde se solicitava aos pais/ encarregado de educação a participação do seu educando(a) neste estudo.

No momento da recolha de dados foi lido e explicitado o consentimento informado e garantiu-se a confidencialidade dos dados fornecidos e o anonimato de todos os participantes. De igual modo explicitou-se o processo de armazenamento de dados. Obtida autorização das Direções dos Agrupamentos de Escolas supra referidos, e obtido consentimento informado dos pais/encarregados de educação e alunos menores de 18 anos e, dos alunos com 18 e 19 anos de idade, participantes no estudo (Anexo 8).

Foi ainda pedida autorização para a realização do estudo ao Ministério da Educação/Direção Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular (DGIDC): aprovado o pedido de autorização do inquérito nº 0323200003, registado em 16-08-2012 (Anexo 9) e, ainda, à Comissão Nacional de Proteção de Dados (CNPd): autorizado o tratamento de dados pessoais. Proc. Nº 7933/2012 (Anexo 10).

CAPÍTULO II – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo apresentamos os resultados da análise descritiva, os resultados da análise inferencial da componente central e ainda os resultados da análise de conteúdo. Atendendo a que os dados que iremos apresentar, resultantes da análise de conteúdo, respeitam à componente suplementar da investigação e, situando-se o ponto de interface com a componente central ao nível da discussão dos resultados, os mesmos serão incorporados ao longo do próximo capítulo.

1 - CARATERIZAÇÃO DO ALUNO E DAS PESSOAS COM QUEM VIVE: ASPETOS SOCIODEMOGRÁFICOS E DO CONTEXTO LOCAL

1.1 - CARATERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DO ALUNO E DAS PESSOAS COM QUEM VIVE

Caracterizam-se, seguidamente, o grupo de alunos e as pessoas com quem vive. Para a análise estatística foram considerados os dados de 270 alunos.

No total os alunos apresentavam uma média de idades de 17 anos, variando entre os 15 e os 20 anos.

Tabela 3

Idade

Idade	
N	270
Média	17,14
Mediana	17,00
Desvio Padrão	1,23
Mínimo	15
Máximo	20

Mais de metade dos 269 alunos (59,5%) que apresentaram registo sobre o sexo, eram do sexo feminino.

Tabela 4
Sexo

Sexo	n	%
Feminino	160	59,5
Masculino	109	40,5
Total	269	100,0
Ns/Nr	1	

Dos 268 alunos que apresentaram registo da naturalidade, 75,4% eram de naturalidade portuguesa e 8,6% eram cabo-verdianos.

Tabela 5
Naturalidade do aluno

Naturalidade do aluno	n	%
Portugal	202	75,4
Cabo Verde	23	8,6
Angola	11	4,1
Brasil	10	3,7
Guiné	9	3,4
S. Tomé e Príncipe	5	1,9
Roménia	2	0,7
Moldávia	2	0,7
Ucrânia	1	0,4
Paquistão	1	0,4
México	1	0,4
Espanha	1	0,4
Total	268	100,0
Ns/Nr	2	

Dos 248 alunos com registo de freguesia, 29,4% pertencia à freguesia de Rio de Mouro e 18,1% à freguesia de Algueirão Mem Martins.

Tabela 6
Freguesia onde vive o aluno

Freguesia onde vive o aluno	n	%
Rio de Mouro	73	29,4
Algueirão Mem Martins	45	18,1
Monte Abraão	21	8,5
Cacém	14	5,6
Massamá	13	5,2
Agalva	12	4,8
Queluz	9	3,6
Belas	7	2,8
Falagueira	7	2,8
Reboleira	7	2,8
Damaia	6	2,4
São Brás	6	2,4
Mira Sintra	4	1,6
Buraca	3	1,2
São Marcos	3	1,2
Venda nova	3	1,2
Brandoa	2	0,8
Odivelas	2	0,8
Venteira	2	0,8
Alfornelos	1	0,4
Benfica	1	0,4
Carnaxide	1	0,4
Madalena	1	0,4
Mina	1	0,4
S. João das Lampas	1	0,4
S. Pedro de Penaferrim	1	0,4
Santa Maria e São Miguel	1	0,4
Unhos	1	0,4
Total	248	100,0
Ns/Nr	22	

Dos 266 alunos em que se obteve registo da naturalidade da mãe, observou-se que em 57,7% dos casos as mães eram portuguesas e em 14,7% Cabo-verdianas.

Tabela 7
Naturalidade da mãe

Naturalidade da mãe	n	%
Portugal	153	57,5
Cabo Verde	39	14,7
Angola	25	9,4
Guiné	16	6,0
Brasil	11	4,1
Moçambique	7	2,6
S. Tomé e Príncipe	7	2,6
Moldávia	2	0,8
Roménia	2	0,8
México	1	0,4
Paquistão	1	0,4
Senegal	1	0,4
Ucrânia	1	0,4
Total	266	100,0
Ns/Nr	4	

Dos 263 alunos em que se obteve registo da naturalidade do pai, observou-se que 58,9% dos casos os pais eram portugueses e 14,1% Cabo-verdianos.

Tabela 8
Naturalidade do pai

Naturalidade do pai	n	%
Portugal	155	58,9
Cabo Verde	37	14,1
Angola	28	10,6
Guiné	14	5,3
Brasil	10	3,8
S. Tomé e Príncipe	6	2,3
Moçambique	5	1,9
Moldávia	2	0,8
Roménia	2	0,8
França	1	0,4
México	1	0,4
Paquistão	1	0,4
Ucrânia	1	0,4
Total	263	100,0
Ns/Nr	7	

Dos 266 alunos com registo do ano de escolaridade, 25,9% tinham o 12º ano, 22,9% o Curso Profissional, 19,2% o 10º ano e 18,0% o 11º ano.

Tabela 9
Ano de escolaridade do aluno

Ano de Escolaridade	n	%
7º ano	1	0,4
8º ano	7	2,6
9º ano	17	6,4
10º ano	51	19,2
11º ano	48	18,0
12ª ano	69	25,9
CEF (equivalência ao 9º ano)	8	3,0
CEF (equivalência ao 12º ano)	4	1,5
Curso Profissional	61	22,9
Total	266	100,0
NA	4	

NA representa os alunos que registaram ano de escolaridade inferior ao 7º ano.

Dos 268 alunos com registo de, ter ou não, alguma reprovação, 45,5% nunca reprovaram, 54,5% afirmaram ter pelo menos uma reprovação e destes 28,7% tiveram apenas uma reprovação, 17,9% duas reprovações e 7,8% mais de três reprovações.

Tabela 10
Reprovações no percurso escolar

Reprovações_Sim/Não	n	%
Não	122	45,5
Sim	146	54,5
Total	268	100,0
Ns/Nr	2	

Tabela 11
Número de reprovações no percurso escolar

Nº de reprovações	n	%
0 reprovações	122	45,5
1 reprovação	77	28,7
2 reprovações	48	17,9
3 reprovações	17	6,3
4 reprovações	4	1,5
Total	268	100,0
Ns/Nr	2	

Dos 268 alunos que responderam à questão “Com quem vives?”, 57,1% respondeu que vivia com ambos os pais, 31,7% só com um dos progenitores (25,4% apenas com a mãe) e 11, 2% com outros familiares ou outras pessoas.

Tabela 12
Pessoas com quem o aluno vive

Com quem vives?	n	%
Ambos os pais	153	57,1
Só com o pai	17	6,3
Só com a mãe	68	25,4
Com outros familiares	27	10,1
Com outras pessoas	3	1,1
Total	268	100,0
Ns/Nr	2	

Tabela 13
Pessoas com quem o aluno vive

Com quem vives?	n	%
Ambos os pais	153	57,1
Só com o pai / mãe	85	31,7
Outros familiares/pessoas	30	11,2
Total	268	100,0
Ns/Nr	2	

Dos 267 alunos que responderam à questão “Quantos irmãos tens?”, 13,5% responderam que não tinham irmãos, 40,1% tinham um irmão, 21,7% dois irmãos, 8,6% três irmãos e 16,1% quatro ou mais irmãos.

Tabela 14
Número de irmãos

Nº de irmãos	n	%
0	36	13,5
1	107	40,1
2	58	21,7
3	23	8,6
4	21	7,9
5	10	3,7
6	4	1,5
7	6	2,2
9	1	0,4
11	1	0,4
Total	267	100,0
Ns/Nr	1	
NA	2	

No total de 267 alunos, verificou-se um total de 466 irmãos, cuja média de idades era de aproximadamente 18 anos variando entre um ano e os 39 anos.

Tabela 15
Idade dos irmãos

Idade dos irmãos	
N	466
Média	17,91
Mediana	19,00
Desvio Padrão	8,09
Mínimo	1
Máximo	39

Dos 228 alunos que responderam à questão “Quantos irmãos vivem contigo?”, 50,0% responderam que viviam com um irmão, 21,9% responderam que viviam com dois irmãos, 7,5% com 3 irmãos e 5,2% com mais de quatro irmãos.

Tabela 16
Número de irmãos que vivem com o aluno

Nº de irmãos que vivem contigo	n	%
0	35	15,4
1	114	50,0
2	50	21,9
3	17	7,5
4	8	3,5
5	3	1,3
7	1	0,4
Total	228	100,0
Ns/Nr	4	
NA	38	

Dos 267 alunos que responderam relativamente ao número de divisões do espaço onde habitam, em média têm habitações com cerca de 4 divisões.

Tabela 17
Número de divisões da casa do aluno

Nº de divisões onde habitas	
N	267
Média	3,87
Mediana	4,00
Desvio Padrão	1,26
Mínimo	1
Máximo	10
Ns/Nr	3

Tabela 18
Número de divisões da casa do aluno

Nº de divisões onde habitas	n	%
1	1	0,4
2	23	8,6
3	82	30,7
4	107	40,1
5	31	11,6
6	10	3,7
7	9	3,4
8	2	0,7
9	1	0,4
10	1	0,4
Total	267	100,0
Ns/Nr	3	

Dos 245 alunos que responderam à questão “Dormes num quarto só para ti?”, aproximadamente 65% referiu dormir num quarto sozinho.

Tabela 19
O aluno dorme num quarto só para si

Dormes num quarto só para ti?	n	%
Não	87	35,5
Sim	158	64,5
Total	245	100,0
Ns/Nr	1	
NA	24	

NA=Na Escola GB não responderam a esta questão.

Dos 246 alunos que responderam à questão “Quantos computadores há em tua casa?”, a quase totalidade (96,7%) referiu ter computador. Sendo que 35,8% referiu ter mais do que dois computadores, 32,9% dois e 28% apenas um.

Tabela 20
O aluno tem computador

Tens computador?	n	%
Não	8	3,3
Sim	238	96,7
Total	246	100,0
NA	24	

NA=Na Escola GB não responderam a esta questão.

Tabela 21
Número de computadores em casa

Nº de computadores em casa casa	n	%
Nenhum	8	3,3
Um	69	28,0
Dois	81	32,9
Mais de dois	88	35,8
Total	246	100,0
NA	24	

NA=Na Escola GB não responderam a esta questão.

Dos 197 registos sobre a profissão do pai, em 32,5% dos casos o pai pertencia ao grupo de trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices, seguido de trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores, em 18,1% dos casos. Dos 159 registos sobre a profissão da mãe, em 30,2% dos casos a mãe pertencia ao grupo dos trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores, seguido de 20,8% de trabalhadores não qualificados.

Tabela 22
Profissão dos pais

Profissão	Pai		Mãe	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Profissões das Forças Armadas	3	1,6	0	0,0
Representantes do poder legislativo e de órgãos executivos, dirigentes, directores e gestores executivos	15	7,8	4	2,5
Especialistas das actividades intelectuais e científicas	22	11,4	28	17,6
Técnicos e profissões de nível intermédio	16	8,3	12	7,5
Pessoal administrativo	14	7,3	29	18,2
Trabalhadores dos serviços pessoais, de protecção e segurança e vendedores	35	18,1	48	30,2
Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura, da pesca e da floresta	1	0,5	0	0,0
Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices	68	35,2	5	3,1
Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem	15	7,8	0	0,0
Trabalhadores não qualificados	4	2,1	33	20,8
Total	193	100,0	159	100,0
Ns/Nr	63		54	
NA	7		44	

Dos 185 alunos com registo da escolaridade do pai, 28,1% referiram que os pais tinham o ensino secundário e 15,1% uma licenciatura. Cerca de 12% referiram ter pais com o 1º Ciclo, 18% com o 2º Ciclo e 27% com o 3º Ciclo.

Tabela 23
Escolaridade do pai

Escolaridade do pai	<i>n</i>	%
1º Ciclo (1º, 2º, 3º e 4º ano)	22	11,9
2º Ciclo (5º e 6º ano)	33	17,8
3º Ciclo (7º, 8º e 9º ano)	50	27,0
Ensino Secundário (10º, 11º e 12º ano)	52	28,1
Licenciatura	28	15,1
Total	185	100,0
Ns/Nr	4	
NA	81	

Dos 203 alunos com registo de escolaridade da mãe, 27,1% referiram que as mães tinham o ensino secundário, 12,8% uma licenciatura e 1% um mestrado ou doutoramento. Cerca de 18% referiram ter mães com o 1º Ciclo, 14% com o 2º Ciclo e 27% com o 3º Ciclo.

Tabela 24
Escolaridade da mãe

Escolaridade da mãe	n	%
1º Ciclo (1º, 2º, 3º e 4º ano)	36	17,7
2º Ciclo (5º e 6º ano)	29	14,3
3º Ciclo (7º, 8º e 9º ano)	55	27,1
Ensino Secundário (10º, 11º e 12º ano)	55	27,1
Licenciatura	26	12,8
Mestrado	1	0,5
Doutoramento	1	0,5
Total	203	100,0
Ns/Nr	66	
NA	1	

Tabela 25
Escolaridade média dos pais

Escolaridade média dos pais	n	%
2,0	15	7,2
2,5	13	6,3
3,0	32	15,5
3,5	15	7,2
4,0	34	16,4
4,5	31	15,0
5,0	33	15,9
5,5	17	8,2
6,0	15	7,2
7,0	2	1,0
Total	207	100,0
Ns/Nr	63	

Aproximadamente 33% dos pais dos alunos frequentou no máximo o Ensino secundário (10º, 11º e 12º ano) e 18,8% uma licenciatura.

Tabela 26

Escolaridade máxima dos pais

Escolaridade máxima dos pais	n	%
1º Ciclo (1º, 2º, 3º e 4º ano)	15	7,2
2º Ciclo (5º e 6º ano)	30	14,5
3º Ciclo (7º, 8º e 9º ano)	52	25,1
Ensino Secundário (10º, 11º e 12º ano)	69	33,3
Licenciatura	39	18,8
Mestrado	1	0,5
Doutoramento	1	0,5
Total	207	100,0
Ns/Nr	63	

Das 258 respostas com registo sobre se o aluno beneficia ou não de algum apoio no âmbito da Ação Social Escolar, verificou-se que aproximadamente 65% não beneficiava do SASE e 35% beneficiava.

Tabela 27

O aluno beneficia de SASE

O aluno beneficia de algum apoio (SASE)?	n	%
Não	167	64,7
Sim	91	35,3
Total	258	100,0
Ns/Nr	12	

1.2 - CARACTERIZAÇÃO DO BAIRRO PELO ALUNO

Em 270 alunos, 54,1% diz sentir-se sempre seguro no bairro onde vive e 43% de um modo geral participa algumas vezes em atividades que promovam a sua saúde e bem-estar. Em 268 alunos, 41,8% nunca participou em festas/convívios organizados pela sua comunidade de origem e 34,7% encontrou algumas vezes bons locais para a prática de atividades relacionadas com a sua saúde e bem-estar como desporto, exercício físico, atividades ao ar livre (corrida, bicicleta, futebol). Em 265 alunos, 41,1% encontrou algumas vezes boas oportunidades para participar em atividades e projetos animados por associações, centro social paroquial, centro comunitário, grupo desportivo, de teatro, de dança, de música, outros.

Tabela 28
Caracterização do bairro pelo aluno

	n	%
Sentes-te seguro no bairro onde vives?		
Sempre	146	54,1
Frequentemente	86	31,9
Algumas vezes	37	13,7
Nunca	1	0,4
Total	270	100,0
Costumas participar em festas/convívios?		
Sempre	19	7,1
Frequentemente	30	11,2
Algumas vezes	107	39,9
Nunca	112	41,8
Total	268	100,0
Ns/Nr	2	
Locais para a prática de atividades relacionadas com a saúde?		
Sempre	87	32,5
Frequentemente	56	20,9
Algumas vezes	93	34,7
Nunca	32	11,9
Total	268	100,0
Ns/Nr	2	
Oportunidades para participar em atividades animadas?		
Sempre	36	13,6
Frequentemente	52	19,6
Algumas vezes	109	41,1
Nunca	68	25,7
Total	265	100,0
Ns/Nr	5	
Atividades que promovam a tua saúde?		
Sempre	54	20,0
Frequentemente	61	22,6
Algumas vezes	116	43,0
Nunca	39	14,4
Total	270	100,0

1.3 - CARACTERIZAÇÃO DA ESCOLA PELO ALUNO

Em 269 alunos, 58% referiu que sente sempre que pertence à escola que frequenta e 39,4% referiu que encontra sempre boas oportunidades para participar em atividades e projetos. No total (n=270), 60,7% dos alunos referiu que se sente sempre seguro na escola que frequenta.

Tabela 29
Caracterização da escola pelo aluno

	n	%
Sinto que pertença a esta escola		
Sempre	156	58,0
Frequentemente	64	23,8
Algumas vezes	41	15,2
Nunca	8	3,0
Total	269	100,0
Ns/Nr	1	
Sinto-me seguro nesta escola		
Sempre	164	60,7
Frequentemente	80	29,6
Algumas vezes	24	8,9
Nunca	2	0,7
Total	270	100,0
Oportunidade para participar em atividades e projetos		
Sempre	106	39,4
Frequentemente	94	34,9
Algumas vezes	64	23,8
Nunca	5	1,9
Total	269	100,0
Ns/Nr	1	

2 - ESTILO DE VIDA DE ADOLESCENTES EM CONTEXTOS DE POBREZA

2.1 - COMPORTAMENTOS DE SAÚDE DOS ADOLESCENTES E CONTEXTO

O valor médio de cada uma das dimensões da escala “Perfil do Estilo de Vida II”, foram os seguintes:

- *Health Responsibility*: 2,48 (variação: 1,11 a 3,89)
- *Physical Activity*: 2,52 (variação: 1,00 a 4,00)
- *Nutrition*: 2,67 (variação: 1,22 a 3,78)
- *Spiritual Growth*: 3,12 (variação: 1,78 a 4,00)
- *Interpersonal Relations*: 3,22 (variação: 2,00 a 4,00)
- *Stress Management*: 2,56 (variação: 1,25 a 3,88)

Em média, o score total da HPLP II foi 2,76 (variação: 1,67 a 3,69), ou seja, em média os diferentes comportamentos que a escala apresenta relativamente ao atual estilo de vida ou hábitos pessoais está próximo do “Frequentemente”. O que revela um perfil de estilo de vida positivo (Tabela 30).

Tabela 30
Estatísticas descritivas das subescalas da HPLP II

	HPLP II Dimensão (Health Responsibility)	HPLP II Dimensão (Physical Activity)	HPLP II Dimensão (Nutrition)	HPLP II Dimensão (Spiritual Growth)	HPLP II Dimensão (Interpersonal Relations)	HPLP II Dimensão (Stress Management)	Score Total HPLP II
N	263	255	264	256	255	264	227
Média	2,48	2,52	2,67	3,12	3,22	2,56	2,76
Mediana	2,44	2,50	2,67	3,11	3,22	2,62	2,77
Desvio Padrão	0,58	0,68	0,48	0,51	0,42	0,50	0,38
Mínimo	1,11	1,00	1,22	1,78	2,00	1,25	1,67
Máximo	3,89	4,00	3,78	4,00	4,00	3,88	3,69
Ns/Nr	7	15	6	14	15	6	43

Variação do score total da escala HPLP II: min=1 (pior perfil de vida), máx=4 (melhor perfil de estilo de vida).

O perfil do estilo de vida em função da atribuição de subsídio de ação social escolar (SASE)

A avaliação de diferenças nas subescalas da HPLP foi investigada em função do SASE para a amostra global, não se verificando diferenças significativas.

A associação entre as dimensões da escala HPLP II

A matriz de correlações entre as dimensões da HPLP II mostra que se correlacionam significativamente ($p < .01$) entre si, de forma direta e a um nível fraco e moderado (Tabela 31).

Tabela 31
Matriz de correlações de Spearman entre as subescalas da HPLP II

	Responsabilidade	Atividade física	Nutrição	Crescimento espiritual	Relações interpessoais
Atividade física	.33**	-	-	-	-
Nutrição	.42**	.33**	-	-	-
Crescimento espiritual	.26**	.24**	.25**	-	-
Relações interpessoais	.30**	.20**	.27**	.40**	-
Gestão do stress	.32**	.31**	.29**	.41**	.28**

Nota. ** $p < .01$

A associação entre as dimensões da escala HPLP II, por SASE

A configuração das correlações entre as subescalas da HPLP II por grupo de adolescentes mostra-se estatisticamente significativa, estando diretamente associadas todas as dimensões. Salienta-se que no grupo de adolescentes que beneficiam do SASE verifica-se que o Crescimento Espiritual se correlaciona a um nível moderado com a Nutrição ($r_s(83) = .41; p < .01$) e que as Relações Interpessoais se correlacionam a um nível moderado com

o Crescimento Espiritual ($r_s(81)=.51;p<01$). Evidencia-se ainda que a Gestão do Stress se correlaciona a um nível moderado com a Responsabilidade ($r_s(84)=.40;p<01$), a Atividade Física ($r_s(84)=.46;p<01$), a Nutrição ($r_s(86)=.47;p<01$) e o Crescimento Espiritual ($r_s(84)=.62;p<01$). Evidenciamos ainda neste grupo com SASE que a Nutrição se correlaciona a um nível moderado com a Responsabilidade ($r_s(82)=.60;p<01$) e com a Atividade Física ($r_s(82)=.46;p<.01$) e que a Atividade Física se correlaciona a um nível moderado com a Responsabilidade ($r_s(81)=.43;p<01$). No grupo de adolescentes que não beneficiam de SASE verifica-se que o Crescimento Espiritual não se correlaciona a um nível moderado com qualquer das outras dimensões, correlacionando-se, no entanto, a um nível fraco, com a Responsabilidade ($r_s(158)=.35;p<01$), a Atividade Física ($r_s(153)=.29;p<01$) e a Nutrição ($r_s(157)=.31;p<01$). Ainda no grupo sem SASE verifica-se que as Relações Interpessoais se correlacionam a um nível moderado com a Responsabilidade ($r_s(160)=.51;p<01$) e com o Crescimento Espiritual ($r_s(154)=.56;p<01$). Ainda neste grupo, a Gestão do Stress correlaciona-se a um nível moderado com a Responsabilidade ($r_s(162)=.40;p<01$) e o Crescimento Espiritual ($r_s(157)=.47;p<01$). No que se refere à Atividade Física evidenciamos uma correlação moderada com a Responsabilidade ($r_s(159)=.43;p<01$). Já no que se refere à Nutrição verificamos uma correlação igualmente moderada com a Responsabilidade ($r_s(163)=.54;p<01$) e com a Atividade Física ($r_s(158)=.43;p<01$). Emerge também que, globalmente, a força das associações é maior no grupo de adolescentes que beneficiam de SASE (Tabela 32).

Tabela 32
Matriz de correlações de Spearman entre as subescalas da HPLP II por SASE

	Respons.		A. Fis.		Nutri		C. Esp.		R. Int.	
	C/SASE	S/SASE	C/SASE	S/SASE	C/SASE	S/SASE	C/SASE	S/SASE	C/SASE	S/SASE
A. Física	.43**	.43**	-	-						
Nutrição	.60**	.54**	.46**	.43**	-	-				
C. Espiritual	.32**	.35**	.37**	.29**	.41**	.31**	-	-		
R. Interpessoais	.19	.51**	.19	.31**	.34**	.39**	.51**	.56**	-	-
G. do Stress	.40**	.40**	.46**	.36**	.47**	.32**	.62**	.47**	.35**	.38**

Nota. ** $p<.01$

Comportamentos de saúde de adolescentes que vivem em contextos de pobreza em função do sexo

Os testes Mann-Whitney referentes às subescalas da HPLP II por sexo mostra que nas subescalas da Responsabilidade ($U=5722.5$; $n1=107$; $n2=155$; $p=.000$) Nutrição ($U=6548.5$; $n1=106$; $n2=157$; $p=.003$) e Relações interpessoais ($U=7016.0$; $n1=105$; $n2=149$; $p=.047$) existem diferenças significativas ($p<.05$) do perfil de estilo de vida entre os sexos. Estas diferenças consubstanciam-se nos valores de mediana mais altos nos indivíduos do sexo feminino comparativamente aos indivíduos do sexo masculino, o que globalmente indicia que as mulheres têm um perfil de vida mais positivo nas dimensões em análise (Tabela 33).

Tabela 33
Resultados dos testes Mann-Whitney das subescalas da HPLP II por sexo

Subescalas da HPLP	Sexo	<i>n</i>	Média postos	<i>Me</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
Responsabilidade	Masculino	107	107.48	2.22	5722.5	-4.271	.000
	Feminino	155	148.08	2.66			
Atividade física	Masculino	106	135.74	2.63	6971.0	-1.514	.130
	Feminino	148	121.6	2.5			
Nutrição	Masculino	106	115.28	2.56	6548.5	-2.937	.003
	Feminino	157	143.29	2.77			
Crescimento espiritual	Masculino	102	136.08	3.22	6978.5	-1.432	.152
	Feminino	153	122.61	3.11			
Relações interpessoais	Masculino	105	119.82	3.22	7016.0	-1.403	.047
	Feminino	149	132.91	3.22			
Gestão do stress	Masculino	108	143.12	2.63	7109.5	-1.984	.520
	Feminino	155	124.25	2.5			

Comportamentos de saúde de adolescentes que vivem em contextos de pobreza em função do SASE e do sexo

Explorou-se também para estas variáveis a existência de diferenças em função do SASE e do sexo. Observaram-se diferenças por sexo nas escalas Responsabilidade ($U=1993.0$; $n1=65$; $n2=100$; $p=.00$); Nutrição ($U=2300.5$; $n1=65$; $n2=98$; $p=.003$) e Relações Interpessoais

($U=2441.5$; $n1=63$; $n2=97$; $p=.031$). As alunas do sexo feminino que não beneficiam de SASE revelam um perfil de estilo de vida mais positivo nestas três dimensões contrariamente aos alunos do sexo masculino. Constatou-se para a dimensão Atividade Física um perfil inverso, registando os alunos do sexo masculino que beneficiam de SASE um estilo de vida mais positivo que as alunas ($U=626.5$; $n1=39$; $n2=46$; $p=.017$) (Tabela 34).

Tabela 34
Resultados dos testes Mann-Whitney das subescalas da HPLP II por SASE e por sexo

Subescalas da HPLP	Possui SASE	Sexo	<i>n</i>	Média postos	<i>Me</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
Responsabilidade	Sim	Masculino	38	38.95	2.44	739.0	-1.365	.172
		Feminino	47	46.28	2,66			
	Não	Masculino	65	63.66	2.22			
		Feminino	100	95.57	2.61			
Atividade física	Sim	Masculino	39	49.94	2.88	626.5	-2.390	.017
		Feminino	46	37.12	2.31			
	Não	Masculino	64	81.05	2.5			
		Feminino	95	79.29	2.5			
Nutrição	Sim	Masculino	37	42.41	2.66	866.0	-.657	.511
		Feminino	51	46.02	2.78			
	Não	Masculino	65	68.39	2.44			
		Feminino	98	91.03	2.78			
Crescimento espiritual	Sim	Masculino	36	47.74	3.33	711.5	-1.522	.128
		Feminino	49	39.52	3.22			
	Não	Masculino	62	81.56	3.11			
		Feminino	96	78.17	3.0			
Relações interpessoais	Sim	Masculino	38	44.51	3.33	759.5	-.877	.380
		Feminino	45	39.88	3.11			
	Não	Masculino	63	70.75	3.22			
		Feminino	97	86.83	3.22			
Gestão do stress	Sim	Masculino	38	50.21	2.63	771.0	-1.650	.099
		Feminino	51	41.12	2.63			
	Não	Masculino	66	87.39	2.63			
		Feminino	96	77.45	2.5			

Comportamentos de saúde de adolescentes que vivem em contextos de pobreza em função da escolaridade da mãe e da escolaridade do pai.

Com recurso ao teste de Kruskal-Wallis exploraram-se diferenças no estilo de vida em função da escolaridade da mãe e do pai. Não se observaram diferenças significativas ($p > .05$). A exploração em função de SASE não revelou igualmente, diferenças significativas ($p > .05$).

Comportamentos de saúde de adolescentes que vivem em contextos de pobreza em função do sentimento de segurança no bairro onde vivem

Os resultados dos testes Mann-Whitney relativos às dimensões da HPLP II em relação à segurança que os adolescentes sentem no bairro onde vivem, permitem verificar que existem diferenças estatisticamente significativas nas dimensões, Atividade Física ($U=3040.0; n1=35; n2=220; p=.045$), Crescimento Espiritual ($U=2747.5; n1=37; n2=219; p=.002$), Relações interpessoais ($U=3013.5; n1=35; n2=220; p=.038$) e Gestão do Stress ($U=3036.0; n1=38; n2=226; p=.004$). As diferenças observadas vão no sentido de quem sempre/frequentemente sente segurança no bairro onde vive, ter um perfil de estilo de vida mais positivo nas dimensões em análise, nomeadamente, por adotar um padrão de atividade física regular, adotar uma abordagem positiva que leva à realização do potencial máximo de bem-estar, fazer por manter relacionamentos com pessoas significativas, identificar fontes de *stress* e agir no controlo dos seus efeitos adversos (Tabela 35).

Tabela 35

Resultados dos testes Mann-Whitney das subescalas da HPLP II em relação à segurança que sente no bairro onde vive

Subescalas da HPLP	Bairro	<i>n</i>	Média postos	<i>Me</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
Responsabilidade	Algumas vezes/Nunca	38	112.54	2.33	3535.5	-1.709	.088
	Sempre/Frequentemente	225	135.39	2.44			
Atividade física	Algumas vezes/Nunca	35	104.86	2.25	3040.0	-2.002	.045
	Sempre/Frequentemente	220	131.68	2.5			
Nutrição	Algumas vezes/Nunca	36	118.65	2.56	3605.5	-1.174	.240
	Sempre/Frequentemente	228	134.69	2.67			
Crescimento espiritual	Algumas vezes/Nunca	37	93.26	2.89	2747.5	-3.138	.002
	Sempre/Frequentemente	219	134.45	3.22			
Relações interpessoais	Algumas vezes/Nunca	35	104.1	3.11	3013.5	-2.071	.038
	Sempre/Frequentemente	220	131.8	3.22			
Gestão do stress	Algumas vezes/Nunca	38	99.39	2.38	3036.0	-2.898	.004
	Sempre/Frequentemente	226	138.07	2.63			

Comportamentos de saúde de adolescentes que vivem em contextos de pobreza em função do SASE e do sentimento de segurança no bairro onde vivem

Os resultados dos testes Mann-Whitney relativos às dimensões da HPLP II, por grupo, em relação à segurança que os adolescentes sentem no bairro onde vivem, permitem verificar que existem diferenças estatisticamente significativas apenas no grupo dos adolescentes que não beneficiam de SASE, nas dimensões, Crescimento Espiritual ($U=1031.5; n1=25; n2=134; p=.002$) e Gestão do Stress ($U=1102.0; n1=26; n2=137; p=.002$). As diferenças observadas vão no sentido de quem sempre/frequentemente sente segurança no bairro onde vive, ter um perfil de estilo de vida mais positivo nas dimensões em análise, nomeadamente, por adotar no seu quotidiano uma abordagem positiva que leva à realização do potencial máximo de bem-estar em lugares de privação e por identificar fontes de *stress* e agir no controlo dos seus efeitos adversos (Tabela 36).

Tabela 36
Resultados dos testes Mann-Whitney das subescalas da HPLP II por SASE e em relação à segurança que sente no bairro onde vive

Subescalas da HPLP	Possui SASE	Bairro	<i>n</i>	Média postos	<i>Me</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>	
Responsabilidade	Sim	Algumas vezes/Nunca	11	36.05	2.22	330.5	-	1.004	.315
		Sempre/Frequentemente	74	44.03	2.56				
	Não	Algumas vezes/Nunca	26	68.44	2.28	1428.5	-	1.743	.081
		Sempre/Frequentemente	140	86.30	2.33				
Atividade física	Sim	Algumas vezes/Nunca	9	30.89	2.0	233.0	-	1.560	.119
		Sempre/Frequentemente	76	44.43	2.63				
	Não	Algumas vezes/Nunca	25	66.20	2.25	1330.0	-	1.683	.092
		Sempre/Frequentemente	135	83.15	2.5				
Nutrição	Sim	Algumas vezes/Nunca	11	38.14	2.56	353.5	-	-.886	.375
		Sempre/Frequentemente	77	45.41	2.67				
	Não	Algumas vezes/Nunca	24	71.25	2.56	1410.0	-	1.260	.208
		Sempre/Frequentemente	140	84.43	2.72				
Crescimento espiritual	Sim	Algumas vezes/Nunca	11	32.14	3.0	287.5	-	1.570	.116
		Sempre/Frequentemente	74	44.61	3.22				
	Não	Algumas vezes/Nunca	25	54.26	2.72	1031.5	-	3.054	.002
		Sempre/Frequentemente	134	84.80	3.11				
Relações interpessoais	Sim	Algumas vezes/Nunca	10	36.80	3.11	313.0	-	-.731	.465
		Sempre/Frequentemente	73	42.71	3.33				
	Não	Algumas vezes/Nunca	25	66.10	3.11	1327.5	-	1.745	.081
		Sempre/Frequentemente	136	83.74	3.22				
Gestão do stress	Sim	Algumas vezes/Nunca	11	36.86	2.5	339.5	-	1.121	.262
		Sempre/Frequentemente	78	46.15	2.63				
	Não	Algumas vezes/Nunca	26	55.88	2.25	1102.0	-	3.088	.002
		Sempre/Frequentemente	137	86.96	2.63				

Comportamentos de saúde de adolescentes que vivem em contextos de pobreza em função da participação em atividades que promovem a saúde e o bem-estar

Os resultados dos testes de Mann-Whitney relativos às dimensões da HPLP II em função da participação em atividades que promovem a saúde e o bem-estar permitem verificar que existem diferenças estatisticamente significativas em todas as dimensões. Na dimensão Responsabilidade ($U=7031.0$; $n_1=152$; $n_2=111$; $p=.021$), Atividade Física ($U=4095.0$; $n_1=145$; $n_2=110$; $p=.000$), Nutrição ($U=6915.0$; $n_1=149$; $n_2=115$; $p=.007$), Crescimento Espiritual ($U=5629.0$; $n_1=147$; $n_2=109$; $p=.000$), Relações Interpessoais ($U=6455.5$; $n_1=146$; $n_2=109$; $p=.010$) e Gestão do Stress ($U=5954.0$; $n_1=152$; $n_2=112$; $p=.000$). As diferenças

observadas vão no sentido de quem sempre/frequentemente, participou em atividades de promoção da saúde e do bem-estar, ter um perfil de estilo de vida positivo traduzido num conjunto de hábitos e comportamentos de resposta favoráveis às situações do dia-a-dia por referência às dimensões em análise (Tabela 37).

Tabela 37

Resultados dos testes Mann-Whitney das subescalas da HPLP II em relação à participação em atividades que promovem a saúde e o bem-estar

Subescalas da HPLP	Atividades	<i>n</i>	Média postos	<i>Me</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
Responsabilidade	Algumas vezes/Nunca	152	122.76	2.33	7031.0	-2.311	.021
	Sempre/Frequentemente	111	144.66	2.56			
Atividade física	Algumas vezes/Nunca	145	101.24	2.25	4095.0	-6.662	.000
	Sempre/Frequentemente	110	163.27	2.88			
Nutrição	Algumas vezes/Nunca	149	121.41	2.56	6915.0	-2.693	.007
	Sempre/Frequentemente	115	146.87	2.78			
Crescimento espiritual	Algumas vezes/Nunca	147	112.29	3.0	5629.0	-4.077	.000
	Sempre/Frequentemente	109	150.36	3.33			
Relações interpessoais	Algumas vezes/Nunca	146	117.72	3.11	6455.5	-2.586	.010
	Sempre/Frequentemente	109	141.78	3.33			
Gestão do stress	Algumas vezes/Nunca	152	115.67	2.5	5954.0	-4.185	.000
	Sempre/Frequentemente	112	155.34	2.75			

Comportamentos de saúde de adolescentes que vivem em contextos de pobreza em função do SASE e da participação em atividades que promovem a saúde e o bem-estar.

Os resultados dos testes Mann-Whitney relativos às dimensões da HPLP II, por grupo, em função da participação dos adolescentes em atividades que promovem a saúde e o bem-estar permitem verificar que no grupo de adolescentes que beneficia do SASE existem diferenças estatisticamente significativas na dimensão Atividade Física ($U=492.5;n1=49;n2=36;p=.001$), Nutrição ($U=659.0;n1=49;n2=39;p=.012$); Crescimento Espiritual ($U=564.5;n1=49;n2=36;p=.005$), Gestão do Stress ($U=631.5;n1=51;n2=38;p=.005$). Os resultados dos testes também permitem verificar que no grupo de adolescentes que não beneficia do SASE existem diferenças estatisticamente significativas na dimensão Responsabilidade ($U=2563.0;n1=98;n2=68;p=.011$), Atividade Física

($U=1511.5; n1=92; n2=68; p=.000$), Crescimento Espiritual ($U=2165.5; n1=93; n2=66; p=.002$), Relações Interpessoais ($U=2447.0; n1=93; n2=68; p=.014$) e Gestão do Stress ($U=2314.0; n1=96; n2=67; p=.002$). As diferenças observadas, nos dois grupos, vão no sentido de quem participou sempre/ frequentemente em atividades que promovem a saúde e o bem-estar revelar globalmente um perfil de estilo de vida promotor de saúde, considerando as dimensões em análise (Tabela 38).

Tabela 38
Resultados dos testes Mann-Whitney das subescalas da HPLP II por SASE e em relação à participação em atividades que promovem a saúde e o bem-estar

Subescalas da HPLP	Possui SASE	Atividades	<i>n</i>	Média postos	<i>Me</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
Responsabilidade	Sim	Algumas vezes/Nunca	49	42.0	2.44	833.0	-.437	.662
		Sempre/Frequentemente	36	44.36	2.56			
	Não	Algumas vezes/Nunca	98	75.65	2.28	2563.0	-	.011
		Sempre/Frequentemente	68	94.81	2.5			
Atividade física	Sim	Algumas vezes/Nunca	49	35.05	2.25	492.5	-	.001
		Sempre/Frequentemente	36	53.82	2.88			
	Não	Algumas vezes/Nunca	92	62.93	2.25	1511.5	-	.000
		Sempre/Frequentemente	68	104.27	2.88			
Nutrição	Sim	Algumas vezes/Nunca	49	38.45	2.56	659.0	-	.012
		Sempre/Frequentemente	39	52.10	2.83			
	Não	Algumas vezes/Nunca	95	78.44	2.67	2891.5	-	.197
		Sempre/Frequentemente	69	88.09	2.78			
Crescimento espiritual	Sim	Algumas vezes/Nunca	49	36.52	3.22	564.5	-	.005
		Sempre/Frequentemente	36	51.82	3.33			
	Não	Algumas vezes/Nunca	93	70.28	2.89	2165.5	-	.002
		Sempre/Frequentemente	66	93.69	3.22			
Relações interpessoais	Sim	Algumas vezes/Nunca	48	39.66	3.17	727.5	-	.297
		Sempre/Frequentemente	35	45.21	3.39			
	Não	Algumas vezes/Nunca	93	73.31	3.11	2447.0	-	.014
		Sempre/Frequentemente	68	91.51	3.33			
Gestão do stress	Sim	Algumas vezes/Nunca	51	38.38	2.38	631.5	-	.005
		Sempre/Frequentemente	38	53.88	2.88			
	Não	Algumas vezes/Nunca	96	72.6	2.5	2314.0	-	.002
		Sempre/Frequentemente	67	95.46	2.63			

Comportamentos de saúde de adolescentes que vivem em contextos de pobreza em função do sentimento de pertença à escola

Os resultados dos testes Mann-Whitney relativos às dimensões da HPLP II em relação ao sentimento de pertença à escola permitem verificar que existem diferenças estatisticamente significativas na dimensão Atividade Física ($U=3479.5; n1=46; n2=208; p=.004$), na dimensão Crescimento Espiritual ($U=3198.0; n1=49; n2=206; p=.000$), Relações Interpessoais ($U=3387.5; n1=45; n2=209; p=.003$) e Gestão do Stress ($U=3428.0; n1=49; n2=214; p=.000$). As diferenças observadas vão no sentido de quem sempre/frequentemente tem um sentimento de pertença à escola ter um perfil de estilo de vida mais positivo por referência às dimensões em análise (Tabela 39).

Tabela 39

Resultados dos testes Mann-Whitney das subescalas da HPLP II em relação ao sentimento de pertença à escola

Subescalas da HPLP	Perceção de pertença à escola	<i>n</i>	Média postos	<i>Me</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
Responsabilidade	Algumas vezes/Nunca	48	120.95	2.33	4629.5	-1.070	.285
	Sempre/Frequentemente	214	133.87	2.56			
Atividade física	Algumas vezes/Nunca	46	99.14	2.25	3479.5	-2.897	.004
	Sempre/Frequentemente	208	133.77	2.88			
Nutrição	Algumas vezes/Nunca	47	112.52	2.56	4160.5	-1.942	.052
	Sempre/Frequentemente	216	136.24	2.78			
Crescimento espiritual	Algumas vezes/Nunca	49	90.27	3.0	3198.0	-3.994	.000
	Sempre/Frequentemente	206	136.98	3.33			
Relações interpessoais	Algumas vezes/Nunca	45	98.28	3.11	3387.5	-2.951	.003
	Sempre/Frequentemente	209	133.79	3.33			
Gestão do stress	Algumas vezes/Nunca	49	94.96	2.5	3428.0	-3.790	.000
	Sempre/Frequentemente	214	140.48	2.75			

Comportamentos de saúde de adolescentes que vivem em contextos de pobreza em função do SASE e do sentimento de pertença à escola

Os resultados dos testes Mann-Whitney relativos às dimensões da HPLP II, por grupo, em relação ao sentimento de pertença à escola permitem verificar que no grupo de adolescentes

que beneficia do SASE existem diferenças estatisticamente significativas apenas na dimensão Atividade Física ($U=288.5;n1=16;n2=68;p=.004$). No grupo de adolescentes que não beneficiam de SASE observaram-se diferenças significativas na Nutrição ($U=1402.0;n1=27;n2=137;p=.047$), Crescimento Espiritual ($U=987.5;n1=28;n2=131;p=.000$), Relações Interpessoais ($U=1221.5;n1=26;n2=135;p=.014$) e Gestão do Stress ($U=1228.5;n1=28;n2=135;p=.003$). As diferenças observadas vão no sentido do grupo de adolescentes que não beneficia de SASE ter sempre/frequentemente, um sentimento de pertença à escola associado a um estilo de vida tendencialmente positivo. Já no grupo de adolescentes que recebem SASE verificamos que o sentimento de pertença à escola se associa sempre/frequentemente, apenas a uma das dimensões que incorporam a definição de um estilo de vida positivo, no caso vertente, a atividade física realizada no âmbito do desporto escolar (Tabela 40).

Tabela 40
Resultados dos testes Mann-Whitney das subescalas da HPLP II por SASE e em relação ao sentimento de pertença à escola

Subescalas da HPLP	Possui SASE	Perceção de pertença à escola	<i>n</i>	Média postos	<i>Me</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
Responsabilidade	Sim	Algumas vezes/Nunca	16	44.68	2.56	509.5	-.394	.694
		Sempre/Frequentemente	68	41.99	2.44			
	Não	Algumas vezes/Nunca	28	76.82	2.56	1745.0	-.808	.419
		Sempre/Frequentemente	138	84.86	2.33			
Atividade física	Sim	Algumas vezes/Nunca	16	26.53	2.0	288.5	-	.004
		Sempre/Frequentemente	68	46.26	2.69			
	Não	Algumas vezes/Nunca	27	72.94	2.38	1591.5	-.931	.352
		Sempre/Frequentemente	133	82.03	2.5			
Nutrição	Sim	Algumas vezes/Nunca	16	44.94	2.78	553.0	-.165	.869
		Sempre/Frequentemente	71	43.79	2.61			
	Não	Algumas vezes/Nunca	27	65.93	2.44	1402.0	-	.047
		Sempre/Frequentemente	137	85.77	2.67			
Crescimento espiritual	Sim	Algumas vezes/Nunca	17	37.41	3.22	483.0	-.967	.334
		Sempre/Frequentemente	67	43.79	3.22			
	Não	Algumas vezes/Nunca	28	49.77	2.78	987.5	-	.000
		Sempre/Frequentemente	131	86.46	3.11			
Relações interpessoais	Sim	Algumas vezes/Nunca	15	31.37	2.89	350.5	-	.067
		Sempre/Frequentemente	67	43.77	3.33			
	Não	Algumas vezes/Nunca	26	60.48	3.0	1221.5	-	.014
		Sempre/Frequentemente	135	84.95	3.22			
Gestão do stress	Sim	Algumas vezes/Nunca	17	35.88	2.38	457.0	-	.120
		Sempre/Frequentemente	71	46.56	2.63			
	Não	Algumas vezes/Nunca	28	58.38	2.34	1228.5	-	.003
		Sempre/Frequentemente	135	86.90	2.63			

2.2 - ATRIBUTOS INDIVIDUAIS DOS ADOLESCENTES E CONTEXTO

Sentido de coerência

O sentido de coerência é avaliado pelo questionário orientação para viver – *orientation to life questionnaire* (OLQ), e é composto por 29 itens. A variável SOC comporta três dimensões: Capacidade de Compreensão (Ccom), Capacidade de Gestão (CGma) e Capacidade de Investimento (Clmea).

O valor médio de cada uma das dimensões da escala “Orientação para a vida”, foram os seguintes:

- *Capacidade de Investimento*: 41,34 (variação: 15 a 56)

- *Capacidade de Gestão*: 46,65 (variação: 22 a 63)

- *Capacidade de Compreensão*: 40,05 (variação: 16 a 65)

Em média, o score total da escala SOC foi 127,92 (variação: 58 a 175)

Tabela 41
Estatísticas descritivas das sub-escalas da SOC

	SOC Dimensão (Capacidade de Investimento)	SOC Dimensão (Capacidade de Gestão)	SOC Dimensão (Capacidade de Compreensão)	Score Total SOC
N	265	268	268	263
Média	41,34	46,65	40,05	127,92
Mediana	42,00	47,00	40,00	129,00
Desvio Padrão	8,02	7,67	8,92	20,00
Mínimo	15	22	16	58
Máximo	56	63	65	175
Ns/Nr	5	2	2	7

Variação do score total da escala SOC: min=29, máx=203.

Sentido de coerência de adolescentes que vivem em contextos de pobreza em função do SASE

Sem diferenças significativas.

A associação entre as dimensões da escala sentido de coerência (SOC)

A matriz de correlações entre as dimensões da SOC mostra que todas se correlacionam significativamente ($p < .01$) entre si, de forma direta e a um nível moderado (Tabela 42).

Tabela 42

Matriz de correlações de Spearman entre as subescalas da SOC

	Capacidade de investimento	Capacidade de gestão
Capacidade de gestão	.59**	-
Capacidade de compreensão	.36**	.48**

Nota. ** $p < .01$

A associação entre as dimensões da escala sentido de coerência (SOC), por SASE

A configuração das correlações entre as subescalas da SOC por grupo, mostra-se estatisticamente significativa ($p < .01$), estando diretamente associadas todas as dimensões. Evidencia-se que a força destas associações é maior no grupo dos adolescentes sem SASE (Tabela 42). Salienta-se que nos adolescentes com SASE verifica-se que a capacidade de compreensão (Ccom) se correlaciona a um nível fraco com a capacidade de investimento (Clmea) ($r_s(264) = .28; p < .01$) (Tabela 43).

Tabela 43

Matriz de correlações de Spearman entre as subescalas da SOC por SASE

	Capacidade de investimento		Capacidade de gestão	
	C/SASE	S/SASE	C/SASE	S/SASE
Capacidade de gestão	.54**	.61**	-	-
Capacidade de compreensão	.28**	.40**	.48**	.57**

Nota. ** $p < .01$

Sentido de coerência de adolescentes que vivem em contextos de pobreza em função do sexo

Os testes Mann-Whitney referentes às subescalas da SOC por sexo mostra que nas subescalas CGma ($U = 7331.0; n_1 = 107; n_2 = 160; p = .047$) e Ccom ($U = 6178.0; n_1 = 107; n_2 = 160; p = .000$) existem diferenças significativas entre os sexos. Estas diferenças

consubstanciam-se num padrão uniforme: o sexo masculino apresenta valores de mediana mais altos comparativamente ao sexo feminino, o que globalmente indicia que os homens têm um sentido de coerência mais favorável nas dimensões em análise (Tabela 44).

Tabela 44

Resultados dos testes Mann-Whitney das subescalas do SOC por sexo

Subescalas do SOC	Sexo	<i>n</i>	Média postos	<i>Me</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
Capacidade de investimento	Masculino	105	136.59	43.0	7918.5	-.707	.479
	Feminino	159	129.80	42.0			
Capacidade de gestão	Masculino	107	145.49	49.0	7331.0	-1.990	.047
	Feminino	160	126.32	46.0			
Capacidade de compreensão	Masculino	107	156.26	43.0	6178.0	-3.855	.000
	Feminino	160	119.11	39.0			

Sentido de coerência de adolescentes que vivem em contextos de pobreza em função do SASE e do sexo

Foram avaliadas diferenças em função do sexo nos dois grupos. Constata-se que só na dimensão da Ccom existem diferenças estatisticamente significativas de sentido de coerência por sexo, no grupo dos adolescentes que não beneficiam de SASE, ($U=2215.0$; $n1=65$; $n2=100$; $p=.001$). Neste grupo os indivíduos do sexo masculino apresentam valores mais elevados quanto ao sentido de coerência, na dimensão Ccom, em relação ao sexo feminino, evidenciando que os indivíduos do sexo masculino que não beneficiam de SASE têm um sentimento de confiança em que os estímulos (instrumentais, cognitivos ou afetivos) provenientes do seu ambiente interno e externo no decurso da sua vida são estruturados previsíveis e explicáveis (Tabela 45).

Tabela 45

Resultados dos testes Mann-Whitney das subescalas do SOC por SASE e por sexo

Subescalas do SOC	Possui SASE	Sexo	<i>n</i>	Média postos	<i>Me</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
Capacidade de investimento	Sim	Masculino	36	44.76	43.0	890.5	-.237	.812
		Feminino	51	43.46	41.0			
	Não	Masculino	65	85.35	43.0	3097.5	-.509	.611
		Feminino	100	81,48	42.0			
Capacidade de gestão	Sim	Masculino	38	48.42	48.0	877.0	-.908	.364
		Feminino	52	43.37	47.0			
	Não	Masculino	65	88.62	49.0	2885.0	-1.218	.223
		Feminino	100	79.35	46.0			
Capacidade de compreensão	Sim	Masculino	38	50.43	41.0	800.5	-1.533	.125
		Feminino	52	41.89	39.0			
	Não	Masculino	65	98.92	43.0	2215.0	-3.454	.001
		Feminino	100	72.65	38.5			

A associação entre as dimensões da escala sentido de coerência de adolescentes que vivem em contextos de pobreza em função da escolaridade da mãe e da escolaridade do pai.

A configuração das correlações de Spearman entre as subescalas da SOC revelou-se sem diferenças significativas: as dimensões do sentido de coerência são independentes da escolaridade da mãe e do pai.

Sentido de coerência de adolescentes que vivem em contextos de pobreza em função da segurança do bairro onde vivem

Os resultados dos testes Mann-Whitney relativos às dimensões da SOC em relação à segurança no bairro onde vivem, permitem verificar que existem diferenças estatisticamente significativas na dimensão Clmea ($U=2728.0$; $n1=38$; $n2=227$; $p=.000$) na dimensão CGma ($U=2659.0$; $n1=38$; $n2=230$; $p=.000$) e na dimensão Ccom ($U=2805.0$; $n1=38$; $n2=230$; $p=.000$). Os resultados evidenciam que os alunos que sempre/frequentemente se sentem seguros no bairro onde vivem, atendendo aos valores de mediana mais altos, têm uma maior capacidade de investimento, de compreensão e de gestão, atributos que configuram um forte sentido de

coerência ou um sentimento de confiança, em que os estímulos provenientes de si próprio e do bairro onde vivem (instrumentais, cognitivos e afetivos) são previsíveis e explicáveis, os recursos estão disponíveis para responder às exigências colocadas por esses estímulos, e essas exigências são desafios merecedores de investimento e envolvimento (Tabela 46).

Tabela 46
Resultados dos testes Mann-Whitney das subescalas do SOC em relação à segurança no bairro onde vivem

\	Bairro	<i>n</i>	Média postos	<i>Me</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
Capacidade de investimento	Algumas vezes/Nunca	38	91.29	36.5	2728.0	-3.628	.000
	Sempre/Frequentemente	227	139.98	43.0			
Capacidade de gestão	Algumas vezes/Nunca	38	89.47	41.5	2659.0	-3.869	.000
	Sempre/Frequentemente	230	141.94	48.0			
Capacidade de compreensão	Algumas vezes/Nunca	38	93.32	36.0	2805.0	-3.538	.000
	Sempre/Frequentemente	230	141.3	41.0			

Sentido de coerência de adolescentes que vivem em contextos de pobreza em função da SASE e da segurança do bairro onde vivem

Os resultados dos testes Mann-Whitney relativos às dimensões da SOC por grupo em relação à segurança no bairro onde vivem, permitem verificar que no grupo de adolescentes que não beneficia de SASE existem diferenças estatisticamente significativas na dimensão Clmea ($U=1089.0$; $n1=26$; $n2=140$; $p=.002$) na dimensão CGma ($U=1004.5$; $n1=26$; $n2=140$; $p.001$) e na dimensão Ccom ($U=1126.0$; $n1=26$; $n2=140$; $p.002$). Também no grupo de adolescentes que beneficiam de SASE observaram-se diferenças significativas em relação à segurança no bairro onde vive, na dimensão CGma ($U=271.0$; $n1=11$; $n2=79$; $p.044$). As diferenças observadas vão no sentido de, relativamente à segurança no bairro onde vivem, os adolescentes que não beneficiam de SASE, revelarem um forte sentido de coerência, o que significa que os alunos, sem SASE, que sempre/frequentemente se sentem seguros no bairro onde vivem, têm uma maior capacidade de investimento, de compreensão e de gestão. Também no grupo de adolescentes que beneficiam de SASE observaram-se diferenças significativas mas apenas na capacidade de gestão sendo que os alunos com SASE que sempre/frequentemente se sentem

seguros no bairro onde vivem evidenciam ter apenas uma melhor capacidade de gestão relativa a aspetos da segurança no bairro onde vivem (Tabela 47).

Tabela 47
Resultados dos testes Mann-Whitney das subescalas do SOC por SASE e em relação à segurança no bairro onde vivem

Subescalas do SOC	Possui SASE	Bairro	<i>n</i>	Média postos	<i>Me</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
Capacidade de investimento	Sim	Algumas vezes/Nunca	11	31.95	38.0	285.5	-	1.695
		Sempre/Frequentemente	76	45.74	43.0			
	Não	Algumas vezes/Nunca	26	56.44	34.5	1089.0	-	3.045
		Sempre/Frequentemente	140	88.53	44.0			
Capacidade de gestão	Sim	Algumas vezes/Nunca	11	30.64	40.0	271.0	-	2.017
		Sempre/Frequentemente	79	47.57	47.0			
	Não	Algumas vezes/Nunca	26	57.13	43.0	1004.5	-	3.258
		Sempre/Frequentemente	140	88.40	48.0			
Capacidade de compreensão	Sim	Algumas vezes/Nunca	11	34.18	37.0	310.0	-	1.535
		Sempre/Frequentemente	79	47.08	40.5			
	Não	Algumas vezes/Nunca	26	56.81	35.5	1126.0	-	3.086
		Sempre/Frequentemente	140	88.46	42.0			

Sentido de coerência de adolescentes que vivem em contextos de pobreza em função da participação em atividades que promovem a saúde e o bem-estar

Os resultados dos testes Mann-Whitney relativos às dimensões do SOC em função da participação em atividades que promovem a saúde e o bem-estar permitem verificar que existem diferenças estatisticamente significativas na dimensão C_{lmea} ($U=7201.0$; $n_1=154$; $n_2=111$) na dimensão C_{Gma} ($U=6956.5$; $n_1=154$; $n_2=111$) e na dimensão C_{com} ($U=7405.0$; $n_1=155$; $n_2=113$). As diferenças observadas vão no sentido de uma maior capacidade de investimento, gestão e compreensão dos alunos que participaram, sempre/frequentemente, em atividades que promovem a saúde e o bem-estar, evidenciando um SOC mais favorável (Tabela 48).

Tabela 48

Resultados dos testes Mann-Whitney das subescalas do SOC em relação às atividades que promovem a saúde e o bem-estar

Subescalas do SOC	Atividades	<i>n</i>	Média postos	<i>Me</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
Capacidade de investimento	Algumas vezes/Nunca	154	124.26	41.0	7201.0	-2.189	.029
	Sempre/Frequentemente	111	145.13	44.0			
Capacidade de gestão	Algumas vezes/Nunca	154	122.67	46.0	6956.5	-2.906	.004
	Sempre/Frequentemente	111	150.48	49.5			
Capacidade de compreensão	Algumas vezes/Nunca	155	125.77	39.0	7405.0	-2.160	.031
	Sempre/Frequentemente	113	146.47	42.0			

Sentido de coerência de adolescentes que vivem em contextos de pobreza em função do SASE e da participação em atividades que promovem a saúde e o bem-estar

Os resultados dos testes Mann-Whitney relativos às dimensões do SOC, por grupo, em relação à participação em atividades que promovem a saúde e o bem-estar, permitem verificar, que no grupo dos adolescentes que não beneficia de SASE, existem diferenças estatisticamente significativas na dimensão C_{lmea} ($U=2622.0$; $n_1=98$; $n_2=68$; $p=.020$) na dimensão C_{Gma} ($U=2704.0$; $n_1=98$; $n_2=68$; $p=.039$) e na dimensão C_{com} ($U=2460.5$; $n_1=98$; $n_2=68$; $p=.004$). Também no grupo dos adolescentes que beneficiam de SASE observaram-se diferenças significativas em relação à participação em atividades que promovem a saúde e o bem-estar, na dimensão C_{Gma} ($U=690.0$; $n_1=51$; $n_2=39$; $p=.013$). As diferenças observadas vão no sentido de uma maior capacidade de investimento, gestão e compreensão dos alunos sem SASE que participaram, sempre/frequentemente, em atividades que promovem a saúde e o bem-estar, evidenciando um SOC mais favorável. Os alunos com SASE que participaram sempre/frequentemente em atividades que promovem a saúde e o bem-estar, evidenciam apenas uma maior capacidade de gestão, reportada ao nível da disponibilidade de recursos para responder às exigências colocadas pelos estímulos ambientais (Tabela 49).

Tabela 49

Resultados Mann-Whitney das subescalas do SOC por SASE e em relação à participação em atividades que promovem a saúde e o bem-estar

Subescalas do SOC	Possui SASE	Bairro	<i>n</i>	Média postos	<i>Me</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
Capacidade de investimento	Sim	Algumas vezes/Nunca	51	41.95	41.0	813.5	-.902	.367
		Sempre/Frequentemente	36	46.90	43.0			
	Não	Algumas vezes/Nunca	98	76.26	41.0	2622.0	2.334	
		Sempre/Frequentemente	68	93.94	44.5			
Capacidade de gestão	Sim	Algumas vezes/Nunca	51	39.53	46.0	690.0	-	.013
		Sempre/Frequentemente	39	53.31	50.0			
	Não	Algumas vezes/Nunca	98	77.09	46.0	2704.0	-	
		Sempre/Frequentemente	68	92.74	50.0			
Capacidade de compreensão	Sim	Algumas vezes/Nunca	52	44.43	39.5	932.5	-.454	.650
		Sempre/Frequentemente	38	46.96	40.0			
	Não	Algumas vezes/Nunca	98	74.61	39.0	2460.5	-	
		Sempre/Frequentemente	68	96.32	43.0			

Sentido de coerência de adolescentes que vivem em contextos de pobreza em função do sentimento de pertença à escola

Os resultados dos testes Mann-Whitney relativos às dimensões da SOC em relação ao sentimento de pertença à escola, permitem verificar, que existem diferenças estatisticamente significativas na dimensão Clmea ($U=3562.0;n1=49;n2=215$) na dimensão Cgma ($U=3375.0;n1=49;n2=218$) e na dimensão Ccom ($U=4280.5;n1=49;n2=218$). As diferenças observadas vão no sentido de uma maior capacidade de investimento, gestão e compreensão dos alunos que, sempre/frequentemente têm um sentimento de pertença à escola, evidenciando um SOC mais favorável (Tabela 50).

Tabela 50

Resultados dos testes Mann-Whitney das subescalas do SOC em relação ao sentimento de pertença à escola

Subescalas do SOC	Perceção de pertença à escola	<i>n</i>	Média postos	<i>Me</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
Capacidade de investimento	Algumas vezes/Nunca	49	97.69	39.0	3562.0	-3.539	.000
	Sempre/Frequentemente	215	140.43	44.0			
Capacidade de gestão	Algumas vezes/Nunca	49	93.88	43.0	3375.0	-4.029	.000
	Sempre/Frequentemente	218	143.02	48.0			
Capacidade de compreensão	Algumas vezes/Nunca	49	112.36	38.0	4280.5	-2.173	.030
	Sempre/Frequentemente	218	138.86	41.0			

Sentido de coerência de adolescentes que vivem em contextos de pobreza em função do SASE e do sentimento de pertença à escola

Os resultados dos testes Mann-Whitney relativos às dimensões da SOC, por grupo, em relação ao sentimento de pertença à escola permitem verificar que no grupo dos adolescentes que não beneficia de SASE existem diferenças estatisticamente significativas na dimensão Clmea ($U=1304.5$; $n1=28;n2=138;p=.007$) na dimensão CGma ($U=1168.5$; $n1=28;n2=138;p=.001$) e na dimensão Ccom ($U=1453.5$; $n1=28;n2=138;p=.039$). Também no grupo dos adolescentes que beneficiam de SASE observaram-se diferenças significativas em relação ao sentimento de pertença à escola, na dimensão CGma ($U=423.5$; $n1=17$; $n2=72;p=.049$). As diferenças observadas vão no sentido de uma maior capacidade de investimento, gestão e compreensão dos alunos sem SASE que, sempre/frequentemente, têm um sentimento de pertença à escola, evidenciando um SOC mais favorável. Os alunos com SASE que sempre/frequentemente têm um sentimento de pertença à escola, evidenciam apenas uma maior capacidade de gestão, reportada ao nível da disponibilidade de recursos para responder às exigências colocadas pelos estímulos ambientais (Tabela 51).

Tabela 51

Resultados dos testes Mann-Whitney das subescalas do SOC por SASE em relação ao sentimento de pertença à escola

Subescalas do SOC	Possui SASE	Perceção de pertença à escola	<i>n</i>	Média postos	<i>Me</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
Capacidade de investimento	Sim	Algumas vezes/Nunca	17	37.74	40.0	488.5	-	1.064
		Sempre/Frequentemente	69	44.92	43.0			
	Não	Algumas vezes/Nunca	28	61.09	40.0	1304.5	-	2.708
		Sempre/Frequentemente	138	88.05	44.0			
Capacidade de gestão	Sim	Algumas vezes/Nunca	17	33.91	44.0	423.5	-	1,970
		Sempre/Frequentemente	72	47.62	48.0			
	Não	Algumas vezes/Nunca	28	56.23	42.5	1168.5	-	3.296
		Sempre/Frequentemente	138	89.03	49.0			
Capacidade de compreensão	Sim	Algumas vezes/Nunca	17	40.65	38.0	538.0	-.773	.439
		Sempre/Frequentemente	72	46.03	41.0			
	Não	Algumas vezes/Nunca	28	66.41	37.5	1453.5	-	2.065
		Sempre/Frequentemente	138	86.97	42.0			

Auto-Eficácia

A Auto-Eficácia é avaliada pela escala de Auto-Eficácia Geral “Como eu Sou” (CES) e é composta por 15 itens. A variável CES comporta três dimensões: Iniciação e Persistência, Eficácia Perante a Adversidade e Eficácia Social.

O valor médio de cada uma das dimensões da escala de Auto-Eficácia Geral “Como eu Sou” (CES) foram os seguintes:

- *Iniciação e Persistência*: 30,11 (variação: 9 a 42)

- *Eficácia Perante a Adversidade*: 28,00 (variação: 6 a 35)

- *Eficácia Social*: 20,67

Em média, o score total da escala CES foi 79,01 (variação: 28 a 103).

Tabela 52
Estatísticas descritivas das sub-escalas da CES

	CES Dimensão (Iniciação e Persistência)	CES Dimensão (Eficácia perante a Adversidade)	CES Dimensão (Eficácia Social)	Score Total CES
N	268	260	266	256
Média	30,11	28,00	20,67	79,01
Mediana	31,00	30,00	21,00	81,00
Desvio Padrão	7,09	5,94	4,69	13,87
Mínimo	9	6	4	28
Máximo	42	35	28	103
Ns/Nr	2	10	4	14

Varição do score total da escala CES: min=15, máx=105.

Auto-eficácia de adolescentes que vivem em contextos de pobreza em função do SASE

A autoeficácia em função do SASE não mostrou diferenças significativas em qualquer das dimensões

A associação entre as dimensões da escala de auto-eficácia geral (CES)

A matriz de correlações entre as dimensões da escala de auto-eficácia (CES) mostra que todas se correlacionam significativamente ($p < .01$) entre si, de forma direta e a um nível fraco ou moderado (Tabela 53).

Tabela 53
Matriz de correlações de Spearman entre as subescalas da CES

	Iniciação e Persistência	Eficácia perante a Adversidade
Eficácia perante a Adversidade	.59**	-
Eficácia Social	.28**	.35**

Nota. ** $p < .01$

A associação entre as dimensões da escala de auto-eficácia geral (CES), por SASE

A configuração das correlações entre as subescalas da CES, por grupo, mostra-se estatisticamente significativa ($p < .01$), estando diretamente associadas todas as dimensões.

Salienta-se que nos adolescentes beneficiários do SASE verifica-se que a Eficácia Perante a Adversidade se correlaciona a um nível moderado com a Iniciação e Persistência ($r_s(258)=.50$; $p<.01$)) e com a Eficácia Social ($r_s(258)=.48$; $p<.01$). Nos adolescentes que não beneficiam de SASE verifica-se que a Eficácia Social se correlaciona a um nível fraco com a Iniciação e Persistência ($r_s(264)=.22$; $p<.01$) e com a Eficácia Perante a Adversidade ($r_s(258)=.26$; $p<.01$). O valor mais forte de correlação dá-se nos alunos sem SASE na associação entre Eficácia perante a Adversidade e a Iniciação e Persistência ($r_s(258)=.62$; $p<.01$) (Tabela 54).

Tabela 54

Matriz de correlações de Spearman entre as subescalas da CES por SASE

	Iniciação e Persistência		Eficácia perante a Adversidade	
	C/SASE	S/SASE	C/SASE	S/SASE
Eficácia perante a Adversidade	.50**	.62**	-	-
Eficácia Social	.37**	.22**	.48**	.26**

Nota. ** $p<.01$

A auto-eficácia de adolescentes que vivem em contextos de pobreza em função do sexo

Nos resultados dos testes Mann-Whitney não se observaram diferenças significativas ($p>.05$) nas três dimensões da autoeficácia por sexo.

A auto-eficácia de adolescentes que vivem em contextos de pobreza em função do SASE e do sexo

Nos resultados dos testes Mann-Whitney das subescalas do CES por SASE e por sexo não mostra igualmente diferenças significativas ($p>.05$).

A auto-eficácia de adolescentes que vivem em contextos de pobreza em função da escolaridade da mãe e da escolaridade do pai

Com recurso ao teste de Kruskal-Wallis exploraram-se diferenças nas três dimensões da autoeficácia em função da escolaridade da mãe e do pai na amostra total. Não se observaram diferenças significativas ($p > .05$).

A auto-eficácia de adolescentes que vivem em contextos de pobreza em função do SASE e da escolaridade da mãe e da escolaridade do pai

A exploração em função do SASE não revelou igualmente, diferenças significativas ($p > .05$).

A auto-eficácia de adolescentes que vivem em contextos de pobreza em função da segurança do bairro onde vivem

Os resultados dos testes de Mann Whitney relativos às dimensões da CES em função da segurança no bairro onde vivem permitem verificar que existem diferenças estatisticamente significativas na dimensão Iniciação e Persistência ($U=2547.5; n1=37; n2=231; p=.000$) e na dimensão Eficácia perante a Adversidade ($U=2543.5; n1=37; n2=223; p=.000$). Os adolescentes que sempre/frequentemente sentem segurança no bairro onde vivem evidenciam valores de autoeficácia mais favoráveis nas dimensões em análise (Tabela 55).

Tabela 55

Resultados dos testes Mann-Whitney das subescalas da CES em relação à segurança no bairro onde vivem

Subescalas da CES	Bairro	<i>n</i>	Média postos	<i>Me</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
Iniciação e Persistência	Algumas vezes/Nunca	37	87.85	26.0	2547.5	-3.948	.000
	Sempre/Frequentemente	231	141.97	32.0			
Eficácia perante a Adversidade	Algumas vezes/Nunca	37	87.74	25.0	2543.5	-3.746	.000
	Sempre/Frequentemente	223	137.59	30.0			
Eficácia Social	Algumas vezes/Nunca	38	117.99	20.0	3742.5	-1.346	.178
	Sempre/Frequentemente	228	136.09	22.0			

A auto-eficácia de adolescentes que vivem em contextos de pobreza em função do SASE e da segurança do bairro onde vivem

Os resultados dos testes de Mann Whitney relativos às dimensões da CES, por grupo, em função da segurança no bairro onde vivem, permitem verificar que nos adolescentes que beneficiam de SASE existem diferenças estatisticamente significativas na dimensão Iniciação e Persistência ($U=246.5; n_1=11; n_2=79; p=.020$). Também nos adolescentes que não beneficiam de SASE existem diferenças estatisticamente significativas na dimensão Iniciação e Persistência ($U=1089.0; n_1=25; n_2=141; p=.002$) e na dimensão Eficácia perante a Adversidade ($U=1004.5; n_1=25; n_2=136; p=.001$). As diferenças observadas vão no sentido de se poder evidenciar que os alunos com SASE que sempre/frequentemente se sentem seguros no bairro onde vivem têm valores de autoeficácia mais favoráveis apenas na dimensão Iniciação e Persistência, sendo que, para os adolescentes não beneficiários de SASE e que, sempre/frequentemente se sentem seguros no bairro onde vivem, têm valores de autoeficácia mais favoráveis nas dimensões Iniciação e Persistência e Eficácia perante a Adversidade. A percepção de eficácia influencia a escolha das atividades e dos ambientes ou situações. Determina, igualmente, quanto esforço o indivíduo vai despende, e durante quanto tempo persistirá perante obstáculos e más experiências. Quanto mais forte for a percepção de auto-eficácia mais vigoroso e persistente o esforço (Pais Ribeiro, 1994). A expectativa de eficácia é a convicção de que ele próprio consegue realizar, com sucesso, o comportamento necessário para produzir tais resultados" (Bandura, 1977:193). Os alunos sem SASE evidenciam valores mais favoráveis de auto-eficácia geral em relação à segurança no bairro onde vivem (Tabela 56).

Tabela 56

Resultados dos testes Mann-Whitney das subescalas da CES por SASE em relação à segurança no bairro onde vivem

Subescalas da CES	Possui SASE	Bairro	<i>n</i>	Média postos	<i>Me</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
Iniciação e Persistência	Sim	Algumas vezes/Nunca	11	28.41	25.0	246.5	-	2.319
		Sempre/Frequentemente	79	47.88	31.0			
	Não	Algumas vezes/Nunca	25	56.56	27.5	1089.0	-	3.045
		Sempre/Frequentemente	141	88.28	32.0			
Eficácia perante a Adversidade	Sim	Algumas vezes/Nunca	11	33.82	23.0	306.0	-	1.541
		Sempre/Frequentemente	78	46.58	31.0			
	Não	Algumas vezes/Nunca	25	53.18	26.5	1004.5	-	3.258
		Sempre/Frequentemente	136	86.11	30.0			
Eficácia Social	Sim	Algumas vezes/Nunca	11	33.55	17.0	303.0	-	1.525
		Sempre/Frequentemente	77	46.06	22.0			
	Não	Algumas vezes/Nunca	26	80.92	21.0	1753.0	-	-.298
		Sempre/Frequentemente	140	83.98	22.0			

A auto-eficácia de adolescentes que vivem em contextos de pobreza em função da participação em atividades que promovem a saúde e o bem-estar

Os resultados dos testes Mann-Whitney relativos às dimensões da CES em função da participação em atividades promotoras da saúde e do bem-estar, permitem verificar que existem diferenças estatisticamente significativas na dimensão Iniciação e Persistência ($U=2547.5; n_1=37; n_2=231; p=.000$) e na dimensão Eficácia perante a Adversidade ($U=2543.5; n_1=37; n_2=223; p=.000$). As diferenças observadas vão no sentido de quem participou, sempre/frequentemente, em atividades promotoras da saúde e do bem-estar evidenciar uma auto-eficácia mais favorável nas dimensões em análise (Tabela 57).

Tabela 57

Resultados dos testes Mann-Whitney das subescalas da CES em relação à participação em atividades que promovem a saúde e o bem-estar

Subescalas da CES	Atividades	<i>n</i>	Média postos	<i>Me</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
Iniciação e Persistência	Algumas vezes/Nunca	37	87.85	26	2547.5	-3.948	.000
	Sempre/Frequentemente	231	141.97	32			
Eficácia perante a Adversidade	Algumas vezes/Nunca	37	87.74	25	2543.5	-3.746	.000
	Sempre/Frequentemente	223	137.59	30			
Eficácia Social	Algumas vezes/Nunca	38	117.99	20	3742.5	-1.346	.178
	Sempre/Frequentemente	228	136.09	22			

A auto-eficácia de adolescentes que vivem em contextos de pobreza em função do SASE e da participação em atividades que promovem a saúde e o bem-estar

Os resultados dos testes Mann-Whitney relativos às dimensões da CES, por grupo, em função da participação em atividades promotoras da saúde e do bem-estar, permitem verificar que nos adolescentes beneficiários de SASE existem diferenças estatisticamente significativas na dimensão Eficácia Social ($U=677.5; n1=51; n2=37; p=.024$). Também no grupo de adolescentes não beneficiários de SASE existem diferenças estatisticamente significativas na dimensão Eficácia Social ($U=2401.0; n1=98; n2=68; p=.002$). As diferenças observadas vão no sentido de quem participou, sempre/frequentemente, em atividades promotoras da saúde e do bem-estar apresentar, uma auto-eficácia mais favorável relativa à dimensão em análise (Tabela 58).

Tabela 58

Resultados dos testes Mann-Whitney das subescalas da CES por SASE e em relação à participação em atividades que promovem a saúde e o bem-estar

Subescalas da CES	Possui SASE	Atividades	<i>n</i>	Média postos	<i>Me</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
Iniciação e Persistência	Sim	Algumas vezes/Nunca	52	43.4	30.0	879.0	-.891	.373
		Sempre/Frequentemente	38	48.37	32.0			
	Não	Algumas vezes/Nunca	97	77.65	30.0			
		Sempre/Frequentemente	69	91.72	33.0			
Eficácia perante a Adversidade	Sim	Algumas vezes/Nunca	52	41.35	29.0	772.0	-	1.590
		Sempre/Frequentemente	37	50.14	31.0			
	Não	Algumas vezes/Nunca	94	75.31	29.0			
		Sempre/Frequentemente	67	88.98	30.0			
Eficácia Social	Sim	Algumas vezes/Nunca	51	39.28	20.0	677.5	-	2.256
		Sempre/Frequentemente	37	51.69	23.0			
	Não	Algumas vezes/Nunca	98	74.0	20.0			
		Sempre/Frequentemente	68	97.19	22.0			

A auto-eficácia de adolescentes que vivem em contextos de pobreza em função do sentimento de pertença à escola

Os resultados dos testes Mann-Whitney relativos às dimensões da CES em função do sentimento de pertença à escola, permitem verificar que existem diferenças estatisticamente significativas na dimensão Iniciação e Persistência ($U=3926.0; n_1=48; n_2=219; p=.006$) na dimensão Eficácia perante a Adversidade ($U=3590.0; n_1=47; n_2=212; p=.003$) e na dimensão Eficácia Social ($U=3747.5; n_1=49; n_2=216; p=.001$). As diferenças observadas vão no sentido de quem sempre/frequentemente, tem um sentimento de pertença à escola ter uma auto-eficácia mais favorável face às dimensões em análise (Tabela 59).

Tabela 59

Resultados dos testes Mann-Whitney das subescalas da CES em relação ao sentimento de pertença à escola

Subescalas da CES	Perceção de pertença à escola	<i>n</i>	Média postos	<i>Me</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
Iniciação e Persistência	Algumas vezes/Nunca	48	106.29	27.5	3926.0	-2.748	.006
	Sempre/Frequentemente	219	140.07	31.0			
Eficácia perante a Adversidade	Algumas vezes/Nunca	47	100.38	26.0	3590.0	-3.005	.003
	Sempre/Frequentemente	212	136.57	30.0			
Eficácia Social	Algumas vezes/Nunca	49	101.48	19.0	3747.5	-3.196	.001
	Sempre/Frequentemente	216	140.15	22.0			

A auto-eficácia de adolescentes que vivem em contextos de pobreza em função do SASE e do sentimento de pertença à escola

Os resultados dos testes Mann-Whitney relativos às dimensões da CES, por grupo, em função do sentimento de pertença à escola, permitem verificar que no grupo de adolescentes que não beneficia de SASE, existem diferenças estatisticamente significativas na dimensão Iniciação e Persistência ($U=1319.0; n1=27; n2=139; p=.015$) na dimensão Eficácia perante a Adversidade ($U=1242.5; n1=28; n2=133; p=.006$) e na dimensão Eficácia Social ($U=1428.5; n1=28; n2=138; p=.029$). Também no grupo de adolescentes que beneficia de SASE existem diferenças estatisticamente significativas na dimensão Eficácia Social ($U=395.5; n1=17; n2=70; p=.032$). As diferenças observadas nos adolescentes que não são beneficiários do SASE vão no sentido de quem sempre/frequentemente, tem um sentimento de pertença à escola evidenciar uma auto-eficácia mais elevada, associada a todas as dimensões em análise. No caso dos adolescentes que são beneficiários do SASE, as diferenças observadas vão no sentido de quem, sempre/frequentemente, tem um sentimento de pertença à escola, evidenciar valores de auto-eficácia favoráveis apenas na dimensão Eficácia Social (Tabela 60).

Tabela 60

Resultados dos testes Mann-Whitney das subescalas da CES por SASE em relação ao sentimento de pertença à escola

Subescalas da CES	Possui SASE	Perceção de pertença à escola	<i>n</i>	Média postos	<i>Me</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
Iniciação e Persistência	Sim	Algumas vezes/Nunca	17	43.18	29.5	581.0	-.324	.746
		Sempre/Frequentemente	72	45.43	31.0			
	Não	Algumas vezes/Nunca	27	62.85	28.0	1319.0	-	.015
		Sempre/Frequentemente	139	87.51	32.0			
Eficácia perante a Adversidade	Sim	Algumas vezes/Nunca	16	40.25	27.0	508.0	-.739	.460
		Sempre/Frequentemente	72	45.44	30.0			
	Não	Algumas vezes/Nunca	28	58.88	26.0	1242.5	-	.006
		Sempre/Frequentemente	133	85.66	30.0			
Eficácia Social	Sim	Algumas vezes/Nunca	17	32.26	20.0	395.5	-	.032
		Sempre/Frequentemente	70	46.85	22.0			
	Não	Algumas vezes/Nunca	28	65.52	19.0	1428.5	-	.029
		Sempre/Frequentemente	138	87.15	22.0			

Locus de Controlo de Saúde

O Locus de Controlo de Saúde é avaliado pela escala Locus de Controlo de Saúde (LCS) e é composta por 14 itens. A variável LCS comporta duas dimensões: dimensão Locus de Controlo e dimensão Outros Poderosos.

O valor médio de cada uma das dimensões da escala “Locus de Controlo de Saúde, foram os seguintes:

- *Locus de controlo*: 22,60 (variação: 8 a 42)

- *Outros poderosos*: 28,48 (variação: 12 a 42)

Tabela 61
Estatísticas descritivas das sub-escalas da LC

	LC Dimensão (Locus de controlo)	OP Dimensão (Outros poderosos)
N	262	264
Média	22,60	28,48
Mediana	22,00	29,00
Desvio Padrão	7,31	6,06
Mínimo	8	12
Máximo	42	42
Ns/Nr	8	6

Variação da dimensão LC: min=8, máx=56.

Variação da dimensão OP: min=6, máx=42.

Locus de Controlo de adolescentes que vivem em contextos de pobreza em função do SASE

Nos resultados de Mann-Whitney à escala de Locus de Controlo de Saúde (LCS), por grupo, observam-se diferenças estatisticamente significativas (Tabela 62).

Tabela 62
Resultados dos testes Mann-Whitney das subescalas do LC em função do SASE

Subescalas da LC	Possui SASE	<i>n</i>	Média postos	<i>Me</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
Locus controlo	Sim	166	116.66	23.5	5505.0	-2.719	.007
	Não	84	142.96	21.0			
Outros poderosos	Sim	166	118.96	30.0	5886.5	-2.284	.022
	Não	86	141.05	28.0			

A associação entre as dimensões da escala Locus de Controlo de Saúde

A configuração das correlações de Spearman entre as duas dimensões da LCS, revela que são independentes.

A associação entre as dimensões da escala Locus de Controlo de Saúde, por SASE

Observa-se igualmente independência entre as dimensões em função do SASE.

Locus de controlo de saúde de adolescentes que vivem em contextos de pobreza em função do sexo

Não se observaram diferenças significativas nas duas dimensões do locus controlo em função do sexo.

Locus de controlo de saúde de adolescentes que vivem em contextos de pobreza em função do SASE e do sexo

Nos resultados do teste Mann-Whitney à escala Locus de Controlo de Saúde (LCS), por grupo, em função do sexo, observa-se que somente nos adolescentes que não beneficiam de SASE existem diferenças estatisticamente significativas ($U=2592.5; n_1=66; n_2=99; p=.025$), apresentando os indivíduos do sexo masculino valores de mediana mais altos ($Me=23$) que os indivíduos do sexo feminino ($Me=20$), o que parece indicar que os adolescentes do sexo masculino não beneficiários de SASE têm um locus de controlo interno mais favorável do que as adolescentes do sexo feminino apoiadas pela medida de apoio social (Tabela 63).

Tabela 63

Resultados dos testes Mann-Whitney das subescalas do LCS por SASE e por sexo

Subescalas da LC	Possui SASE	Sexo	<i>n</i>	Média postos	<i>Me</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
Locus controlo	Sim	Masculino	50	40.44	23.0	747.0	-.940	.347
		Feminino	34	45.53	24.0			
	Não	Masculino	99	76.19	20.0	2592.5	-2.246	
		Feminino	66	93.22	23.0			
Outros poderosos	Sim	Masculino	49	45.30	29.5	818.5	-.769	.442
		Feminino	37	41.12	30.0			
	Não	Masculino	100	86.34	28.0	2916.0	-1.116	
		Feminino	65	77.86	28.0			

Locus de controlo de saúde de adolescentes que vivem em contextos de pobreza em função da escolaridade da mãe e da escolaridade do pai

A configuração das correlações de Spearman entre as subescalas da LCS, mostra-se estatisticamente significativa.

A configuração das correlações de Spearman entre as subescalas da LCS, pela escolaridade e por SASE, revela-se sem associações significativas.

Locus de controlo de saúde de adolescentes que vivem em contextos de pobreza em função da segurança no bairro onde vivem

O locus de controlo de saúde em função da segurança no bairro onde vivem mostra diferenças estatisticamente significativas na dimensão locus de controlo interno ($U=3150.0; n1=37; n2=225; p=.018$) evidenciando uma associação entre a segurança no bairro onde vivem e a dimensão em análise, sendo que adolescentes que algumas vezes /nunca se sentem seguros no bairro onde vivem evidenciam um Locus de Controlo Interno mais favorável (Tabela 64).

Tabela 64

Resultados dos testes Mann-Whitney das subescalas do LCS em relação à segurança no bairro onde vivem

Subescalas da LC	Bairro	<i>n</i>	Média postos	<i>Me</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
Locus controlo	Algumas vezes/Nunca	37	158.86	26.0	3150.0	-2.373	.018
	Sempre/Frequentemente	225	127.0	22.0			
Outros poderosos	Algumas vezes/Nunca	38	144.67	29.0	3831.5	-1.063	.288
	Sempre/Frequentemente	226	130.45	28.0			

Locus de controlo de saúde de adolescentes que vivem em contextos de pobreza em função do SASE e da segurança no bairro onde vivem

O locus de controlo em função da segurança no bairro onde vivem, por grupo, mostra relativamente aos adolescentes que não beneficiam de SASE, diferenças estatisticamente significativas na dimensão Locus de Controlo Interno ($U=1248.5; n1=26; n2=140; p=.011$). As diferenças observadas vão no sentido de relativamente à segurança no bairro onde vivem, os adolescentes não beneficiários de SASE que algumas vezes /nunca se sentem seguros no bairro onde vivem evidenciarem um locus de controlo interno mais favorável (Tabela 65).

Tabela 65
Resultados dos testes Mann-Whitney das subescalas do LCS por SASE e em relação à segurança no bairro onde vivem

Subescalas da LC	Possui SASE	Bairro	<i>n</i>	Média postos	<i>Me</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>	
Locus controlo	Sim	Algumas vezes/Nunca	10	47.1	30.5	324.0	-.636	.525	
		Sempre/Frequentemente	74	41.88	23.0				
	Não	Algumas vezes/Nunca	26	105.48	23.5	1248.5	-	2.542	.011
		Sempre/Frequentemente	140	79.42	20.0				
Outros poderosos	Sim	Algumas vezes/Nunca	11	53.41	31.5	303.5	-	1.412	.158
		Sempre/Frequentemente	75	42.05	30.0				
	Não	Algumas vezes/Nunca	26	90.27	29.0	1644.0	-.783	.434	
		Sempre/Frequentemente	140	82.24	27.0				

Locus de controlo de saúde de adolescentes que vivem em contextos de pobreza em função da participação em atividades que promovem a saúde e o bem-estar

Não se observaram diferenças significativas no Locus de Controlo de Saúde em função da participação em atividades promotoras da saúde e bem-estar.

Locus de controlo de saúde de adolescentes que vivem em contextos de pobreza em função do SASE e da participação em atividades que promovem a saúde e o bem-estar

Não se observaram diferenças significativas ($p > .05$) no Locus de Controlo de Saúde, por SASE, e em função da participação em atividades promotoras da saúde e bem-estar.

Locus de controlo de saúde de adolescentes que vivem em contextos de pobreza em função do sentimento de pertença à escola

Não se observaram diferenças significativas no Locus de Controlo de Saúde em função do sentimento de pertença à escola na dimensão Locus de controlo e na dimensão Outros Poderosos.

Locus de controlo de saúde de adolescentes que vivem em contextos de pobreza em função do SASE e do sentimento de pertença à escola

Os resultados dos testes Mann-Whitney relativos às dimensões da escala Locus de Controlo de Saúde (LCS), por grupo, em função do sentimento de pertença à escola, permitem verificar que no grupo de adolescentes que não beneficia de SASE e que algumas vezes ou nunca tem um sentimento de pertença à escola, existem diferenças estatisticamente significativas na dimensão Locus de Controlo ($U=1445.0; n1=28; n2=138; p=.035$). As diferenças observadas indiciam haver no grupo referido um locus de controlo interno mais forte relativamente ao sentimento de pertença à escola (Tabela 66).

Tabela 66

Resultados dos testes Mann-Whitney das subescalas do LCS por SASE e em relação ao sentimento de pertença à escola

Subescalas da LC	Possui SASE	Perceção de pertença à escola	<i>n</i>	Média postos	<i>Me</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
Locus controlo	Sim	Algumas vezes/Nunca	15	46.83	25.0	437.5	-.850	.390
		Sempre/Frequentemente	68	40.93	23.0			
	Não	Algumas vezes/Nunca	28	100.89	24.0	1445.0	2.103	.035
		Sempre/Frequentemente	138	79.97	21.0			
Outros poderosos	Sim	Algumas vezes/Nunca	16	47.94	30.0	473.0	-.890	.374
		Sempre/Frequentemente	69	41.86	30.0			
	Não	Algumas vezes/Nunca	28	68.82	26.0	1521.0	1.775	.076
		Sempre/Frequentemente	138	86.48	28.0			

Resiliência

A resiliência é avaliada pela escala de Resiliência (RS) e é composta por 25 itens. A variável (RS) comporta 5 dimensões: Perseverança, Autoconfiança, Serenidade, Sentido da Vida e Autossuficiência.

O valor médio de cada uma das dimensões da escala de Resiliência (RS), foram os seguintes:

- *Perseverança*: 32,39 (variação: 11 a 42)
- *Autoconfiança*: 37,37 (variação: 19 a 49)
- *Serenidade*: 22,68 (variação: 7 a 28)
- *Sentido da Vida*: 27,13 (variação: 10 a 35)
- *Autossuficiência*: 10,64 (variação: 3 a 14)

Em média, o score total da escala RS foi 135,50 (variação: 63 a 175).

Tabela 67

Estatísticas descritivas das sub-escalas da RS

	RS Dimensão (Perseverança)	RS Dimensão (Auto-Confiança)	RS Dimensão (Serenidade)	RS Dimensão (Sentido da Vida)	RS Dimensão (Autossuficiência)	Score Total RS
N	268	266	268	267	268	263
Média	32,39	37,37	22,68	27,13	10,64	135,50
Mediana	33,00	38,00	23,01	28,00	11,00	138,00
Desvio Padrão	5,86	5,75	3,82	4,76	2,34	18,84
Mínimo	11,00	19,00	7,00	10,00	3,00	63,00
Máximo	42,00	49,00	28,00	35,00	14,00	175,00
Ns/Nr	2	4	2	3	2	7

Subescalas Perseverança e Autoconfiança

Atendendo aos valores de consistência interna de alfa-Cronbach nalgumas subescalas <0,50, decidimos utilizar apenas as subescalas Perseverança e Autoconfiança (Tabela 68).

Tabela 68

Análise de consistência interna de alfa-Cronbach

RS	
Score Total RS	0,873
Dimensão Perseverança	0,788
Dimensão Auto-Confiança	0,609
Dimensão Sentido da Vida	0,506
Dimensão Serenidade	0,450
Dimensão Autossuficiência	0,408

Resiliência de adolescentes que vivem em contextos de pobreza em função do SASE

Nos resultados de Mann-Whitney às subescalas da Resiliência em função do SASE não se observam diferenças estatisticamente significativas.

A associação entre as dimensões da escala de Resiliência (RS)

No global da amostra, a correlação de Spearman entre as duas dimensões mostra uma associação positiva e moderada : ($r_s(266) = .55; p = .000$).

Em função do SASE observa-se igualmente uma associação direta e moderada entre as duas dimensões em análise: sem SASE ($r_s(166)=.53;p=.000$) e com SASE ($r_s(88)=.60;p=.000$).

Resiliência de adolescentes que vivem em contextos de pobreza em função do sexo

Nos resultados do teste Mann-Whitney relativos às dimensões da escala de resiliência em função do sexo, observa-se que existem diferenças estatisticamente significativas na dimensão Perseverança ($U=7085.5;n1=108;n2=159;p=.015$) apresentando os indivíduos do sexo masculino valores de mediana mais altos o que parece indicar serem estes os mais perseverantes (Tabela 69).

Tabela 69
Resultados dos testes Mann-Whitney das subescalas da RS por sexo

Subescalas da RS	Sexo	<i>n</i>	Média postos	<i>Me</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
Perseverança	Masculino	108	147.89	34.0	7085.5	-2.427	.015
	Feminino	159	124.56	32.0			
Autoconfiança	Masculino	107	138.16	38.0	7901.0	-.903	.366
	Feminino	158	129.51	37.5			

Resiliência de adolescentes que vivem em contextos de pobreza em função do SASE e do sexo

Nos resultados do teste Mann-Whitney relativos às dimensões da escala de resiliência, por grupo, em função do sexo, observa-se que nos adolescentes que beneficiam de SASE existem diferenças estatisticamente significativas na dimensão Perseverança ($U=629.5;n1=38;n2=52;p=.003$). As diferenças observadas apontam os indivíduos do sexo masculino e beneficiários do SASE com valores de mediana mais altos o que globalmente indicia nestes uma maior perseverança (Tabela 70).

Tabela 70

Resultados dos testes Mann-Whitney das subescalas da RS por SASE e por sexo

Subescalas da RS	Possui SASE	Sexo	<i>n</i>	Média postos	<i>Me</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
Perseverança	Sim	Masculino	38	54.93	35.0	629.5	-2.935	.003
		Feminino	52	38.61	31.0			
	Não	Masculino	66	81,51	33.5			
		Feminino	99	85,24	33.0			
Autoconfiança	Sim	Masculino	37	49.65	40.0	753.0	-1.613	.107
		Feminino	51	40.76	37.0			
	Não	Masculino	66	81,46	37.5			
		Feminino	99	84,03	38.0			

A associação entre as dimensões da escala Resiliência de adolescentes que vivem em contextos de pobreza em função da escolaridade da mãe e da escolaridade do pai.

A configuração das correlações de Spearman entre as subescalas da Resiliência revelou-se sem diferenças significativas: as dimensões da resiliência são independentes da escolaridade da mãe e do pai.

A associação entre as dimensões da escala Resiliência de adolescentes que vivem em contextos de pobreza em função da escolaridade da mãe e da escolaridade do pai, por SASE

A configuração das correlações de Spearman entre as subescalas da Resiliência, por SASE, revelou-se sem diferenças significativas: as dimensões da resiliência são independentes da escolaridade da mãe e do pai.

Resiliência de adolescentes que vivem em contextos de pobreza em função da segurança no bairro onde vivem

Os resultados dos testes Mann-Whitney relativos às dimensões da escala de Resiliência em função da segurança no bairro onde vivem permitem verificar que existem diferenças

estatisticamente significativas na dimensão Perseverança ($U=2851.5;n1=38;n2=230;p=.001$) e Autoconfiança ($U=2743.0;n1=38;n2=228;p=.000$). As diferenças observadas, vão no sentido de podermos inferir que os adolescentes que sempre/frequentemente se sentem seguros no bairro onde vivem, revelando-se mais perseverantes e autoconfiantes, têm maior potencial para ultrapassar circunstâncias adversas e alcançar o bem-estar, características que podemos observar em adolescentes resilientes (Tabela 71).

Tabela 71

Resultados dos testes Mann-Whitney das subescalas da RS em relação à segurança no bairro onde vivem

Subescalas da RS	Bairro	<i>n</i>	Média postos	<i>Me</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
Perseverança	Algumas vezes/Nunca	38	94.54	30.5	2851.5	-3.437	.001
	Sempre/Frequentemente	230	141.10	34.0			
Autoconfiança	Algumas vezes/Nunca	38	91.68	34.5	2743.0	-3.625	.000
	Sempre/Frequentemente	228	140.47	38.0			

Resiliência de adolescentes que vivem em contextos de pobreza em função do SASE e da segurança no bairro onde vivem

Os resultados dos testes Mann-Whitney relativos às dimensões da escala de Resiliência, por grupo, em função da segurança no bairro onde vivem, permitem verificar que no grupo de adolescentes beneficiários de SASE existem diferenças estatisticamente significativas na dimensão Perseverança ($U=232.5;n1=11;n2=79;p=.013$) e Autoconfiança ($U=218.5;n1=11;n2=77;p=.010$). Também no grupo dos adolescentes que não são beneficiários do SASE observamos diferenças estatisticamente significativas na dimensão Perseverança ($U=1292.0;n1=26;n2=140;p=.019$) e na dimensão Autoconfiança ($U=1319.5;n1=26;n2=140;p=.026$). As diferenças observadas vão no sentido de podermos inferir que, tanto nos adolescentes com SASE como nos adolescentes sem SASE, que sempre/frequentemente se sentem seguros no bairro onde vivem, têm uma resiliência favorável associada às dimensões perseverança e autoconfiança, atributos que configuram maior probabilidade de terem um estilo de vida positivo (Tabela 72).

Tabela 72

Resultados dos testes Mann-Whitney das subescalas da RS por SASE em relação à segurança no bairro onde vivem

Subescalas da RS	Possui SASE	Bairro	<i>n</i>	Média postos	<i>Me</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
Perseverança	Sim	Algumas vezes/Nunca	11	27.14	29.0	232.5	-	2.494
		Sempre/Frequentemente	79	48.06	34.0			
	Não	Algumas vezes/Nunca	26	63.19	31.5	1292.0	-	2.350
		Sempre/Frequentemente	140	87.27	34.0			
Autoconfiança	Sim	Algumas vezes/Nunca	11	25.86	33.0	218.5	-	2.591
		Sempre/Frequentemente	77	47.16	39.0			
	Não	Algumas vezes/Nunca	26	64.25	36.0	1319.5	-	2.229
		Sempre/Frequentemente	140	87.08	38.0			

Resiliência de adolescentes que vivem em contextos de pobreza em função da participação em atividades que promovem a saúde e o bem-estar

Os resultados dos testes Mann-Whitney relativos às dimensões da escala de Resiliência em função da participação em atividades promotoras da saúde e do bem-estar permitem verificar que existem diferenças estatisticamente significativas na dimensão Perseverança ($U=6662.0; n1=155; n2=113; p=.001$). As diferenças observadas vão no sentido de quem participou sempre/frequentemente em atividades de saúde e bem-estar revelar mais perseverança enquanto atributo da resiliência (Tabela 73).

Tabela 73

Resultados dos testes Mann-Whitney das subescalas da RS em relação à participação em atividades que promovem a saúde e o bem-estar

Subescalas da RS	Atividades	<i>n</i>	Média postos	<i>Me</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
Perseverança	Algumas vezes/Nunca	155	120.98	32.0	6662.0	-3.350	.001
	Sempre/Frequentemente	113	153.05	34.5			
Autoconfiança	Algumas vezes/Nunca	154	126.80	37.5	7592.5	-1.668	.095
	Sempre/Frequentemente	112	142.71	39.0			

Resiliência de adolescentes que vivem em contextos de pobreza em função do SASE e da participação em atividades que promovem a saúde e o bem-estar

Os resultados dos testes Mann-Whitney relativos às dimensões da escala de Resiliência, nos dois grupos, em função da participação em atividades promotoras da saúde e do bem-estar, permitem verificar que, no grupo de adolescentes beneficiários do SASE, existem diferenças estatisticamente significativas na dimensão Perseverança ($U=690.0;n1=52;n2=38;p=.015$) e na dimensão Autoconfiança ($U=702.5;n1=51;n2=37;p=.041$). Também no grupo dos que não são beneficiários do SASE observaram-se diferenças significativas, na dimensão Perseverança ($U=2615.5;n1=98;n2=68;p=.018$). As diferenças observadas vão no sentido de quem participou sempre/frequentemente em atividades promotoras da saúde e do bem-estar evidenciar ter uma resiliência mais favorável nas dimensões em análise. O grupo de adolescentes que beneficiam do SASE evidenciam atributos mais favoráveis de resiliência, como a perseverança e autoconfiança, e o grupo dos que não beneficiam de SASE apenas no que se refere à perseverança (Tabela 74).

Tabela 74

Resultados dos testes Mann-Whitney das subescalas da RS por SASE em relação à participação em atividades que promovem a saúde e o bem-estar

Subescalas da RS	Possui SASE	Atividades	<i>n</i>	Média postos	<i>Me</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
Perseverança	Sim	Algumas vezes/Nunca	52	39.77	31.0	690.0	-	.015
		Sempre/Frequentemente	38	53.34	35.0			
	Não	Algumas vezes/Nunca	98	76.19	32.5	2615.5	-	.018
		Sempre/Frequentemente	68	94.04	34.5			
Autoconfiança	Sim	Algumas vezes/Nunca	51	39.77	38.0	702.5	-	.041
		Sempre/Frequentemente	37	51.01	40.0			
	Não	Algumas vezes/Nunca	98	82.01	37.0	3185.5	-	.630
		Sempre/Frequentemente	68	85.65	38.0			

Resiliência de adolescentes que vivem em contextos de pobreza em função do sentimento de pertença à escola

Os resultados dos testes Mann-Whitney relativos às dimensões da escala de Resiliência em função do sentimento de pertença à escola, permitem verificar que existem diferenças estatisticamente significativas na dimensão Perseverança ($U=3767.0;n1=49;n2=218;p=.001$) e na dimensão Autoconfiança ($U=4101.5;n1=49;n2=217;p=.012$). As diferenças observadas vão no sentido de que os adolescentes que, sempre/frequentemente, têm um sentimento de pertença à escola evidenciam valores mais favoráveis de resiliência associados às dimensões perseverança e autoconfiança, enquanto atributos de resiliência e, portanto, mais em linha com um perfil de estilo de vida resiliente e positivo (Tabela 75).

Tabela 75

Resultados dos testes Mann-Whitney das subescalas da RS em relação ao sentimento de pertença à escola

Subescalas da RS	Perceção de pertença à escola	<i>n</i>	Média postos	<i>Me</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
Perseverança	Algumas vezes/Nunca	49	101.88	31.0	3767.0	-3.228	.001
	Sempre/Frequentemente	218	141.22	34.0			
Autoconfiança	Algumas vezes/Nunca	49	108.7	36.0	4101.5	-2.502	.012
	Sempre/Frequentemente	217	139.1	38.0			

Resiliência de adolescentes que vivem em contextos de pobreza em função do SASE e do sentimento de pertença à escola

Os resultados dos testes Mann-Whitney relativos às dimensões da escala de Resiliência, por grupos, em função do sentimento de pertença à escola, permitem verificar que, no grupo de adolescentes que não beneficia de SASE existem diferenças estatisticamente significativas na dimensão Perseverança ($U=1344.5;n1=28;n2=138;p=.011$) e na dimensão Autoconfiança ($U=1477.0;n1=28;n2=138;p=.049$). As diferenças observadas vão no sentido de que o grupo de adolescentes não beneficiários de SASE que têm sempre/frequentemente um sentimento de pertença à escola, evidenciam um perfil de estilo de vida mais positivo e resiliente associado às dimensões em análise (Tabela 76).

Tabela 76

Resultados dos testes Mann-Whitney das subescalas da RS por SASE em relação ao sentimento de pertença à escola

Subescalas da RS	Possui SASE	Perceção de pertença à escola	<i>n</i>	Média postos	<i>Me</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>	
Perseverança	Sim	Algumas vezes/Nunca	17	36.15	30.0	461.5	-	1.574	.115
		Sempre/Frequentemente	72	47.09	33.0				
	Não	Algumas vezes/Nunca	28	62.52	31.0	1344.5	-	2.538	.011
		Sempre/Frequentemente	138	87.76	34.0				
Autoconfiança	Sim	Algumas vezes/Nunca	17	34.06	37.0	426.0	-	1.879	.060
		Sempre/Frequentemente	71	47.0	39.0				
	Não	Algumas vezes/Nunca	28	67.25	35.5	1477.0	-	1.966	.049
		Sempre/Frequentemente	138	86.80	38.0				

2.3 – AS ASSOCIAÇÕES ENTRE ATRIBUTOS DE ORDEM INDIVIDUAL E COMPORTAMENTOS DE SAÚDE

Neste capítulo exploram-se as associações entre os comportamentos de saúde de adolescentes que vivem em contextos de pobreza e os atributos de ordem individual, considerando as cinco escalas utilizadas pelo conjunto dos adolescentes (Tabela 77) e as associações entre os comportamentos de saúde de adolescentes que vivem em contextos de pobreza e os atributos de ordem individual por SASE (Tabela 78).

Associação entre atributos de ordem individual e comportamentos de saúde de adolescentes que vivem em contextos de pobreza

Nas correlações efetuadas no conjunto dos adolescentes verificou-se que as subescalas da *HPLP II* se correlacionam significativamente com as subescalas da *Auto-Eficácia Geral* (CES), à exceção da subescala Responsabilidade com a Eficácia Social.

De realçar que o Crescimento Espiritual correlaciona-se diretamente com a subescala Iniciação e Persistência, a um nível moderado ($r_s(254)=.54; p<.01$), com a subescala Eficácia perante a Adversidade, a um nível também moderado ($r_s(249)=.43; p<.01$) e com a subescala Eficácia Social a um nível fraco ($r_s(253)=.34; p<.01$).

De realçar ainda que as Relações Interpessoais se correlacionam diretamente e a um nível fraco com as subescalas, Iniciação e Persistência ($r_s(253)=.29; p<.01$); Eficácia perante a Adversidade ($r_s(246)=.34; p<.01$) e Eficácia Social ($r_s(252)=.35; p<.01$). O crescimento espiritual e, em certa medida as relações interpessoais, estão associados à *perceção de eficácia* que por sua vez determinará, quanto esforço o indivíduo vai despende, e durante quanto tempo persistirá perante obstáculos e adversidades. As duas dimensões estão também ligadas à *expectativa de eficácia* fundada na convicção de que o indivíduo, ele próprio, consegue realizar, com sucesso, o comportamento necessário para produzir resultados" (Bandura, 1977:193).

Verificou-se ainda que, as subescalas da *HPLP II*, se correlacionam significativamente com as subescalas do *Locus de Controlo de Saúde* à exceção das subescalas Responsabilidade, Crescimento Espiritual e Gestão do Stress, com a subescala Locus de Controlo Interno e, a Atividade Física, com Outros Poderosos. De realçar que a Atividade Física, a Nutrição e as Relações Interpessoais se correlacionam negativamente com a subescala Locus de Controlo Interno: a Atividade Física associa-se inversa e significativamente, num nível muito fraco, com o Locus de Controlo Interno ($r_s(247) = -.15; p<.05$), tal como as Relações interpessoais ($r_s(248)=-.15; p<.05$); a Nutrição associa-se, inversa e significativamente, num nível fraco, com o Locus de Controlo Interno ($r_s(256)=-.20; p<.01$). Dizer a este propósito que o valor preditivo do locus de controlo, para a saúde, tem sido alvo de alguma controvérsia e discussão apresentada por diversos autores (Dielman, et al., 1990; Wallston, 1992, in Ribeiro, 1994). Apesar de muitos estudos sugerirem vantagens da internalidade sobre a externalidade, promover a primeira em detrimento da segunda, é partir da hipótese que é melhor ser-se interno, o que nem sempre se verifica. Conforme sugere Phares (1978, in Pais Ribeiro, 2000), uma forte internalidade pode, por exemplo, levar a fortes sentimentos de culpa, se o resultado não for o desejado. Também Strickland (1978, in Ribeiro, 1994) considera que em determinadas circunstâncias é mesmo mais adequado ser externo do que interno.

De registar ainda que a Nutrição se correlaciona diretamente e a um nível fraco com a subescala Outros Poderosos ($r_s(258)=.20; p<.01$) o mesmo acontecendo com a Gestão do Stress ($r_s(258)=.21; p<.01$). Esta correlação a um nível fraco evidencia que a nutrição e a gestão do *stress* acontecem mais por consequência das ações do próprio, podendo ser controlado por si (controlo interno), ao invés de ser controlado por outros (controlo externo).

Verificou-se que as subescalas da *HPLP II* se correlacionam significativamente com as subescalas do *Sentido de Coerência* à exceção da Responsabilidade com a Capacidade de Investimento e com a Capacidade de Compreensão; a Nutrição e as Relações Interpessoais com a Capacidade de Compreensão. De realçar que o Crescimento Espiritual se correlaciona diretamente e com intensidade moderada com a Capacidade de Investimento ($r(253)=.61$; $p<.01$) e a um nível também moderado com a Capacidade de Gestão ($r(254)=.50$; $p<.01$). De registar ainda que a Gestão do Stress se correlaciona diretamente e com intensidade moderada com a Capacidade de Gestão ($r(262)=.40$; $p<.01$).

Estas correlações sugerem que o crescimento espiritual e a gestão do *stress* são duas dimensões de um estilo de vida promotor de saúde associadas ao sentido de coerência e, por isso, podemos inferir que existe nos adolescentes um sentimento de confiança de que os recursos que tem ao seu dispor são adequados para responder às exigências e desafios, ao mesmo tempo que sentem que a vida tem sentido e que, pelo menos, alguns dos problemas e exigências colocadas pela vida merecem o investimento de energia e são desafios bem-vindos. Esta componente motivacional é considerada na teoria salutogénica de Aaron Antonovsky, como a mais importante. A Responsabilidade correlaciona-se diretamente e, com intensidade muito fraca, à Capacidade de Gestão ($r(261)=.19$; $p<.01$), evidenciando um uso muito fraco dos recursos que os adolescentes têm ao seu dispor para responder a exigências provocadas por estímulos que envolvam responsabilidade.

Verificou-se que as subescalas da *HPLP II* se correlacionam significativamente com as subescalas da *Resiliência* à exceção da Responsabilidade com a Perseverança. De realçar que o Crescimento Espiritual se correlaciona diretamente e com intensidade moderada com a Perseverança ($r(256)=.50$; $p<.01$), e com a Autoconfiança ($r(254)=.48$; $p<.01$). Numa perspetiva salutogénica o modo como estes adolescentes significam a resiliência, ou seja, como ultrapassam circunstâncias adversas e alcançam um estado de bem-estar, pode estar em parte explicado nesta associação entre crescimento espiritual, autoconfiança e perseverança. Para nós esta correlação é plena de sentido e está de acordo com aquilo que é advogado por alguns autores, já que, Independentemente da adversidade estar presente em algumas situações, existem mecanismos que protegem os indivíduos, criando-lhes a possibilidade quer de ser vulneráveis aos efeitos da adversidade, quer de restringi-los e construir-se positivamente, revertendo assim o seu carácter negativo (Munist, Santos, Kotliarenco, Ojeda, Infante e Grotberg, 1998). Na nossa perspetiva o Crescimento Espiritual pode funcionar como

fator protetor já que através dele o indivíduo adota uma abordagem positiva que leva à sua realização pessoal e à realização do seu potencial máximo de bem-estar. No que se refere à Responsabilidade verificamos que se correlaciona a um nível muito fraco à Autoconfiança ($r_s(259) = .18; p < .01$).

Tabela 77

Matriz de correlações de Spearman entre as subescalas da HPLP e as subescalas

	Responsabilidade	Atividade Física	Nutrição	Crescimento Espiritual	Relações Interpessoais	Gestão do Stress
Iniciação e Persistência	.13*	.15*	.18**	.54**	.29**	.24**
Eficácia perante a Adversidade	.17**	.22**	.27**	.43**	.34**	.20**
Eficácia Social	.07	.21**	.16**	.34**	.35**	.16*
Locus controlo	-.07	-.15*	-.20**	-.07	-.15*	-.20
Outros poderosos	.17*	.08	.20**	.19**	.14*	.21**
Capacidade de investimento	.11	.24**	.26**	.61**	.32**	.32**
Capacidade de gestão	.19**	.25**	.24**	.50**	.36**	.40**
Capacidade de compreensão	.11	.21**	-.11	.23**	.10	.22**
Perseverança	.01	.25**	.22**	.50**	.29**	.22**
Autoconfiança	.18**	.14*	.27**	.48**	.39**	.28**

Nota. * $p < .05$ ** $p < .01$

Associação entre atributos de ordem individual e comportamentos de saúde de adolescentes que vivem em contextos de pobreza por SASE

O perfil de correlação entre as escalas de atributos de ordem individual por grupo de adolescentes (com SASE e sem SASE), revelou algumas diferenças face ao conjunto dos grupos (Tabela 77).

A associação entre as subescalas da *Auto-Eficácia* (CES) e a *Responsabilidade*, permite-nos verificar que existe apenas nos adolescentes sem subsídio de ação social escolar (SASE) uma correlação significativa, a um nível fraco, ($p < .01$) com a Eficácia perante a Adversidade.

A associação entre as subescalas do *Locus de Controlo de Saúde* (LCS) e a *Responsabilidade* permite-nos verificar que existe apenas nos adolescentes sem SASE uma associação inversa e significativa, a um nível fraco, ($p < .05$) com o Locus de Controlo Interno e uma correlação significativa, a um nível muito fraco, ($p < .05$) com Outros Poderosos. No grupo dos adolescentes com SASE, contrariamente ao conjunto dos grupos, não se regista associação entre Outros Poderosos e a Responsabilidade, parecendo ser duas variáveis independentes.

Ao nível da associação entre as subescalas do *Sentido de Coerência* (SOC) e a *Responsabilidade* somente se verifica uma relação direta no grupo de adolescentes com SASE, a um nível fraco e significativo ($p < .05$) com a Capacidade de Compreensão. Para os adolescentes com SASE, não se verificaram outras correlações significativas. Também no grupo de adolescentes sem SASE, se verifica uma relação direta, a um nível fraco e significativo ($p < .01$) da Capacidade de Gestão com a Responsabilidade. Para os adolescentes sem SASE não se verificaram outras correlações significativas.

A associação entre as subescalas da *Resiliência* (RS) e a *Responsabilidade* permite-nos verificar que existe apenas para os adolescentes sem SASE uma associação direta, a um nível fraco e significativo ($p < .01$) com a Autoconfiança. Em qualquer dos grupos não se verificaram outras correlações significativas.

Ao nível da associação entre as subescalas da *Auto-Eficácia* e a *Atividade Física* verifica-se uma relação direta, no grupo de adolescentes com SASE, a um nível fraco e significativo ($p < .01$) com a Eficácia Social. Para os adolescentes com SASE não se verificaram outras correlações significativas. No grupo de adolescentes sem SASE verificou-se, uma relação direta a um nível muito fraco e significativo ($p < .05$) da Eficácia Social com a Atividade Física. Observámos ainda neste grupo sem SASE que existe uma correlação a um nível fraco e significativo ($p < .01$) com a Eficácia perante a Adversidade e também uma relação direta a um nível muito fraco ($p < .05$) com a Iniciação e Persistência ($p < .05$). A associação significativa em todas as dimensões sugere haver face à atividade física valores de auto-eficácia geral mais positivos no grupo dos adolescentes sem SASE vs os adolescentes com SASE.

A associação entre as subescalas do *Locus de Controlo de Saúde* e a *Atividade Física* permite verificar que existe apenas no grupo de adolescentes sem SASE uma associação inversa, a um nível fraco e significativo ($p < .01$) com o Locus de Controlo Interno. Não se verificam quaisquer outras correlações significativas em qualquer dos grupos.

Ao nível da associação das subescalas do *Sentido de Coerência* (SOC) com a *Atividade Física*, somente se verifica uma relação direta para os adolescentes com SASE, a um nível fraco e significativo ($p < .01$) com a Capacidade de Gestão. No que se refere às outras subescalas do sentido de coerência não se verificam quaisquer outras correlações significativas neste grupo. Para os adolescentes que não recebem SASE verificam-se correlações a um nível fraco e significativo ($p < .01$) com a Capacidade de Investimento e a Capacidade de Compreensão e ainda uma correlação a um nível fraco e significativo ($p < .05$) com a Capacidade de Gestão. A associação significativa em todas as dimensões, neste grupo, sugere haver face à atividade física valores de sentido de coerência mais favoráveis no grupo dos adolescentes sem SASE vs os adolescentes com SASE.

Ao nível da associação das subescalas da *Resiliência* com a *Atividade Física*, somente se verifica uma relação direta para os adolescentes com SASE, a um nível fraco e significativo ($p < .05$) com a Perseverança. Também para os adolescentes sem SASE se verifica uma relação direta a um nível fraco e significativo ($p < .01$) com a Perseverança. No que se refere à subescala Autoconfiança não se verificam quaisquer outras correlações significativas em qualquer dos grupos. As associações observadas sugerem que no que se refere à atividade física a resiliência nos dois grupos está focada na perseverança.

Ao nível da associação entre as subescalas da *Auto-Eficácia*, *Locus de Controlo de Saúde*, *Sentido de Coerência*, *Resiliência* e a *Nutrição*, verifica-se apenas uma associação inversa para os adolescentes com SASE, a um nível fraco e significativo ($p < .05$) com o *Locus de Controlo Interno*, não se verificando para este grupo, outras correlações significativas. Para os adolescentes sem SASE verifica-se ao nível da associação entre o *Locus de Controlo Interno* e a *Nutrição* uma correlação inversa, a um nível fraco e significativo ($p < .01$) e uma relação direta a um nível fraco e significativo ($p < .01$) com Outros Poderosos.

Há ainda uma associação fraca entre duas das dimensões do *Sentido de Coerência* e a *Nutrição* para os adolescentes sem SASE, caracterizando-se como direta e significativa ao nível de ($p < .01$). No que se refere ainda aos adolescentes sem SASE observamos que existe uma relação direta a um nível fraco e significativo ($p < .05$) entre *Iniciação e Persistência* e a *Nutrição*, e a *Eficácia perante a Adversidade* e *Nutrição* também a um nível fraco e significativo ($p < .01$). Ainda no mesmo grupo, sem SASE, a *Nutrição* correlaciona-se ainda

com a *Perseverança* e com a *Autoconfiança* numa relação direta e a um nível fraco e significativo ($p < .01$).

Ao nível da associação entre as subescalas de *Auto-Eficácia* e *Crescimento Espiritual* verifica-se uma relação direta para os adolescentes com SASE, a um nível fraco e significativo ($p < .01$) com as dimensões Eficácia perante a Adversidade e Eficácia Social e a um nível moderado e significativo ($p < .01$) com a dimensão Iniciação e Persistência. Para o grupo sem SASE observamos uma relação direta a um nível fraco e significativo ($p < .01$) da Eficácia Social com o Crescimento Espiritual e uma relação direta a um nível moderado e significativo ($p < .01$) com a Iniciação e Persistência e com a Eficácia perante a Adversidade.

Não se verificam correlações significativas nos adolescentes com SASE e sem SASE entre *Outros Poderosos* e *Crescimento Espiritual*. Existe no entanto, para os adolescentes sem SASE, uma relação inversa, de nível muito fraco e significativo ($p < .05$) entre o *Locus de Controlo Interno* e *Crescimento Espiritual*.

Tanto nos adolescentes com SASE quanto nos adolescentes sem SASE verificámos existir uma relação direta, a um nível moderado e significativa ($p < .01$) de duas das dimensões do *Sentido de Coerência* com o *Crescimento Espiritual* havendo ainda, nos dois grupos, uma relação direta a um nível fraco e significativa ($p < .01$) da Capacidade de Compreensão com o Crescimento Espiritual. Há ainda nos dois grupos uma associação moderada e significativa ($p < .01$) da *Perseverança* e a *Autoconfiança* com o *Crescimento Espiritual*.

Nos dois grupos existe uma relação direta, a um nível fraco, e significativa ($p < .01$) das três dimensões da *Auto-Eficácia* com as *Relações interpessoais*.

Apenas no grupo dos adolescentes que não recebem SASE existe uma associação inversa, a um nível fraco e significativa ($p < .01$) do *Locus de Controlo Interno* com as *Relações Interpessoais*. Também apenas neste grupo observámos uma relação direta, muito fraca e significativa ($p < .05$) dos *Outros Poderosos* com as *Relações Interpessoais*.

No que se refere à associação entre *Sentido de Coerência* e *Relações Interpessoais* observa-se para os adolescentes com SASE uma correlação direta, de nível fraco e significativa ($p < .01$) dá-entre as *Relações interpessoais* com a Capacidade de Gestão ($p < .01$) e com a Capacidade de Investimento ($p < .05$). Para os adolescentes sem SASE esta correlação dá-se numa relação direta, de nível fraco, e significativa ($p < .01$) entre a Capacidade de Investimento e as

Relações interpessoais e também numa associação direta, de nível moderado, e significativa ($p < .01$) entre a Capacidade de Gestão e as Relações Interpessoais. Em qualquer dos grupos não se observam outras correlações significativas.

No que se refere à associação entre *Resiliência e Relações Interpessoais*, para os adolescentes com SASE, verificamos uma relação direta, de nível fraco, e significativa ($p < .05$) da Perseverança com as Relações Interpessoais. O mesmo observamos para o grupo sem SASE ($p < .01$). Registamos ainda uma associação no grupo com SASE direta de nível fraco e significativa ($p < .01$) da Autoconfiança com as Relações Interpessoais o mesmo acontecendo para o grupo sem SASE, mas num nível moderado e significativo ($p < .01$).

Ao nível da associação entre e as subescalas do *Locus de Controlo de Saúde, Sentido de Coerência e Resiliência e Gestão do Stress*, verifica-se uma relação direta para os adolescentes com SASE a um nível fraco e significativo ($p < .05$) com a Gestão do Stress e Outros Poderosos, e com a Gestão do Stress e a Autoconfiança.

Ainda observámos para estes adolescentes uma relação direta, a um nível fraco e significativo entre a Gestão do Stress e Capacidade de Gestão ($p < .01$). Para os adolescentes sem SASE verifica-se uma relação direta, a um nível fraco e significativo ($p < .01$) com todas as subescalas, à exceção: da Gestão do Stress com a Capacidade de Gestão, em que há uma relação direta, a um nível moderado e significativa ($p < .01$); da Gestão do Stress com o Locus de Controlo, em que há uma associação inversa a um nível muito fraco ($p < .05$), e da Gestão do Stress com a Eficácia Social onde se verifica não haver qualquer relação por, supostamente, serem variáveis independentes (Tabela 78).

Tabela 78
Matriz de correlações de Spearman entre as subescalas da HPLP e as subescalas em função do SASE

	Responsabilidade		Atividade Física		Nutrição		Crescimento Espiritual		Relações Interpessoais		Gestão do Stress	
	C/ SASE	S/ SASE	C/ SASE	S/ SASE	C/ SASE	S/ SASE	C/ SASE	S/ SASE	C/ SASE	S/ SASE	C/ SASE	S/ SASE
Iniciação e Persistência	.10	.13	.12	.16*	.13	.20*	.43**	.61**	.33**	.26**	.07	.32**
Eficácia perante a Adversidade	-.00	.25**	.16	.24**	.20	.29**	.30**	.49**	.32**	.34**	.07	.26**
Eficácia Social	.09	.04	.29**	.17*	.19	.15	.29**	.36**	.30**	.39**	.16	.15
Locus controlo	-.02	-.20*	-.15	-.24**	-.23*	-.29**	-.05	-.18*	-.05	-.25**	.08	-.17*
Outros poderosos	.07	.19*	.10	.07	.18	.22**	.19	.15	-.02	.16*	.22*	.21**
Capacidade de investimento	-.02	.14	.19	.24**	.19	.28**	.48**	.68**	.27*	.36**	.20	.35**
Capacidade de gestão	.15	.21**	.34**	.20*	.20	.26**	.47**	.53**	.34**	.40**	.34**	.43**
Capacidade de compreensão	.23*	.05	.19	.24**	.14	.11	.23**	.25**	.19	.06	.08	.32**
Perseverança	-.03	.14	.27*	.22**	.14	.26**	.49**	.53**	.24*	.32**	.13	.24**
Autoconfiança	.01	.27**	.16	.12	.19	.34**	.48**	.45**	.33**	.40**	.22*	.32**

Nota. * $p < .05$ ** $p < .01$

RESULTADOS DA COMPONENTE SUPLEMENTAR - QUALITATIVO

3 - IDENTIFICAÇÃO DE CLUSTERS DE FATORES DE PROTEÇÃO E FATORES DE RISCO DOS ADOLESCENTES A PARTIR DO SI PRÓPRIO E DO CONTEXTO SÓCIO ECOLÓGICO QUE HABITAM

Iniciamos a apresentação dos resultados das entrevistas que realizámos a adolescentes da periferia urbana de Lisboa, nomeadamente, de Agrupamentos de Escolas dos concelhos de Sintra e da Amadora, com a identificação do estilo de vida, pela voz destes adolescentes. As questões que constam do guião de entrevista (Anexo 3) enquadram-se nos objetivos já atrás enunciados neste trabalho e que respeitam à componente suplementar deste estudo: 1) *Compreender o modo como se constrói o processo de resiliência de adolescentes oriundos de meios socioeconómicos desfavorecidos a partir das razões do Si próprio interconectadas com o contexto sócio ecológico onde vivem, estudam e praticam o seu lazer;* 2) *Conhecer de que modo os fatores protetores mitigaram o efeito potencial dos fatores de risco contribuindo assim para o processo de resiliência dos adolescentes.* A análise de conteúdo serviu-nos para identificar *clusters* de fatores de proteção e fatores de risco e explorar o seu impacto, sendo que cada cluster de fatores de proteção, se constitui como uma série de fatores de proteção interrelacionados, que se desenvolvem como qualidades ou atributos individuais, situacionais e/ou ambientais, procurando aumentar nos adolescentes, respostas adaptativas positivas.

O constructo de resiliência é considerado como o processo resultante de uma delicada equação entre *fatores de risco*, *fatores de proteção* e *indicadores de adaptação*. A pertença a um nível socioeconómico baixo e a vivência de episódios de adversidade associados a acontecimentos de vida negativos, constituem os fatores de risco evidenciados neste estudo. Em rigor, a pobreza é a operacionalização mais comumente utilizada na investigação em resiliência, sendo sublinhada a habitual associação ou efeito cumulativo entre a escassez de recursos económicos e acontecimentos de vida negativos (Garmezy, 1993; Masten et al., 1999; Werner & Smith, 1992). Este indicador parece particularmente pertinente numa sociedade como a portuguesa, onde se assistiu, de acordo com o Inquérito às Condições de Vida e de Rendimento das Famílias a uma evolução da incidência da pobreza, no grupo etário dos 0 aos 17 anos de 14,6% em 2012 para 18,3% em 2015 (INE, 2016).

A mera exposição ao risco não é suficiente para explicar os resultados em termos de adaptação, desempenhando um papel fundamental os fatores de proteção, responsáveis pela redução ou evitamento de resultados negativos ou mesmo pelo surgimento de resultados positivos no confronto com a adversidade. Os fatores de proteção podem assumir a forma de recursos externos ou recursos internos, consoante se tratem de trunfos exógenos ou de características do próprio indivíduo. A perceção de suporte social, familiar ou extrafamiliar, constitui a nossa operacionalização de recursos externos como é, aliás, também bastante frequente na literatura (Fergus & Zimmerman, 2005; Coimbra, 2008). Já no que concerne aos recursos internos, a competência académica é um dos fatores de proteção mais tradicionalmente utilizados, contemplado desde logo no nosso estudo, já que a amostra de adolescentes integra o quadro de bolsa de mérito das respetivas escolas. Há ainda autores que advogam a inclusão de outro tipo de características que facilitem a resolução de problemas quotidianos, dando sentido aos acontecimentos, mesmo os mais difíceis. A auto-eficácia é bastante citada na literatura (Fergus & Zimmerman, 2005; Rutter, 1990; Werner & Smith, 1992) embora pensemos que outras características pessoais, como a resiliência, o sentido de coerência e o locus de controlo de saúde, possam ser considerados importantes recursos internos na prossecução deste propósito. A uma breve explicação sobre a metodologia seguida, segue-se a apresentação dos dados relativos a cada categoria.

Relativamente à metodologia seguida para a análise de conteúdo das entrevistas, observamos que os dados emergiram das narrativas dos participantes, quando estes descrevem as situações relacionadas com o seu estilo de vida, que por sua vez se inscrevem em problemáticas diversas, nomeadamente, em fontes de adversidade associadas aos acontecimentos de vida. De cada narrativa retiraram-se as situações consideradas como sendo de proteção ou de risco enquadradas no facto do episódio descrito ser classificado, por exemplo, de bem-sucedido ou desafio. Os problemas que emergiram foram integrados em categorias e sub-categorias. As unidades de contexto seleccionadas correspondem a temáticas maiores onde, do nosso ponto de vista, se enxertam as problemáticas narradas pelos adolescentes, por isso, sobre cada unidade de contexto, faremos uma descrição enquadradora do que lhe seguirá.

Emergiram no nosso estudo 9 categorias a saber, *estilo de vida, família e ambiente familiar, escola e ambiente escolar, bairro, coisas más, pobreza, eu sou eu e a minha circunstância se não a salvo a ela não me salvo a mim, orientação para o futuro e buscar o sentido da vida*. Em cada uma destas categorias, foram encontrados problemas que integramos em sub-

categorias da mesma classificação. Assim, a categoria *estilo de vida* conta com sete sub-categorias: *hábitos alimentares higiene e sono, tempos livres e novas tecnologias, relações de amizade e grupo de pares, prática de atividade física, imagem do corpo, saúde e bem-estar, perspectiva dos adolescentes sobre o estilo de vida do grupo de pares*. A categoria *família e ambiente familiar* desdobrou-se em 6 sub-categorias: *família, mãe, pai, irmãos, pais e pessoa significativa*. A categoria *escola e ambiente escolar* integra 2 sub-categorias: *escola vista por dentro e abertura da escola à comunidade*. Do mesmo modo, a categoria *bairro* divide-se em três sub-categorias: *aspetos positivos do bairro, aspetos negativos do bairro e vizinhos*. A categoria *coisas más* integra 12 sub-categorias: *suicídio, desmoronar da família, divórcio, passar fome e não ter roupa, maus tratos, mãe sem reforma, não poder ter algo para viver, ter uma doença, não termos como nos sustentar, conflitos, morte e egoísmo*. A categoria *pobreza* desdobrou-se em 15 sub-categorias: *sim recebo SASE, não tenho muita roupa e sapatos, não durmo num quarto só para mim, na escola como bem e barato, a minha mãe faz todos os sacrifícios, apesar dos meus pais não terem dão-me a mim, não me considero infeliz, conformismo e vergonha, desemprego, dívidas, poupar, não há dinheiro para gastos, anemia, cuidados de saúde primários, e valores e crenças*. A categoria *eu sou eu e a minha circunstância se não a salvo a ela não me salvo a mim*, conta com 10 sub-categorias: *sobreviver, ser determinado e lutar, superar, enfrentar, perseverar, persistir, confiar em si, desafios, sentido de coerência, e autonomia e independência*. Por fim, as categorias *orientação para o futuro e buscar o sentido da vida* contam com 5 e 2 sub-categorias, respetivamente: *trabalho, estudos, constituir família, profissão e melhores condições e, finalmente, fé e religião*.

3.1 - SAÚDE E ESTILOS DE VIDA

3.1.1. - Comportamentos de saúde dos adolescentes e estilos de vida

As duas primeiras perguntas da entrevista reportam ao estilo de vida. “ *Que estilo de vida aspiras ter?* ” *Que estilo de vida os jovens da tua idade aspiram ter?* “ Como é sabido os fatores determinantes da saúde decorrem de fatores individuais (genéticos, biológicos e psicológicos) e de fatores ambientais, económicos, sociais e culturais ligados aos estilos de vida individuais. A categoria *estilos de vida* que emergiu com 7 sub-categorias, retrata a

forma como cada adolescente gere o seu próprio capital de saúde e as suas opções individuais expressas no que poderemos entender como estilo de vida (DGS, 2004:1).

As unidades de registo, num total de 104, levam-nos a concluir tal como para outras categorias, a importância desta área dos cuidados de enfermagem particularmente no que se refere à intervenção em pessoas e grupos em contextos determinados, nomeadamente, na escola e na comunidade. A categoria *estilo de vida* está presente em diferentes aspetos da vida dos adolescentes e, portanto, as 7 sub-categorias no nosso estudo, a saber, *hábitos alimentares*, *higiene e sono*, *tempos livres e novas tecnologias*, *relações de amizade e grupo de pares*, *prática de atividade física*, *imagem do corpo*, *saúde e bem-estar*, *perspetiva dos adolescentes sobre o estilo de vida do grupo de pares*, inserem-se nas unidades de contexto, *adolescência*, *estilo de vida do adolescente em contextos de pobreza urbana*, *iniquidades em saúde e ambiente como contexto*.

A saúde é um investimento no desenvolvimento humano e económico, fundamental na luta contra a pobreza e, de entre os determinantes da saúde, os estilos de vida saudáveis ocupam um lugar de relevo pela aparente facilidade que apresentam na obtenção de mais ganhos em saúde. A adolescência é uma fase do ciclo de vida em que todas as questões de proteção e promoção da saúde assumem grande importância e é caracterizada por um certo número de atividades sociais, sejam quais forem os diferentes estatutos socioeconómicos e os meios sociais de que provêm os adolescentes: a música, a moda no vestuário e a preocupação relativamente ao futuro e aos efeitos da crise económica podem sem dúvida ilustrar este ponto de vista.

Para as iniquidades em saúde e a falta de saúde contribuem diferentes determinantes estruturais e circunstâncias concretas de vida que despoletam comportamentos e estilos de vida individuais também eles influenciados pela privação dos lugares, e, mediados pelas condições do ambiente social. Em contextos de pobreza urbana uma ausência de oportunidade impede a prática de um estilo de vida saudável.

A maior densidade de “*fast-foods*” em áreas de privação, relacionada com uma dieta mais pobre ou a prática de exercício físico e a densidade de equipamentos desportivos, menor em áreas de maior privação, são disso exemplo. Fora da escola o adolescente reparte o seu tempo entre a vida familiar e os seus próprios tempos livres ou atividades. Fora da família, o tempo dos adolescentes reparte-se pelas atividades de grupo (colegas, grupos e práticas desportivas

ou culturais e coletivas), pelas atividades mais individuais (televisão, leitura, jogos de vídeo, etc.) e pelas relações afetivas (flirt, relação amorosa, etc.).

Hábitos alimentares higiene e sono

Na sub-categoria *hábitos alimentares higiene e sono* verificamos, no que se refere à alimentação, que há adolescentes que não tomam o pequeno-almoço antes de ir para a escola. Alguns almoçam na escola. Na generalidade comem mais carne do que peixe e não comem com frequência vegetais, legumes e fruta. Há adolescentes que procuram ter uma alimentação saudável e equilibrada e outros que não têm recursos que lhes permitam fazer uma alimentação saudável e equilibrada, desiderato parcialmente compensado pelo facto de terem a possibilidade, no período de aulas, almoçar na escola. Muitas vezes os adolescentes recorrem a comida processada tipo “fast-food”. No que respeita aos hábitos de sono e repouso, constatamos que há adolescentes que dormem em média 8/9h. Outros dormem poucas horas ao longo da semana e tentam repor essas horas de sono durante o fim de semana.

Não tomo o pequeno-almoço

“Às vezes não tomo o pequeno-almoço. Não tomo, mais porque não quero... não é porque não possa. E₂

Como na cantina da escola

“Ao almoço como na cantina da escola. Temos a salada, que é couve roxa com várias coisas, cenoura e assim...e depois temos carne ou peixe. Um dia é carne um dia é peixe com acompanhamento, é sempre assim, dia sim, dia não. Há a sopa e depois ou é fruta, ou é gelatina, ou é iogurte, e temos ainda o pão. “ E₃

“Acho que como bué vezes por dia. Eu posso jantar às sete mas às dez já tenho de estar a comer uma papa porque fico logo cheio de fome...Por isso é que... eu tento sempre almoçar no refeitório da escola porque estar a comer só uma sandes para mim ao almoço não é, tipo, suficiente. É muito pouco...Como aqui na escola e tenho uma refeição completa que já não me deixa com fome...” E₄

Como muita carne e não gosto de vegetais

“Como muita carne. Nos lanches como bolachas e cereais. Não gosto muito de vegetais de legumes e fruta mas de vez em quando como. Não aprecio muito...”E₅

Como sempre vegetais e não como “fast-food”

“Não como carnes vermelhas nem fritos, como sempre vegetais. Na minha vida toda só fui ao McDonald’s três vezes. Na minha vida toda! E às vezes convivo com os meus colegas e eles ficam assustados porque realmente, normalmente nós comemos muito desse tipo de ‘fast-food’, desse tipo de comida. Não temos tempo e então recorremos a esse tipo de comida.”E₇

Como mais à base de arroz massa e ovos mexidos

“Ao pequeno-almoço como, pão, cereais, leite. Às vezes também umas coisas tradicionais de Cabo Verde (...) também feijoada mas não como assim frequente, só de vez em quando. Como mais à base de arroz e massa, ovos mexidos. Aqui na escola tenho ajuda na alimentação. Não pago alimentação.” E₁₀

Costumo dormir nove, dez horas

“Eu, normalmente, quando entro às oito horas da manhã acordo sempre às seis. Por causa do horário dos autocarros e para me preparar, tomar banho e isso tudo e, então, costumo dormir mais ou menos nove, dez horas.”E₇

Tenho os sonos atrasados

“Durmo pouco ou porque tenho trabalhos para fazer, ou porque não tenho mesmo sono. Depois obviamente que tenho aqueles dias que durmo mais ou menos doze horas, treze horas ou muito mais. Porque tenho os outros sonos atrasados (...).” E₁

Tempos livres e novas tecnologias

Na sub-categoria *tempos livres e novas tecnologias* observamos que, no que se refere aos tempos livres, os adolescentes se repartem por atividades individuais (ouvir música, computador, televisão, leitura) de grupo (colegas, grupos e práticas desportivas ou culturais e coletivas) e relações afetivas como, por exemplo, o namoro. A música que constitui um laço entre si e os seus pares é sem dúvida o exemplo mais marcante da necessidade que permite ao adolescente integrar-se no grupo.

Atividades individuais desenvolvidas nos tempos livres

Ouvir música

“ (...) ouvir música é sempre relaxante (...) a música afeta-me um bocado o meu estado de humor (...) há músicas muito calmas que eu fico logo todo mansinho (...) quando oiço Metal ou coisas assim, eu fico já mais animado (...) gosto de cozinhar... também é muito bom.”E₂

“Gosto de jogar computador, de jogar online, da internet...”E₅

“Gosto de ouvir Kizomba, kuduro... também gosto de música folclórica... Sim. Folclórica, portanto da nossa, portuguesa... Gosto de ouvir Tony Carreira... Quim Barreiros...”E₃

“Apesar de ter vivido em Luanda, não oiço e também não gosto de ouvir músicas angolanas. Kizomba, e tudo mais, Kuduro, não oiço. Eu gosto de ouvir ‘metal’, Metallica e... gosto de ouvir, digamos, rock tipo Pearl Jam, tem metal e tem rock, prontos. Gosto de ouvir também música assim para dançar.”E₂

Computador e televisão

“O meu globo é o meu computador. Porque, pronto, uma pessoa vive dependente da tecnologia hoje em dia. E o meu curso é tecnologia. Pronto é multimédia. Então não só o meu trabalho é o computador como a diversão acaba por ser também o computador.”E₁

“ (...) diverte-me, estar no computador, passar lá o tempo a jogar” E₅

“ (...) sozinha vejo televisão, ou fico no computador, ou mando mensagens...”E₈

“ (...) o meu computador é o meu mundo. Tenho tudo o que eu quiser. E para mim o meu computador é o meu globo. É o meu trabalho, onde trabalho também, é a minha escola, é a minha vida privada e é a minha sociedade por assim dizer.”E₁

Leitura

“ (...) sou uma pessoa que às vezes gosta de ler.”E₂

O namoro

“ (...) como arranjei uma namorada gosto de estar com ela...” E₆

Atividades de grupo desenvolvidas nos tempos livres

Práticas culturais e coletivas

“Gosto também de participar nas atividades que há cá na escola. Por exemplo, eu este ano e o ano passado fiz parte do corpo de monitores da biblioteca. Participo também no grupo de teatro da escola. Gosto de ir correr. Falo com amigos meus para fazerem companhia para irmos correr e tal.”E₂

(...) gosto de jogar com os meus amigos.” E₂

“Ah... Eu gosto quando vamos em visitas de estudo e assim, fico muito tempo a olhar para os monumentos e a contemplar.”E₃

“Gosto de jogar futebol... Nós temos lá um parque, no final da minha rua, onde costumo lá jogar com o resto dos rapazes...” E₄

Práticas desportivas

“Sempre gostei de praticar desporto. Aliás, as minhas irmãs andaram num clube federado de futsal, também. O meu desporto preferido é mesmo o futsal, tal como as minhas irmãs. Desde muito criança, desde o meu primeiro ano, sempre joguei com os rapazes e então agora também gosto muito de jogar.”E₇

Práticas de lazer com amigos e família

“(...)para me divertir eu acho que o convívio com os amigos e com a família é o suficiente.”E₇

“Com os meus amigos, com a minha família é com quem me divirto.”E₉

“Para me divertir saio com amigos ... Jogo com o meu irmão mais novo. Estou com a família também... vou à praia e também a algumas festas com os amigos, pronto divirto-me.” E₁

Às vezes combino com os meus amigos coisas para sair, irmos ao centro comercial. Ao Alegro, ao Colombo, ao Dolce Vita... Falamos muito por mensagens, no facebook. E quando saímos juntos, conversamos... E₉

Relações de amizade e grupo de pares

Na sub-categoria relações de amizade e grupo de pares, constatamos que há referências quanto às dinâmicas de grupos de jovens da periferia urbana, ao apoio do grupo de amigos, à qualidade da relação com os amigos, à facilidade em falar com os amigos sobre os assuntos que os preocupam e ainda à pressão do grupo de pares. Observamos que de facto os grupos são um meio de troca de informações recolhidas em situações familiares pessoais, em atividades de tempos livres ou através de interesses individuais.

Dinâmicas dos grupos de jovens

“Estamos numa idade onde há muita gente infeliz (...) acho que os jovens hoje em dia querem ser populares...e por isso tentam integrar aqueles grupos onde acham que vão ser mais populares.”E₁₀

“ (...) os jovens hoje em dia têm um grupo... por isso... “posso armar confusão que depois os meus amigos vão-me defender.” E depois é a partir daí que há essas as confusões. Se não houvesse, digamos, esses grupos, essa rivalidade... não havia assim tanta criminalidade como há hoje em dia.”E₁₀

“ (...) sou a favor de haver um grupo de amigos onde socializem mas, pronto, há pessoas que também criam um grupo só mesmo para a confusão (...) sabem que se armarem confusão com aquelas pessoas (...) as que quiserem, digamos assim, lutar comigo ou outra coisa, tenho os meus amigos também me vão proteger... E é a partir daí ... Isso aí é o que eu critico nos grupos.” E₁₀

Apoio do grupo de amigos

“Os meus amigos sempre me apoiaram em situações em que tivesse passado mal. Conheço os pais de todos e eles conhecem também a minha mãe e damo-nos todos muito bem (...) conheço certas situações que têm acontecido com eles e eles também conhecem certas situações que têm acontecido comigo (...) Escolho-os a eles...”E₂

Qualidade da relação com os amigos

“Um bom amigo é também ter confiança (...) um bom amigo é aquela pessoa a que nós dizemos coisas e não contam a ninguém (...) por vezes acontece tu és meu melhor amigo, eu conto-te as minhas coisas, os meus segredos, depois acaba a nossa amizade e vai contar às outras pessoas. Por isso para mim... isso para mim não é amigo.” E₁₀

“Tenho uma grande relação com os meus amigos. Falo abertamente com eles, conheço as suas famílias, conheço o que eles já passaram (...) conheço a história de cada um, cresci com eles...é isso.”E₂

“Somos muito abertos em relação a muitas coisas. Já somos amigos há muito tempo temos sempre mais confiança uns nos outros. Há sempre respeito mútuo. É isso.”E₂

“(...) amigos, amigos eu não considero muitos porque eu sei que os amigos estão lá para os momentos maus e bons e que me ajudam. E já tive momentos menos bons em que as pessoas também me viraram as costas (...) amigos mesmo, tenho três, quatro, cinco...” E₃

“(...) Com a MF conversamos muitas vezes e estamos-nos sempre a apoiar uma à outra, somos muito amigas. A DT ajuda-me sempre, damo-nos muito bem. A AF é muito amiga mesmo, já fomos de férias juntas e tudo. A PN é assim aquele porto de abrigo que eu tenho sempre, está sempre preocupada comigo e eu com ela. E a ES também, nas férias passamos horas e horas ao telefone.”E₃

“(...) Os amigos nem sempre são bons conselheiros porque, talvez porque não estejam na nossa situação, a maior parte dos amigos têm ideias diferentes. E então às vezes só nos confundem (...)”E₇

“Sou feliz com os meus amigos porque são bons amigos. Eu consigo escolher bem os bons amigos. Porque há amigos que fingem que são amigos mas, na verdade, atrás falam mal e essas coisas... eu tenho-os a eles como bons amigos, diligentes, que sabem lidar com alguns problemas que às vezes podem aparecer. Há coisas que às vezes não gostamos neles mas, também não podemos mudar. Porque se eles são assim não podemos pedir que mudem. Temos de gostar deles como eles são. Às vezes metem-se em confusões apesar de lhes dizer que não vão lá mas eles vão na mesma.”E₉

Falar com os amigos sobre os assuntos que os preocupam.

“(...) os amigos...alguém que está disposto a estar connosco em más e boas ocasiões. Que nos oiça os nossos problemas, tal como nós devemos fazer a ele também. Que nos ajude sempre que possível, que seja sempre leal para nós...”E₂

“Falo com os meus amigos sobre aquilo que sinto mas falo mais com o CM e com o MA. São os que falo mais. Porque tenho mais afinidade.”E₆

Pressão do grupo de pares

“ basicamente a pressão para namorar... há muita pressão... não tenho ainda namorada e então... há muita pressão dos meus colegas (...) eles dizem que com tantas raparigas que conheço já podia ter uma namorada.” E₂

Prática da atividade física

Na sub-categoria *prática da atividade física* as principais ideias a reter é de que as modalidades que os adolescentes praticam estão afetas ao desporto escolar ou a áreas dos Cursos Profissionais. Há ainda adolescentes que não têm interesse por qualquer atividade desportiva.

Não tenho interesse por nenhuma atividade desportiva em particular nem ginástica natação ou qualquer modalidade... nada mesmo.”E₃

“ (...) ando aqui na escola, no desporto escolar, no badmington e no basquete também.”E₄

“Eu sou uma pessoa que gosta de praticar desporto e então quis seguir esta área do desporto... pratico desporto federado, jogo futebol ” E₁₀

Imagem do corpo

Na sub-categoria *imagem do corpo* constatamos que as preocupações com a imagem se situam ao nível do corpo e também da roupa.

A importância da imagem

“(...) estou a tomar nutritivos... eu faço airsoft que é um desporto, basicamente é um paintball só que é muito mais à base militar. Portanto puxa muito pelo corpo. E eu tomo esses nutrientes (...) como eu disse estou numa fase de ginásio e prontos, estou a crescer. Estou mais naquela fase que quero primeiro sentir-me bem com o meu corpo e assim... quero crescer para os lados porque falta ter um bocadinho mais de força (...)”E₁

“ (...) vou dar um exemplo... muitos jovens pensam que ter uma vida boa é ter tudo aquilo que querem... quando querem aquela roupa de marca pedem aos pais para lhes dar... para mim isso não... não me chama a atenção... os jovens hoje em dia preocupam-se muito com a imagem”E₁₀.

Saúde e bem-estar

Na sub-categoria saúde e bem-estar os adolescentes revelaram não ter acompanhado de igual modo a evolução do conceito de saúde pelo que o que transparece nas narrativas de alguns é ainda a perspetiva redutora de saúde como «ausência de doença». Outros numa perspetiva mais abrangente encaram a doença ou a saúde como resultado de vários fatores, tais como fatores biológicos, psicológicos, sociais e ambientais possuindo melhores níveis de literacia em saúde, maior responsabilidade em saúde e melhor performance na *gestão do stress*.

Perspetiva redutora de saúde

Em relação à minha saúde...eu assim em termos de colesterol não tenho a certeza quanto é que eu tenho agora (...) em termos de tensão não sei (...) a minha família tem hipertensão, é genético. “É de família, diabetes e hipertensão, a família tem muito disso. Eu, por enquanto, não tenho disso mas posso vir a ter futuramente.”E₂

“(...) considero-me uma pessoa saudável. Nunca tenho nada, tipo colesterol, diabetes nem nada muito alto.E₉

Perspetiva holística da saúde

“ (...) para me manter saudável tento praticar exercício físico e comer à base de carnes brancas, legumes e frutas. E bebo muita água por dia.”E₃

“Sinto-me um rapaz saudável. Como bem, pratico bastante desporto, a correr, a andar... futebol... e também nunca tive assim... uma doença. Tenho as vacinas em dia e sei que vou fazer agora uma quando tiver dezassete. Deve ser a do tétano...”E₄

“(...) para me manter saudável oiço música... quando estou mais em baixo oiço música para não pensar nos problemas...ou então falo com amigos, tento distrair-me um bocado...”E₈

“Através da internet conseguimos nos informar acerca de vários temas que são importantes (...) quando tenho dúvida acerca de, por exemplo, da

alimentação...ou, eu agora tive aqui umas borbulhinhas pequeninas, uma impingem, fui à internet ver como é que se tratava e o que se deveria fazer. E₇

“(...) eu acho que os sites normalmente são, são fiáveis. É o que eu tenho ideia, tenho essa perspetiva.”E₇

“(...) tenho que controlar e não comer coisas exageradas, nem estar sempre a comer McDonald’s. Tenho de comer fruta e coisas assim para não fazer muito mal também.” E₈

“Os meus pais como são do norte tiveram uma educação diferente, têm uma horta, plantam muitos vegetais (...) comemos muito peixe lá em casa (...)é muito bom para o cérebro por causa do ómega três” E₇

“Nunca devemos de estar muito tempo sem comer (...) eu tomo sempre o pequeno-almoço de manhã. Se não tomar não aguento o dia todo. A manhã toda, neste caso. Tomo sempre o pequeno-almoço.”E₇

“Não temos tempo e então recorremos à fast-food. Aliás, tenho muitos colegas que têm problemas de obesidade precisamente por causa disso. E os pais também não fazem nada para que melhorem a saúde dos filhos. Às vezes também depende dos pais.”E₇

Perspetiva dos adolescentes sobre o estilo de vida do grupo de pares

Na sub-categoria *perspetiva dos adolescentes sobre o estilo de vida do grupo de pares* constatamos que os adolescentes fazem uma crítica muito viva ao estilo de vida dos seus pares. Pronunciaram-se sobre os hábitos alimentares de higiene e sono do grupo de pares; imagem do corpo; uso de substâncias; família e ambiente familiar; escola e ambiente escolar; saúde e bem-estar e recursos pessoais e interpessoais:

Hábitos alimentares higiene e sono

“(...) acho que se os jovens hoje em dia...optassem...por fazer escolhas certas (...) escolher coisas melhores para eles, não optar por se deitarem tarde, ver televisão, jogar computador, comer fast-food, passar muito tempo no computador, porque isso também lhes dificulta a visão e a paciência (...) “ E₇

Imagem do corpo

“Eu acho que hoje em dia os jovens preocupam-se mais com o aspeto físico... quando vêm uma roupa querem todos ter aquela roupa. Seja o que for que precisem de fazer para o conseguir e não sei quê... não sei, às vezes até tiram dinheiro dos pais para ir comprar, ou assim... se não tiverem dinheiro... prontos, preferem fazer aquilo do que se calhar irem procurar trabalho ou qualquer coisa para fazer e para ganhar alguns trocos.”E₉

Uso de substâncias

“Os jovens hoje só querem faltar às aulas, não se preocupam com nada. Só se preocupam em andar na discoteca a beber e a fumar. Não têm preocupações com nada.”E₃

“Não têm atitudes muito corretas. Por exemplo eu acho que uma pessoa para se divertir não se precisa de se embriagar... eu quando vou – não vou sair à noite muitas vezes – mas, quando vou, não preciso de beber para me divertir. Divirto-me à mesma. Não é por estar embriagada que me vou divertir. Pelo contrário não vou divertir-me. Ficar a vomitar, toda tonta... não, não faz... não faz sentido.”E₃

“(...) eles pensam se beber, se fumar, sou mais crescido que os outros, sou buéda bom querem afirmar-se por uma coisa negativa mas acabam por não se afirmar nada, só fazem figuras tristes, basicamente.”E₃

Família e ambiente familiar

“Às vezes são mal educados para os pais... para eles perder um ano de escola ou não perder é igual, não lhes faz diferença.”E₃

“Não... penso que também não têm uma relação com a família tão próxima como eu tenho... são mais desligados. Por exemplo, eu quando saio da escola saio da escola e vou para casa. E eles saem da escola vão para onde querem, depois os pais telefonam – então não devias já estar em casa? Ah, mas vim aqui... Estás com quem? Ah, não interessa... estou com os meus amigos... Ficam lá a falar assim, faz-me um bocado de confusão não era capaz de fazer isso.”E₃

Escola e ambiente escolar

“(...) aqui na escola há pessoas que falam mal com professores, falam mal com alunos, estão desleixados. Depois também há outros que... pronto que se preocupam e... Pronto acho que é... há uns muito bons e outros muito maus.”E₇

“...eu acho que, há aqueles que querem realmente continuar a estudar e querem ser doutores e a vida permite agora isso, mas também há aqueles que não querem fazer nada. Querem manter-se no seu grupo social, no seu bairro e... não sei muitas vezes como é que muitos sobrevivem... Mas sobrevivem!” E₁

“Quero estudar para ter notas. Espero conseguir o que quero para ter uma vida realizada. É o que eu quero, o que desejo para a minha vida.” E₉

“Eu acho que eles não pensam muito no estilo de vida que aspiram ter, não é? Porque, eles... supostamente nós se pensássemos nisso, nós estudávamos para termos uma vida boa, tínhamos boas notas que era para depois sermos aquilo que queremos. Mas basicamente, eles estão mais preocupados em serem uns rapazes fixes e... conquistarem as raparigas e... e pronto serem populares, digamos assim ... e a escola acaba por ficar para segundo plano.” E₄

Saúde e bem-estar

“Os meus colegas acordam bastante tarde. Não costumam praticar desporto, aliás têm uma vida muito sedentária, vêem muita televisão, jogam computadores, muito computadores... saem com os amigos à noite e por isso é que ficam até tarde...até bastante tarde. Isso faz muito mal à saúde. E é esse tipo de vida que eles têm... e depois o tempo de estudo vai diminuindo cada vez mais... por isso é que o empenho e o desenvolvimento dos alunos têm diminuído.” E₇

Recursos pessoais e interpessoais

“ (...) o que os jovens precisam...o que eu acho mais importante, tem a ver com a relação que temos com as outras pessoas (...) boas condições de saúde, higiene e alimentação (...)” E₇

Na Tabela 79 apresentam-se os resultados relativos à categoria *estilos de vida*.

Tabela 79

Comportamentos de saúde dos adolescentes integrados na categoria *estilos de vida*

CATEGORIAS	SUB-CATEGORIAS	UNIDADES DE CONTEXTO	UE
ESTILO DE VIDA	Hábitos alimentares higiene e sono	Estilo de vida do adolescente em contextos de pobreza urbana	21
	Tempos livres e novas tecnologias		20
	Relações de amizade e grupo de pares	Ambiente como contexto	17
	Prática de atividade física		6
	Imagem do corpo	Adolescência	2
	Saúde e bem-estar		21
	Perspetiva dos adolescentes sobre o estilo de vida do grupo de pares	Iniquidades em saúde	20

3.2 - ADVERSIDADE NA ADOLESCÊNCIA

3.2.1 - Situações de adversidade vividas pelos adolescentes

A categoria *coisas más* que emergiu com 12 sub-categorias, a saber, *suicídio, desmoronar da família, divórcio, passar fome e não ter roupa, maus tratos, a minha mãe não ter reforma, não poder ter algo para viver, ter uma doença, não termos como nos sustentar, conflitos, morte e egoísmo* retrata o ambiente de vulnerabilidade e adversidade que rodeia a vida dos participantes e pretende dar resposta à questão, “*O que significa para ti para a tua família amigos e pessoas do teu bairro quando acontecem coisas más?*” As unidades de registo, num total de 27, levam-nos a concluir tal como para outras categorias, a importância desta área dos cuidados de enfermagem particularmente no que se refere à intervenção em pessoas /famílias/grupos com vulnerabilidade acrescida. As *coisas más* neste grupo de entrevistados está presente em diferentes aspetos da vida dos adolescentes e, portanto, as 12 sub-categorias inserem-se nas unidades de contexto *adversidade e risco, ambiente como contexto e, por fim, vulnerabilidade acrescida*.

A comunidade observada como contexto, local em que se integram as famílias e outros grupos, oferece às pessoas diferentes contextos de vida (escolas, associações de desenvolvimento comunitário, instituições privadas de solidariedade social, coletividades, entre outros) onde os enfermeiros desenvolvem atividades de promoção da saúde e de comportamentos saudáveis, de prevenção da doença e de diagnóstico precoce. É também na

comunidade que se encontram os serviços de saúde e outros recursos onde os enfermeiros exercem grande parte da sua atividade. Por tudo isto, a comunidade é também, em si, alvo da atenção dos enfermeiros, no que se refere a fenómenos como a pobreza, a marginalidade, os maus tratos, a destruturação familiar, as tentativas de suicídio, entre outros, os quais têm forte impacto na saúde e bem-estar das pessoas e onde os cuidados de enfermagem podem resultar em fortes ganhos em saúde. Neste contexto e indo ao encontro das narrativas dos adolescentes, incorporadas na categoria *coisas más*, o enfermeiro deve conhecer as necessidades da população adolescente e da comunidade em que trabalha, e colaborar com outros profissionais nos programas que visem soluções para os problemas de saúde detetados, e que aqui trazemos, através da voz dos adolescentes.

Porque a vulnerabilidade é um processo dinâmico e multidimensional, no qual se estabelece uma interação entre as características pessoais as condições sociais e ambientais, sobrevêm problemas de vária índole que importa enfrentar, através de uma abordagem ecológica e integradora orientada por profissionais de diferentes áreas, desde os mais afetos às dinâmicas sociais até aos que prestam cuidados na área da saúde, justiça, educação e outros. Segundo Chesnay e Anderson (2011), a vulnerabilidade é um conceito geral que, em saúde, significa suscetível de desenvolver determinado problema de saúde. Assim, entendem por populações vulneráveis aquelas que têm maior risco de desenvolver problemas de saúde a nível físico, psicológico ou social devido ao seu *status* sociocultural marginalizado, ao seu acesso limitado a recursos económicos ou devido a características individuais tais como o género ou a idade. Para os mesmos autores, o conceito de vulnerabilidade aplica-se tanto a indivíduos como a populações e tem associado uma conotação pejorativa porque frequentemente essas populações são caracterizadas pelo que as torna mais frágeis, e só raramente são referidas pelas suas capacidades, que se forem mobilizadas, as tornam resilientes. Exemplos de vulnerabilidade acrescida são os fenómenos sociais ligados à pobreza como os que são apresentados nas subcategorias que agora apresentamos, por referência à categoria *coisas más*.

Suicídio

Na sub-categoria *suicídio*, o suicídio e a tentativa de suicídio aparecem retratados por 2 adolescentes.

“Coisas más... quando acontecem coisas más as pessoas normalmente ficam tristes, tanto na minha família como cá na escola. Este ano houve um aluno cá da escola que se suicidou. E que... enforcou...toda a gente andava triste e a chorar... é uma coisa má (...)”E₃“(...) tinha dito ao último amigo com quem teve, ah amanhã espero aqui por ti, (...) houve uma grande polémica por saber se era mesmo enforcamento ou se tinha ficado entalado (...) ele tinha na porta, numa das portas de casa, uma barra de fazer musculação... hoje dizem que ainda não se sabe bem. Fizeram-lhe montes de autópsias e montes de coisas para tentar descobrir. Uns dizem que foi enforcado com uma corda, outros dizem que ele ficou entalado na barra de musculação. E não se sabe bem...” E₃ “ (...) toda a gente que foi ao velório diz que ele tinha... estava tapado assim até aqui cima, mas também pode ter sido das autópsias terem cortado tudo. Por isso é muito...E₃

“eu às vezes lido bem com as coisas más mas, por exemplo, a minha irmã há pouco mais de um mês tentou-se suicidar e eu não fiquei muito bem durante um mês e às vezes também sinto isso. Ela pode fazer isso novamente.”E₆

O suicídio é um fenómeno complexo e multifacetado fruto da interação de fatores de ordem filosófica, antropológica, psicológica, biológica e social (PNPS, 2013-2017: 3). A pobreza infantil enquanto situação de *stress* crónico é um fator de risco que importa ter em consideração quando se aborda este fenómeno do suicídio, na sua complexidade. As equipas de saúde escolar em parceria com a comunidade educativa alargada (incluindo alunos, assistentes operacionais, professores e família) têm um papel determinante, nomeadamente, no que respeita ao desenvolvimento de ações que se enquadrem nos princípios da escola promotora de saúde e onde as práticas escolares incluam intervenções concertadas dirigidas à Escola como um *Todo - Whole School Approach* - que compreendem o ambiente físico e social, as relações interpessoais e a mudança de comportamentos (DGS, 2016:13)

(...) os outros não lidaram bem (...) os professores e toda a gente tinham estado com ele no dia anterior, amigos e tudo, a pessoa estava super normal apesar de ter problemas... tinha depressão.”E₃

Aumentar os níveis de literacia em saúde através de ações de educação para a saúde mental junto da comunidade educativa alargada, impõe-se como prioridade das equipas de saúde escolar e, principalmente, dos enfermeiros, que já têm uma vasta experiência de condução e gestão dos processos de promoção e educação para a saúde na escola e na comunidade. Não deve no entanto ser descurada - no que se refere à identificação de fatores de risco e protetores da depressão nos adolescentes; às ações de prevenção da ideação suicida; comportamentos autolesivos e atos suicidas (tentativas de suicídio e suicídio consumado) - a interação e

sinergias multissetoriais, multiculturais e multiprofissionais que possibilitam, pôr em prática, uma abordagem ecológica e integradora capaz de responder na globalidade a necessidades de saúde muito particulares (PNPS, 2013-2017).

A resposta da escola e da comunidade educativa alargada ao sofrimento da família:

“ é um problema para os pais, os pais vieram cá à escola, fizeram uma homenagem no refeitório a ele, com velas e tudo. A mãe estava muito abatida.”E₃

Desmoronar da família

Um adolescente dá voz a alguns desafios que teve de enfrentar como o *desmoronar da família*. A mudança de vida por consequência do divórcio dos pais, o afastamento dos irmãos, a solidão, o desamparo e o sentimento de culpa associado à separação dos pais, foram sentidos por este adolescente como profundamente ameaçadores do seu equilíbrio e bem-estar.

“ (...) o mais desafiante para mim foi o desmoronar da família. Porque para mim, a família era tudo. Principalmente os meus irmãos. E quando eu vejo cada um a ir para o seu lado, foi supercomplicado.”E₁

Divórcio

“ (...) depois foi a situação de divórcio (...) eu sabia disto tudo e tinha isso na minha cabeça, – bum, bum, bum – e agora bum, bum, bum (...) a minha mãe foi literalmente expulsa de casa (...) obviamente que eu depois dei a volta a isso porque o erro foi meu. E eu lá falei com o meu pai – oh pai vê lá bem isso, dá-lhe até x tempo porque não vais tirar a mulher de casa assim...”E₁

Passar fome

Passar fome é outro aspeto abordado por um dos adolescentes, o que nos leva a pensar que em Portugal ainda estamos muito longe dos padrões de vida dos países mais desenvolvidos da União Europeia. É também verdade que a elevação dos níveis de vida não tem sido uniforme, pelo que ao lado de uma franja da população portuguesa cujos níveis de vida aumentaram e

muito, vemos que uma parcela muito importante da nossa população vive com rendimentos muito baixos. São porventura ainda frequentes casos de privação, como o relatado agora por este adolescente, embora não estejamos perante a ocorrência de fomes generalizadas.

“Passar fome ou não ter roupa são também coisas más. Aqui na escola, pelo menos conheço um caso. Há um miúdo do sétimo ano cá da escola que passa um bocado de fome mas também é muito mal comportado e a gente tenta ajudar ...” E₃ “Veio para cá para estudar e passou mal. E então ia voltar para lá e até dei roupas minhas e coisas que eu tinha lá em casa para ela levar porque ela não tinha muita roupa.” E₃

Maus tratos

Os *maus tratos* em crianças e jovens são entendidos, hoje, como um verdadeiro problema de saúde pública a nível mundial. A Convenção dos Direitos da Criança no seu artigo 19º sobre a proteção contra maus tratos e negligência refere que “o Estado deve proteger a criança contra todas as formas de maus tratos por parte dos pais ou de outros responsáveis pelas crianças e estabelecer programas sociais para a prevenção dos abusos e para tratar as vítimas.” Os Maus Tratos resultam da conjugação de diferentes fatores de ordem individual e ambiental. Sem dúvida que os ambientes de privação potenciam a probabilidade de ocorrência e manutenção deste tipo de fenómenos. Fatores de agravamento dos riscos potenciais como a crise económica e financeira ou as más condições de vida associadas às populações migrantes são eventos ou novas circunstâncias na vida dos adolescentes, família ou cuidadores, que alteram e podem precipitar a ocorrência de maus tratos.

“(...) passa fome e ainda acaba por ser chacota da turma. Batem-lhe e tudo.” E₃ “ ... uma miúda cá da escola veio de Angola e estava cá com os tios (...) a minha mãe que trabalha cá na escola disse que os tios lhe batiam e que a maltratavam que não a deixavam comer e, tudo o que as pessoas cá na escola lhe davam para levar, os tios tiravam... E então que ela estava a fazer a mala para voltar para o país dela...” E₃

A mãe não ter reforma

As preocupações e inquietações dos adolescentes revelam-se de diferentes formas naquilo que nomeiam de *coisas más* e que na verdade os afetam diretamente, neste caso *a mãe poder vir a não ter reforma*:

“As coisas más afetam-nos mesmo diretamente... a minha mãe chegar à reforma e não ter reforma, isso é uma coisa má.”E₄

Não poder ter algo para viver

Não poder ter algo para viver também é referido como sendo uma coisa má

“(...) ou então, uma coisa má, basicamente é, nós precisarmos de algo para o nosso dia a dia, ou mesmo para vivermos e não podermos ter.”E₄

Ter uma doença

Os aspetos ligados ao fenómeno saúde-doença como *ter uma doença grave* é referido como sendo uma coisa má

“Coisas más...por exemplo, termos uma doença seriamente grave... Assim uma coisa.”E₄

Não termos como nos sustentar

Ou não terem como se sustentar

“Não termos como nos sustentar, isso é uma coisa má também.”E₄

Conflitos

Outro aspeto não menos importante relatado pelos adolescentes e com o maior número de unidades de registo na categoria *coisas más*, refere-se aos *conflitos* vividos pelas crianças no seio familiar e que as expõe a um maior risco de internalizar comportamentos adversos ao seu bem-estar psicológico como externalizar diferentes tipos de comportamentos. Os conflitos contribuem fortemente para a vivência da pobreza como situação de *stress* crónico.

Os conflitos assumem diferentes formas na vida dos adolescentes, os aqui relatados são essencialmente dentro da família. Apenas um adolescente se referiu ao modo como observa o impacto do conflito familiar na vida da escola:

“(...) a família que está cá em Lisboa teve algumas divergências com o meu pai...como estão chateados com o meu pai às vezes esses problemas refletem-se depois nas nossas relações (...) isso afeta bastante porque está tudo relacionado...se nós não tivermos um bom ambiente familiar também não vamos ter um bom ambiente escolar porque estaremos sempre preocupados com a família.”E₇

As pessoas estão um para cada lado:

“O significado de coisas más é a desordem e a desunião porque as pessoas estão um para cada lado, ... há sempre conflito...ninguém ouve ninguém. Por exemplo, às vezes por uma simples coisa que nós fazemos ou dizemos ou porque falamos mal do pai ou da mãe ou da irmã e ou porque chegamos atrasados da escola, ou porque não fazemos uma coisa acertada....”E₆

A minha mãe, às vezes eu e ela estamos sempre a discutir:

“A minha mãe, às vezes eu e ela estamos sempre a discutir. Mas é normal sempre. Lá em casa há sempre uma discussão entre a minha irmã do meio e a minha mãe porque elas têm o mesmo feitio e então não se dão. Então depois o meu pai está sempre no meio entre as duas.” E₆

A família não está muito bem, há muitas discussões e há muitos problemas:

“a família não está muito bem, há muitas discussões e há muitos problemas por causa da minha irmã, por causa de mim...”E₆

A minha família é um bocado complicada porque existe(m) muitos conflitos:

“Eu... a minha família é um bocado complicada porque... existe muitos conflitos de... não sei se é inveja...não sei...”E₈

Preocupam-se demasiado com pequenas coisas:

“ (...) acho que as pessoas têm tendência a preocupar-se demasiado com os outros e como eles são mais velhos não têm tanto aquela coisa de se distrair com facebooks ou com mensagens ou com saídas, preocupam-se demasiado com pequenas coisas que as pessoas digam. E acho que isso lhes afeta. Então qualquer coisa que uma pessoa diga, chateiam-se e depois falam mal de uns, falam mal de outros. Mas eu tento distanciar-me um bocado disso” E₈

A minha mãe ficou muito tempo sem falar com a minha avó:

“A minha mãe ficou muito tempo sem falar com a minha avó. Um ano. E moravam na mesma rua. Então era um bocado complicado. Mas a minha mãe nunca me disse “não fales com a tua avó”. O problema era com ela e com a minha avó, então tipo... não tinha que incluir os filhos. Por isso ela não me impedia de eu ir a casa da minha avó mas... não sei, eu não me sentia bem em lá ir.” E₈

Agora já estão todos outra vez chateados com coisinhas de nada:

“Os meus tios perderam um filho há pouco tempo, num acidente de mota. A maioria da família não se falava, primos com tias, pais com filhos, não se falavam. E como ele era daquelas pessoas que não arranjava confusões, era mesmo um bom rapaz, fez com que a família toda se falasse. Mas agora já estão todos outra vez chateados com coisinhas de nada.” E₈

Nunca se falam muito... não sei, também não percebo.

“Com a família do lado do meu pai... o meu pai também tem tido uns problemas... nunca se falam muito... não sei, também não percebo.” E₈

E deixaram de se falar por uma coisinha...

“(...) a família podia dar-se toda bem e por pequenas coisas não se dão. Falo, por exemplo, do meu avô que já não está cá... o meu pai ficou sem falar uns dez anos, ou sete anos, depois voltaram-se a falar... E deixaram-se de falar por uma coisinha... Para quê? Uma coisinha assim tão pequenina? É a tal coisa, as pessoas preocupam-se de mais com pequenos pormenores. E deixam que isso lhes afete a vida toda.” E₈

A morte

A morte foi um aspeto focado pelos adolescentes como integrando a categoria *coisas más*:

“A minha tia ... ela ficou muito afetada com isso, com a morte dele, não é, do filho. E a vida dela agora gira à volta disso. Ela ainda não se mentalizou que o filho já se foi. Tanto ela como a minha avó. Se eu falo com a minha avó (...) ele vem sempre à conversa. E eu tento sempre, tento sempre fugir ao assunto porque eu sei que ela vai falar nisso. Preocupa-se mas... (...) não tem que estar a falar constantemente nele. É como as dores que as velhinhas têm. Não têm que estar a falar constantemente na dor que têm. Para quê? Dói-lhes e dói-lhes. Quanto mais pensam mais lhes dói. É o que eu lhes digo, mas não ligam nenhuma. Ai que me dói as costas... Oh, pronto!” E₈

O egoísmo

A propósito do posicionamento do fenómeno *pobreza* em sociedades competitivas, pautadas por valores como o individualismo:

“As pessoas agora só pensam nelas. Não pensam muito mais nas outras pessoas. Ficam centradas na própria pessoa. Egoístas, egocêntricas...” E₉

Na Tabela 80 apresentam-se os resultados relativos à categoria *coisas más*.

Tabela 80

Situações de adversidade vividas pelos adolescentes integradas na categoria *coisas más*

CATEGORIAS	SUB-CATEGORIAS	UNIDADES DE CONTEXTO	UE
COISAS MÁS	Suicídio	Adversidade e risco	5
	Desmoronar da família		1
	Divórcio		1
	Passar fome e não ter roupa	Ambiente como contexto	2
	Maus tratos		2
	Mãe sem reforma		1
	Não poder ter algo para viver	Vulnerabilidade acrescida	1
	Ter uma doença		1
	Não termos como nos sustentar		1
	Conflitos	Vulnerabilidade acrescida	11
	Morte		1
	Egoísmo		1

3.3 – FAMÍLIA E AMBIENTE FAMILIAR

3.3.1 - Características da família e do ambiente familiar dos adolescentes

A categoria *família e ambiente familiar* emergiu com um total de 6 sub - categorias - *família, mãe, pai, irmãos, pais e pessoa significativa* e 51 unidades de registo inseridas em 2 unidades de contexto - *cuidado e relações familiares acolhedoras e de suporte*. Pretende responder às questões, "*Quais são as características de uma boa família?*" "*A tua família tem as características que mencionaste?*" "*Podes contar-me como é o teu relacionamento com cada um dos membros da tua família?*" O elevado número de unidades de registo leva-nos a concluir pela importância desta área dos cuidados de enfermagem. Cuidar é manter a vida garantindo a satisfação de um conjunto de necessidades indispensáveis à vida, mas que são diversificadas na sua manifestação (Collière, 1989:28). Este é também o papel e a função da família. O foco nesta categoria são as dinâmicas internas da família e as suas relações, a estrutura da família e o seu funcionamento, assim como o relacionamento dos adolescentes com os diferentes elementos e com o todo familiar.

Família

Na sub-categoria *família* podemos observar características da família valorizadas pelos adolescentes para quem a família continua a ser o espaço preferencial de diálogo perante qualquer situação de dificuldade ou de crise:

Apoio

*"(...) uma família que apoie, que esteja presente quando é preciso"*E₁

Comunicação

"(...) Porque nós temos que estar uns para os outros. Então a tecnologia permite-me isso. Permite estar com os meus irmãos não estando com eles. E posso saber deles e eles podem saber de mim e para mim isso é superimportante." E₁

*"(...) uma comunicação aberta entre os membros"*E₂

*"(...) saberem ouvir e saberem falar"*E₄

Ajuda

*“(...) ajudarem-se uns aos outros. Se um está mal os outros têm de ir lá ajudá-lo. E se o outro está bem tentar que esteja ainda melhor.”*E₆

Uma família que não julgue

*“Vivo com a minha avó e as minhas primas. Numa boa família é preciso que convivam, que saibam comunicar. Há pessoas que pensam que família é ter mãe e pai que estejam juntos mas isso é mentira. Porque há famílias que ou o pai não está presente, ou a mãe, e mesmo assim são uma boa família. E funcionam bem... estão presentes na vida do adolescente, sabem explicar as coisas da vida e não sabem só julgar, também...”*E₉

A família perfeita

*“Gosto muito da minha família e acho que é perfeita porque sempre me orientou desde pequena, sempre houve uma boa relação, sempre me deu muito amor, carinho. Sempre ajudou da melhor maneira, tanto os pais como os irmãos. Deram-me uma excelente educação e agradeço-lhes isso (...) com muito amor e afeto. Eu acho que é a questão principal. Tem que haver uma boa relação (...) para falar sobre os problemas, desabafarem e se compreenderem.”*E₇

Uma família que se preocupa connosco

*“(...) há pais que estão-se mesmo nas tintas para o que os filhos fazem ou não fazem(...) acho que é importante termos alguém que se preocupa connosco, ainda que às vezes a gente ache que é preocupação a mais. E faz falta. É.”*E₈

Mãe

A sub-categoria *mãe* evidencia aspetos relativos à assunção do papel da mãe, como a satisfação das necessidades dos filhos mas, no essencial, os aspetos que emergem nesta sub-categoria são os da relação e da comunicação e os da mãe como modelo:

Uma boa mãe faz tudo por um filho

*“Uma boa mãe faz tudo por um filho. Se tiver um pão, ter que dividir e deixar de comer para dar ao filho. Fazer mesmo tudo... mesmo que tenha de pagar aquela conta e tem cinquenta euros e a conta é trinta e aqueles vinte euros ainda têm que dar para a comida, mas o filho pede, sei lá, um bolo na rua e ela dá... Sei lá coisas assim.”*E₃

Nem sempre consigo abrir-me com ela

“Eu dou-me muito bem com a minha mãe (...) nós não temos conflitos e também não temos aquela relação aberta porque às vezes nem sempre consigo abrir-me com ela.” E₂

Uma boa mãe esforça-se por satisfazer as necessidades

“Uma boa mãe é uma mãe que se esforça para satisfazer as necessidades, que também está disposta a ouvir os problemas do filho. Que não está sempre a criticar. (...) uma mãe que esteja disposta a ouvir sem dizer nada. Ok, pode dar as suas opiniões mas primeiro que tudo ouvir o filho. Acho isso.” E₂

Uma mãe deve saber escutar e dar opinião

“Uma boa mãe deve saber o que é que o filho precisa sem ele ter que dizer. Saber escutar tudo aquilo que nós temos para dizer, e depois dar aquela opinião de mãe, que nós precisamos.” E₄

Eu e a minha mãe estamos sempre a discutir

“A minha mãe, às vezes eu e ela estamos sempre a discutir. Mas é normal, sempre.” E₆

Uma boa mãe faz coisas que ninguém imagina

“Uma boa mãe tem de estar sempre connosco, para o bem e para o mal, e é aquela que está sempre à frente de todos. Aquela que, se fosse preciso até faz coisas que ninguém imagina. Morrer, por exemplo. Ou então agir. E₆

Uma boa mãe está atenta aos filhos e não se esquece dela

“Eu acho que uma boa mãe deve estar atenta aos filhos e nunca se esquecer dela, porque normalmente as mães preocupam-se muito com os filhos mas esquecem-se da vida delas.” E₇

As mães aprisionam e sufocam os filhos

“ (...) às vezes eu acho que os filhos sentem-se tão aprisionados pelas mães que sentem que as mães os sufocam. E acho que uma mãe, uma boa mãe se deve controlar para que isso não aconteça. Preocuparem-se sim com os filhos, darem-lhes atenção, aconselharem-nos, orientarem-nos e... saber ouvir e compreender.” E₇

A minha mãe tá sempre aos berros

“A minha mãe, também me dou muito bem com a minha mãe (...) “Renata lava a loiça, Renata vai apanhar a roupa”, coisas assim que as mães não gostam de fazer... a gente dá-se bem. Está sempre aos berros, mas dou-me bem com ela. Mas depois há sempre o outro lado, a mãe preocupada quando eu não lhe digo qualquer coisa. Se não atendo o tlm já é a revolução. E₈

Pai

A sub-categoria *pai* evidencia aspetos relativos à assunção do papel do pai, nomeadamente ao nível da relação e da comunicação. Por vezes a figura do pai é confundida com a de amigo ou até de psicólogo. O que emerge nesta sub-categoria é a ausência do pai.

A ausência do pai

“O meu pai está sempre a viajar nunca está em Portugal. Neste momento está a viver em Angola, já constituiu família.”E₁

“Tinha seis ou sete anos quando o meu pai faleceu. E do que me lembro é a maior parte do hospital, quando estava internado. Lembro-me de poucas coisas.”E₃

“Eu nunca tive o meu pai assim muito próximo de mim. Eu lembro-me que, quando era pequeno, para aí até aos cinco anos, mas depois ele saiu da minha vida e então já não tenho qualquer memória disso.”E₄

“ (...) o meu pai esteve muito ausente. Questões de trabalho, é preciso, é preciso, mas notou-se, sentiu-se.”E₁

Relação e comunicação

“(…) quando preciso de desabafar sobre um assunto mais delicado procuro sempre o meu pai”E₇

“Um bom pai deve dar atenção aos filhos, ter tempo para falar com eles (...) gosto dos conselhos que ele me dá.” E₇

Acho que tenho uma boa relação com o meu pai porque nós falamos de tudo. Não há segredos, de tudo mesmo. E₇

“ (...) Quando quero conselhos, quando estou mesmo a precisar, eu falo com o meu pai. Posso falar de tudo com o meu pai. É quase como um amigo. Um dos meus grandes amigos a quem eu conto tudo. Ele é assim como se fosse um psicólogo para mim. Então aprendo muito com ele.” E₈

Pais

Na sub-categoria *pais* o que emerge é a relação pais-adolescente e a necessidade de “separação” que se fará sentir ulteriormente.

“ (...) na nossa fase os nossos pais normalmente não nos compreendem (...) pensam que, como já têm uma mentalidade e uma experiência de vida diferente da nossa, eles pensam que nós não (...) e é complicado lidar com essas situações...” E₇

“ (...) os nossos pais querem sempre que os filhos desabafem para darem bons conselhos para poderem nos orientar. Mas isso nem sempre acontece porque os filhos fecham-se, isolam-se e não conseguem transmitir o que sentem aos pais (...) pensam que os pais não os estão a compreender” E₇

Irmãos

Na sub-categoria *irmãos* o que emerge são os laços de amizade, a relação afetiva forte, de apoio, de confiança, a valorização da presença, da preocupação de uns pelos outros, da capacidade de se motivarem uns aos outros, a entreaajuda:

Amizade

“ Grandes amigos que eu tenho é os meus irmãos. São os meus principais amigos, neste caso. São os meus melhores amigos em tudo. Quem me dera viver com os meus irmãos. A minha mãe criou-me deu-me educação mas os meus irmãos fizeram-me crescer. Portanto são coisas distintas.” E₁

Presença

“(...) como eu disse, eu vivo em irmandade. E a irmandade é, oh big eu preciso disto, e se for preciso numa hora está lá em casa. Oh mano como é que é isto, e o meu irmão está lá. Para mim os meus irmãos são os que estão mais presentes. E₁

Preocupação de uns pelos outros

“O meu irmão não vive comigo mas está sempre preocupado...se acontece qualquer coisinha não pára de ligar...E₃

Apoio motivação e ajuda

“O bom irmão é aquele que nos apoia e que dá motivação ou apoio para as coisas....” E₆

“Um bom irmão está-nos sempre a dar na cabeça mas também está sempre lá, para nos ajudar” E₈

Relação afetiva forte

“(...) nós temos uma relação afetiva forte, não é, depois há sempre aquela confiança de falar o que nós sentimos...” E₁₀

Pessoa significativa

O que emerge da sub-categoria *pessoa significativa* são familiares ou outros significativos que num período de maior vulnerabilidade dos adolescentes, quer pela situação de divórcio dos pais, quer pela morte de um dos progenitores, possibilitaram inverter a trajetória de risco desses adolescentes e conduzir o seu projeto de vida em direção ao bem estar.

Divórcio dos pais

“Quando o meu pai saiu de casa comecei a receber o apoio do meu irmão mais velho, que está na força aérea, porque ele viu que eu estava a ir abaixo, então foi ele que me pôs a estudar outra vez” E₁

”O meu irmão mais velho para mim é como se fosse um pai. Foi quem me fez crescer, foi quem me fez evoluir.” E₁

”Tenho um outro amigo meu, grande amigo meu, que foi quem me fez o que eu sou agora, porque eu sou praticamente um técnico da escola secundária LC e foi ele que me construiu, por assim dizer.”E₁

” (...) Porque sem dúvida sem a minha madrinha eu não seria quem sou hoje (...) eu era bastante despassarado e ela dava-me na cabeça (...) ela ao ver os meus erros ajudou-me a evoluir. E acho que isso é superimportante, mesmo superimportante.”E₁

” Chamaram a minha mãe à escola para lhe dizerem “ele chumbou” (...) mas depois, como é que vou melhorar isto? ... Foi o que o meu irmão fez. O meu irmão começou a lutar por mim. Ele foi mais... olha, eu faço isto... se tu queres fazer isto, então, luta por isso que eu dou-te o meu apoio. A partir daqui eu simplesmente quis evoluir porque eu quis ter aquilo. Eu acho que os pais têm de nos fazer ver isso.” E₁

Morte de um dos progenitores

” Quando eu vim de São Tomé, tinha um ano e tal, vim ter com a minha avó. A minha mãe continuou, ela tinha asma, teve um ataque e morreu. E desde aí a minha avó cuida de mim.”E₉

Na Tabela 81 apresentam-se os resultados relativos à categoria *família e ambiente familiar*.

Tabela 81

Características dos agregados familiares dos adolescentes integrados na *categoria família e ambiente familiar*

CATEGORIAS	SUB-CATEGORIAS	UNIDADES DE CONTEXTO	UE
FAMÍLIA E AMBIENTE FAMILIAR	Família	Relações familiares acolhedoras e de suporte	11
	Mãe		14
	Pai		9
	Pais		4
	Irmãos	Cuidado	7
	Pessoa significativa		6

3.4 – UMA ESCOLA PARA TODOS

3.4.1 - Fatores facilitadores na implementação de uma escola para todos

A categoria *escola e ambiente escolar* emergiu com um total de 2 sub-categorias, *a escola vista por dentro* e *abertura da escola à comunidade* inseridas na unidade de contexto, *escola promotora de saúde*. Com esta categoria pretendeu-se ver respondida a questão, “*O que significa para ti andares numa boa escola?*” A escola promotora de saúde oferece condições adequadas e dirigidas a um estilo de vida, aprendizagem e trabalho propício ao desenvolvimento da saúde. As escolas para seguirem a filosofia e os princípios da Escola Promotora de Saúde devem fazer por incluir no seu projeto educativo, não só a dimensão curricular mas também as dimensões psicossocial, ecológica, comunitária e organizacional.

A escola vista por dentro

A sub-categoria *a escola vista por dentro* reporta não só os aspetos físicos e estruturais da escola, mas também a escola enquanto lugar de resposta às necessidades dos alunos. Resposta às necessidades mais básicas, como o fornecimento de refeições, às mais complexas como por exemplo, atender às ideias dos alunos. O estabelecimento de relações entre os vários elementos da comunidade educativa alargada, nomeadamente, a relação professores-alunos, a exigência de papel e as expectativas geradas em torno da figura do professor, são outros aspetos que podemos observar nas narrativas dos alunos quando a escola é vista por dentro. A valorização de uma escola inclusiva é também reportada nesta sub-categoria.

“Eu para mim a escola onde eu estou para mim é tudo.”E₃

“Esta é uma boa escola (...) está em condições de satisfazer as necessidades dos alunos em relação a vários aspetos (...) gosta de ouvir boas ideias dos alunos... fazer uma exposição, criar um clube de xadrez (...).”E₂

“A minha escola tem umas boas instalações (...) aqui onde nós estamos é a parte mais velha mas a parte nova tem umas boas condições... Temos uma boa mediateca”E₃

“Esta escola tem bons professores e quando eu digo bons professores é que... não desistem de nós e sabem perguntar as coisas e conseguem arrancar-nos as coisas conseguindo explicar

aquilo que eles querem dizer e não tanto a escola ser boa em termos de... ai é nova, tem muitos computadores, tem computadores portáteis. Isso nem sempre é o mais importante.”E₄

“Agora que aqui estou nesta escola, sinto-me muito contente porque não tinha uma boa perspectiva da escola, pensava que não era igual à de Sta. M. mas enganei-me. Tem boas condições, um bom ambiente entre alunos. São unidos. Gosto imenso de cá estar e não quero mudar. Estou mesmo satisfeita. Para o ano já não quero ir para outra escola. Gosto do ambiente do curso”E₇

“Depois, a nível social. Aqui há um bocadinho de tudo. Estilos diferentes... e acho que são bem aceites (...) umas pessoas são mais tímidas, outras mais sociais e essas pessoas tímidas não são postas de parte. São integradas pelos outros tipos de estilos e eu acho que isso é muito bom para que não haja conflitos.”E₇

Abertura da escola à comunidade

A sub-categoria *abertura da escola à comunidade*, insere-se nos princípios e pressupostos do projeto, territórios educativos de intervenção prioritária, onde é advogada uma escola para todos e também na livre participação e colaboração de elementos vivos da comunidade que com a sua perícia, conhecimento e experiência, trazem para a escola mais valias para a construção do processo educativo.

“ (...) os professores preocupam-se aqui bastante com os alunos senão não havia metade das pessoas que há ... esta escola está à volta dos bairros sociais todos. Toda a gente desemboca aqui... eu não tenho nada contra. Nunca me fizeram mal nenhum, por isso...”E₈

“Cá na escola estamos sempre a tentar criar eventos e assim. Já vieram cá várias figuras públicas à escola tanto do desporto como de televisão. A nossa professora de teatro faz novelas na TV...”E₃

Na Tabela 82 apresentam-se os resultados relativos à categoria *escola e ambiente escolar*.

Tabela 82

Fatores facilitadores na implementação de uma escola para todos integrados na categoria *escola e ambiente escolar*

CATEGORIAS	SUB-CATEGORIAS	UNIDADES DE CONTEXTO	UE
ESCOLA E AMBIENTE ESCOLAR	A escola vista por dentro	Escola Promotora de Saúde	14
	Abertura da escola à comunidade		2

3.5 - O SENTIDO DA VIDA

3.5.1 - A vontade de sentido dos adolescentes na busca de orientação para o futuro e do sentido da vida

A categoria *orientação para o futuro* emergiu com um total de 5 sub-categorias, *trabalho, estudos, constituir família, profissão e melhores condições*. Esta categoria como a categoria *buscar o sentido da vida*, com duas sub-categorias, *religião e fé*, estão inseridas em 2 unidades de contexto *sentido da vida e do futuro* e *sentido de coerência*. Com a categoria *orientação para o futuro* pretendemos ver respondida a questão, “*Que vida aspiras ter, no futuro*”

A *vontade de sentido* em Viktor Frankl (2012) respeita ao esforço para encontrar um significado na nossa vida e é a principal força motivadora do Homem. O sentido é único e específico na medida em que tem de ser preenchido, e pode ser preenchido, somente por ele; só então assume um significado de satisfazer a sua própria *vontade* de sentido (Frankl, 2012:103). O *sentido de coerência* é uma orientação global que expressa a extensão para a qual se tem um penetrante, resistente todavia dinâmico, sentimento de confiança em que os estímulos provenientes do seu ambiente interno e externo no decurso da sua vida são estruturados, previsíveis e explicáveis; os recursos estão disponíveis para responder às exigências colocadas por esses estímulos; e estas exigências são desafios merecedores de investimento e desenvolvimento (Antonovsky, 1987:19).

Trabalho

No que se refere à sub-categoria *trabalho* observamos que existe efetivamente um ideia de futuro enxertada num projeto de vida que se desenha sob a forma de uma intenção ou da concretização de um sonho. Percebemos ainda existir uma energia mobilizadora intrínseca, motivacional, relacionada com o devir e com a necessidade de cumprir um desígnio, com sentido.

“ (...) existe um curso de educação e formação na escola, que me permite fazer umas certas disciplinas e aceder à faculdade. Não tenho que fazer os exames nacionais. Fico com o nível cinco e vou para o mercado de trabalho já com... mais diplomas, mais diplomas...”E₁

“Eu primeiro quero acabar o curso e procurar trabalho. Mas trabalho mesmo a sério em full-time. Um trabalho que goste.”E₁

“(...) quero ver se consigo fazer o meu estágio numa empresa de cruzeiros (...) acho que temos de aproveitar enquanto podemos ter essas experiências, ganhar currículos e viver mesmo, até encontrar mesmo aquilo que realmente gostamos de fazer e chegar aquele dia, nem que seja levantar às cinco da manhã, vou trabalhar todo contente (...) acho que é isso que é importante nós fazermos porque senão não vale a pena.”E₁

“ No futuro vou poder ter o meu trabalho, já vou poder ganhar para mim. E acho que é um bocado isso, não vou depender tanto dos meus pais.” E₈

Estudos

No que respeita à sub-categoria *estudos* observamos que o adolescente já é capaz de tomar decisões responsáveis e, portanto, de fazer escolhas através de uma avaliação realista das consequências associada à ideia de concretização do seu projeto de vida:

“Ficar cá pelo país (...) depende muito. Enquanto fizer os estudos vou ficar cá pelo país porque primeiro o meu primeiro pensamento é acabar os estudos, (...) porque sem estudos eu não vou a lado nenhum.”E₁

“Quero continuar os estudos. Acabei um curso profissional. Depois do estágio, quero continuar os estudos.”E₃

“Espero... conseguir estudar...conseguir fazer o que quero fazer...” E₉

“A universidade era o que eu não queria seguir. Estou um bocado cansado dos estudos, sinceramente.”E₁

Constituir família

No que se refere à sub-categoria *constituir família* existe uma ideia de atribuição de sentido a uma realidade incontornável, a da manutenção e reprodução de um papel social assumido na continuidade, por forma a assegurar a evolução e o desenvolvimento das gerações vindouras:

“Nós temos de constituir famílias. Nós temos que evoluir, por assim dizer. Nós temos que ter a nossa família, ter os nossos filhos, os nossos netos. Continuar a nossa linha, por assim dizer. Nós também temos que fazer, por assim dizer, a nossa marca. Temos que continuar a crescer porque nós temos muita ainda para desenvolver. E a família é outra face que tem de ser desenvolvida.”E₁

“ (...) Constituir família. Gostava de ter uns quantos filhos...Gostava de ter muitos filhos...”E₃

“(...) e depois ter a minha casa, não é? e construir uma família.”E₄

“Eu espero ter uma boa família.”E₈

“Depois prontos, ter filhos e isso... Não quero nada disso agora mas depois quero.”E₉

Profissão

A sub-categoria *profissão* ajuda a compreender o período de recessão económica e financeira e as restrições que lhe estiveram associadas. A precariedade contratual, as condições de vida, os baixos salários e, por causa disso, a possibilidade de construir futuro noutros locais do mundo, emigrando, retratam em poucas palavras a crise vivida no país, à época. Além disso os adolescentes revelam aspirações para o futuro no que se refere àquilo que gostariam de vir a ser.

“Para o futuro quero uma vida melhor do que a que tenho agora, isso sim. Ter uma profissão onde consiga ganhar mais do que a minha mãe (...) ter a minha profissão fixa, não ter que andar aí com contratos para a frente e para trás. Mas está complicado.”E₃

“Eu gostava de ser neurologista. Não gostava de ser mais nada. Mas...só se for para o estrangeiro. Por acaso tivemos aqui uma palestra com uma senhora da embaixada dos Estados Unidos da América cá em Portugal...Ela esteve a falar-nos de umas bolsas e se calhar eu...”E₄

“ (...) de qualquer das maneiras, mesmo que eu acabe por ir para o estrangeiro para me formar, devo sempre... voltar para Portugal. Tipo... talvez abrir aqui um consultório, ou fazer pesquisas cá em Portugal... E pronto, e depois tento ajudar a minha mãe no que ela precisar...”E₄

“O meu futuro vai ser ligado ao desporto. Ainda não tenho assim grandes planos sobre a área mas será mais ligado ao futebol...”E₁₀

Melhores condições

A sub-categoria *melhores condições* retrata, tal como a sub-categoria *profissão*, o período de crise, onde o endividamento das famílias, os empréstimos, a falta de dinheiro e o estigma introduzido pelas desigualdades, constituiu a realidade do quotidiano de muitas famílias com crianças e adolescentes. Existe ainda nesta sub-categoria uma ideia de futuro com um sentido alicerçado na esperança e construída por referência à experiência vivida na crise:

“ (...) ter o meu carrinho, a minha casa, as minhas coisas. Não ter dívidas, ter tudo pago como deve ser, não ter que andar com empréstimos e essas coisas. Eu considero que a minha vida agora...está-me a dar o ensinamento para, no futuro, se tiver mais não andar a desperdiçar e a esbanjar. Nem ter a mania que sou melhor porque tenho mais vinte ou trinta euros que outra pessoa.”E₃

“No futuro espero vir a ter melhores condições e vou poder proporcionar melhores condições às pessoas que irão viver comigo. Ou até mesmo à minha mãe.”E₄

“ Espero poder ter dinheiro para pagar coisas aos meus filhos. Para poder ter coisas lá em casa. Comida e coisas tipo, ... aquelas necessidades que não são básicas.”E₈

A categoria **Buscar o sentido da vida** emergiu com um total de 2 sub-categorias *religião e fé* e 12 unidades de registo inseridas em 2 unidades de contexto *sentido da vida e do futuro e sentido de coerência*. Esta categoria ilustra as questões, *“Fala-me um pouco da tua religião”* *“A tua religião tem algum significado na tua vida?”*

Religião

Na tentativa de compreender o que é o budismo a adolescente coloca a si mesma esta exigência como um desafio merecedor de investimento e desenvolvimento:

“Já fui católica e agora como não sou praticante torna-se um bocadinho difícil ter essa religião. Mas, há quem acredite, ...há quem acredite que o budismo não é uma religião. Mas eu estou a entrar por esse caminho. Estou a ler livros, estou a tentar compreender. Se, se gostar e se conseguir compreender essa filosofia de vida talvez adote como uma religião, como a minha religião.”E₇

A vontade de sentido nesta adolescente respeita ao esforço para encontrar um significado na sua vida que passa por procurar a paz interior e a verdadeira felicidade.

“Um budista procura encontrar o nirvana, a paz interior, através de caminhos espirituais. E então praticar o bem, sempre, sempre, de qualquer maneira. Eu acho que todas as religiões explicam um bocadinho disto. Mas o budismo tenta que nós... ensina-nos a chegar melhor a esses objetivos. Como encontrar a paz interior. A verdadeira felicidade.”E₇

O estímulo merecedor de investimento e empenho, buscar o budismo como religião, é devidamente estruturado, previsível e sobre ele a adolescente procura uma explicação:

“Eu por agora só estou mesmo a recolher a informação. Estou a aprender. Quando eu conseguir aprender o que é verdadeiramente o budismo talvez comece a iniciar os ensinamentos, ir a aulas budistas e conseguir exercer a religião. Foi através de um livro que eu me interessei...”E₇

Procura satisfazer a sua própria vontade de sentido através do budismo para orientar a sua própria vida:

“Também gostava de pesquisar e de procurar informação sobre outras religiões, não só o budismo, para depois ter a certeza de qual é que vou escolher ou não. Porque é sempre muito bom nós termos uma religião, porque a religião também nos orienta a nossa vida.” E₇

A religião como recurso e como significado:

“Sou católico, praticante. Vou uma vez por semana à igreja, ao sábado, quando há missa. A religião tem significado na minha vida porque às vezes acreditar em Deus faz-me querer ser melhor e ajuda, dá uma ajuda para tratar dos problemas que eu tenho. Às vezes peço ajuda aos meus pais, se não conseguirem tento superá-los como outras pessoas fizeram. A religião dá-me essa força.”E₆

“Em Cabo Verde ia mais à igreja mas depois vim para cá e deixei de ir um pouco. Acho que... sempre... acreditei em Deus. Acho que para mim, Deus é o poderoso, não é, que nos ilumina o nosso caminho e que nos leva de um lado para o outro pelo caminho certo. Por isso acho que para mim tem um grande significado.”E₁₀

Fé

Na dúvida, a fé, para buscar o sentido da vida:

“Eu não sei. Eu acredito nessas coisas e não acredito. Acredito que haja uma força que nos domina. Agora chamarem-lhe um nome...Deus, é que me faz um bocado de confusão. Assim quando a gente está assim um bocado mais aflita a gente tem é que ter fé e assim, não é? Mas não sei...”E₈

Na Tabela 83 apresentam-se os resultados relativos às categorias *orientação para o futuro e buscar o sentido da vida*.

Tabela 83

A vontade de sentido dos adolescentes integrada nas categorias *orientação para o futuro e buscar o sentido da vida*

CATEGORIAS	SUB-CATEGORIAS	UNIDADES DE CONTEXTO	UE
ORIENTAÇÃO PARA O FUTURO	Trabalho	Sentido da vida e do futuro	5
	Estudos		4
	Constituir família		5
	Profissão		8
BUSCAR O SENTIDO DA VIDA	Melhores condições	Sentido de coerência	3
	Fé		3
	Religião		9

3.6 - POBREZA INFANTIL

3.6.1 - A voz dos adolescentes em tempos de crise

A *pobreza* foi uma categoria que emergiu com um total de 15 sub-categorias, a saber, *Sim recebo SASE, não tenho muita roupa e sapatos, não durmo num quarto só para mim, na escola como bem e barato, a minha mãe faz todos os sacrifícios, apesar dos meus pais não*

terem dão-me a mim, não me considero infeliz, conformismo e vergonha, desemprego, dívidas, poupar, não há dinheiro para gastos, anemia, cuidados de saúde primários e valores e crenças, o que do nosso ponto de vista, retrata claramente a dimensão privação associada à pobreza infantil. As unidades de registo, num total de 28, leva-nos a concluir pela importância desta área dos cuidados de enfermagem. Esta categoria ilustra a resposta a diferentes questões que rodeiam a pobreza infantil, nomeadamente, *“Dormes num quarto só para ti?”*, *“Tens roupa suficiente?”*, *“Tens sapatos suficientes?”*, *“Recebes Subsídio de Ação Social Escolar (SASE)?”*, *“Costumas tomar o pequeno-almoço antes de ir para a escola”*, *“Quantas refeições fazes por dia?”*, *“Que tipo de alimentos comes com mais frequência?”* *“Gostava que me falasses um pouco sobre a tua saúde”*. Intencionalmente utilizámos o termo pobreza infantil já que esta análise seguiu a filosofia e os princípios orientadores da Convenção sobre os Direitos da Criança (CDC, UNICEF, 1990), segundo a qual “criança é todo o ser humano menor de 18 anos, salvo se, nos termos da lei que lhe for aplicável, atingir a maioridade mais cedo” (Art. 1º da CDC). Como as pessoas na faixa etária entre os 13 e os 17 anos não se revêm na designação de criança, utilizaremos as designações de “criança e adolescentes” quando nos referimos a esta faixa etária naturalmente que nesta e nas outras categorias. O conhecimento da realidade destas crianças e dos desafios que enfrentam está plasmada na categoria *pobreza* e retrata o agravamento da situação económica e financeira do nosso país e as medidas de austeridade adotadas em pleno período da recolha de dados (ano letivo 2012/2013). Esta categoria ilumina vários aspetos relacionados com a vida das crianças e o modo como estão, ou não estão, a ser cumpridos os seus direitos. Para perceber o verdadeiro impacto que a situação atual teve nas suas vidas era também indispensável conhecer os seus testemunhos, as suas opiniões e estratégias para enfrentar a crise, pondo em prática um direito muitas vezes referido mas poucas vezes cumprido – o direito de cada criança a expressar-se livremente sobre matérias que a afetam e que as suas opiniões sejam devidamente tidas em conta.

A pobreza monetária e a privação neste grupo de entrevistados está presente em diferentes aspetos da vida das crianças e, portanto, as 15 sub-categorias inserem-se nas unidades de contexto *abordagem unidimensional da pobreza* (monetária) e *abordagem multidimensional da pobreza* (privação).

Sim, recebo SASE

A pobreza monetária nos nossos entrevistados é retratada neste grupo através do subsídio de ação social escolar (SASE) como nos refere um dos participantes:

“Não tenho uma vida económica fácil, de andar a esbanjar dinheiro (...) agora tenho o subsídio social escolar do escalão B (SASE B), houve alteração...dantes era... o ano passado tive o SASE A. Agora como houve alterações na lei passei para o SASE B e antes era normalmente cento e qualquer coisa euros para comprar os livros todos. Este ano é diferente (...) a gente compra os livros com o nosso dinheiro traz a fatura e a escola só paga mesmo os livros. Enquanto que antigamente se sobrasse dinheiro dava para comprar uma borracha e mais coisas para a escola, material escolar (...) este ano tenho direito à alimentação porque a minha mãe pediu porque este ano acho que não me davam....”E₃

Não tenho muita roupa nem sapatos

Mais do que espectadores passivos da vida familiar ou social, os adolescentes revelam-se observadores atentos e preocupados com o seu quotidiano e também dos pais ou cuidadores. Os adolescentes mostram-se capazes de identificar dificuldades e privações em consequência das alterações económicas e sociais.

O vestuário e o calçado é uma das dimensões que reflete o estado de privação:

“O vestuário é a minha madrinha e o meu irmão mais velho que maioritariamente me vestem. Há que poupar (...) o meu avô está muito doente e a minha avó, prontos, o meu avô não pode sair agora do lar onde está, e então ela dá-me a roupa dele. Então muita roupa que era do meu avô veio para mim. E obviamente muita roupa não tenho. Mas tenho o suficiente para mim. E sapatos, calçado por acaso, isso também como o meu pai foi para Angola agora, sapato, tenho muito sapato... Sou mais daquelas pessoas também que enquanto não estragar aqueles não vou estragar os outros. Estragar aqueles primeiro. E é mais assim, é mais por aí...E₁

Outro participante também se refere à quantidade de roupa e sapatos e à esperança de no futuro conseguir melhorar a situação por ingressar no mundo do trabalho:

“Roupa e sapatos tenho mais ou menos, vivendo só com a minha mãe há sempre dificuldades económicas. Tem que se poupar. Nem sempre pode-se ter tudo. Mas...estou satisfeito, mas depois, quando começar a trabalhar depois é sempre mais fácil. Além de ajudar a minha mãe em casa, depois também posso comprar as minhas coisas, acho que é melhor, mais...E₂

Não durmo num quarto só para mim

Uma das características dos agregados familiares com baixos recursos é habitarem casas com áreas subdimensionadas que respondam às reais necessidades de circulação, de privacidade, comodidade e bem-estar, razão porque muitas vezes as crianças habitam os quartos dos pais até idades tardias ou, então, no caso de famílias numerosas, as crianças partilham os quartos com os irmãos ou outros familiares, não tendo, por isso, um quarto só para si:

“Não durmo num quarto só para mim durmo também com as minhas primas. Quem está habituada a ter muitas coisas acha que se estiver a dividir o quarto com outra pessoa, acha que isso é mau. Mas para quem nunca teve acha que é bom.” E9 “Lá em casa são duas assoalhadas. Tenho cinco irmãos e dois vivem comigo. Não durmo num quarto só para mim... durmo com os meus dois irmãos.” E10

Na escola como bem e barato

A escola, enquanto local de oportunidades de promoção da saúde, desenvolve-se em torno dos conceitos de “saúde” ou de bem-estar bio-psico-social, e coloca a tónica no aumento de capacidades e resistência dos indivíduos e dos grupos para lidar de forma positiva com os fatores adversos da vida (Antonovsky, 1979 citado por Loureiro 2010). Este aumento de capacidade e resistência torna-se possível quando estão satisfeitas necessidades básicas fundamentais como, por exemplo, as que se relacionam com a alimentação. Na escola a existência de alimentos com qualidade adequada torna-se tão importante quanto a realidade tem mostrado que, a frequência da escola, é para algumas crianças motivada apenas pela alimentação que aí recebe. As privações diárias a que as crianças pobres estão sujeitas, muitas não tomam o pequeno-almoço, por exemplo, refletem-se também ao nível da nutrição e da saúde em geral. Ou por carência de alimentos e de nutrientes necessários a uma saúde equilibrada:

“(...) houve uma altura que... que estava muito magro. Não sabia o que comer. Preferia o bar e comer um bolo à refeição mas não me tirava a fome. A comer assim mal, quem me dava na cabeça era a minha madrinha que estava distante (...) mas ela via-me a perder peso... oh madrinha estou bem e tal...tem que acreditar em mim...E1 ou por falta de condições não cumprindo com a toma do pequeno-almoço “Muitos saltam o pequeno-almoço (...) e depois quando chegam à escola (...) saltam o pequeno-almoço porque já não têm condições...” E10

Face a estas circunstâncias de carência, numa visão assistencialista, a Escola revela-se um território protetor dando resposta a uma necessidade básica fundamental como a de proporcionar uma alimentação equilibrada a baixo custo. Advogamos no entanto que estas medidas devem ter um carácter temporário enquanto não são agidos os fatores determinantes da saúde, nomeadamente, os fatores ambientais, como forma de solucionar os problemas associados à multidimensionalidade da privação infantil:

“(...) na escola permite-me comer bem e barato, porque no refeitório é: - ponha-me lá mais algum bocadinho se faz favor... e então, como o prato, como pão, como a sopa, como a sobremesa que costuma ser fruta, e fico com uma refeição bem feita... e todos os dias diferentes e como bem e barato...”E₁

Como referido no Programa Nacional de Saúde Escolar a intervenção da Saúde na Escola requer abordagens abrangentes e multissetoriais que vão para além da Saúde e da Educação sendo que os recursos deverão estar organizados em prol da redução das desigualdades em saúde e na promoção da equidade numa escola que se quer para Todos (PNSE, 2015). Para atingir este desiderato da redução das desigualdades e da promoção da equidade há pelo caminho muito trabalho a fazer. No futuro próximo ninguém de bom senso quererá ouvir dizer o que este participante nos revela:

“(...)felizmente em algumas escolas dão alimentos (...) porque isso é importante porque uma pessoa chegando a uma certa hora, estando muitas horas sem comer, claro, vai chegar uma certa altura o corpo já não vai reagir e vai desfalecer ou, prontos...” E₁₀

A minha mãe faz todos os sacrifícios

Quando abordadas sobre o impacto da crise nas diferentes gerações, uma percentagem significativa das crianças refere que os pais são os mais afetados pela crise no presente, nomeadamente, em famílias monoparentais. Em termos sociodemográficos, o facto de uma criança estar incluída numa família monoparental coloca-a numa posição mais vulnerável à pobreza infantil (Bastos, 2011:86):

“Não tenho uma vida económica fácil, de andar a esbanjar dinheiro, mas também não me falta nada a minha mãe faz todos os sacrifícios para não me faltar nada”E₃

“Eu agora como só vivo com a minha mãe, e como ela é a única que trabalha em casa, é sempre difícil visto que é só ela a sustentar aos dois, não é, à casa, contas da casa, depois a alimentação, roupa, vestuário, é um bocado difícil. Às vezes...às vezes temos que cortar em certas coisas. É sempre um bocado difícil. Só quando eu começar a trabalhar é que posso aliviar um bocado mais e...” E₂

Apesar dos meus pais não terem dão-me a mim

Na pobreza os pais existem como modelo de esforço, de abnegação, de capacidade para tudo sacrificar em prol dos filhos, de preocupação com a sua felicidade, associado ao sentimento de preenchimento dos filhos com bens e valores que muitas vezes não são materiais:

“Os meus pais às vezes perguntam-me se eu sou feliz. E eu digo que sim. E eles dizem: o que é que tu queres mais? E eu não sei responder o que é que poderia ter mais. Porque eles dão-me tudo. Às vezes apesar de eles não terem dão-me a mim.” E₆

Não me considero infeliz

A felicidade, entre os adolescentes pobres, passa por ter apoio familiar e ter um grupo de amigos com que possam conviver:

“Para mim, ser feliz na vida é ter apoio. Um jovem da minha idade precisa ter apoio dos pais. Chegam a uma certa altura... tens 17 anos quase 18 anos já és um homem ou uma mulher começa a desenrascar (...) os pais já não se interessam por eles. Eu felizmente sempre tive apoio (...) nessas idades pensamos que sabemos tudo e temos ainda muito para aprender e se nós tivermos um adulto que já tem experiência de vida, nunca chegaremos a um fim que nós não queremos. Por isso ter o apoio familiar é muito importante (...) e ter um grupo de amigos com quem possas conviver...” E₁₀

Outro adolescente justifica a sua felicidade através da ajuda da família:

“Porque posso, não ter assim grandes coisas, coisas de marca também, mas pronto, não me considero uma pessoa infeliz ou que viva infeliz. Graças a Deus sou uma pessoa feliz. Na família, recebi ajuda que eles me deram, por isso...” E₁₀

A questão da felicidade reveste-se de grande complexidade. Particularmente quando observada sob a lente da pobreza infantil. Esta reflexão remete-nos para o pensamento de Amartya Sen (1999) que tece argumentos a favor de abordar a pobreza em função das

potencialidades. A pobreza efetiva, diz o autor, reside na carência de potencialidades; a abordagem centra-se nas privações que são *intrinsecamente* importantes diferentemente do rendimento reduzido, que só *instrumentalmente* é significativa. A relação instrumental entre baixo rendimento e potencialidade reduzida é variável entre comunidades diferentes e mesmo entre diferentes famílias e diferentes indivíduos, o impacto do rendimento nas potencialidades é contingente e condicional (Sen, 1999:102). De acordo com o autor a pobreza deve ser encarada como privação de potencialidades básicas mais do que, meramente, como carência de rendimentos, que é o critério estandardizado para identificar a pobreza. Numa reflexão nossa, poderemos em teoria admitir que os adolescentes pobres que se dizem felizes têm um capital de potencialidades diferente de outros para quem a felicidade é qualquer coisa para que se caminha ou que nem sequer tem caminho para andar?

Conformismo e vergonha

Há também na pobreza um certo conformismo, uma submissão à regra, de ter que viver com aquilo que se tem. De se contentar com o que se tem:

“Sim porque...prontos, nem sempre foi fácil, as condições de vida nem sempre foram fáceis mas... eu digamos já me habituei a isso, já sei como é que é (...) pode acontecer, às vezes contar com imprevistos, pode...pode acontecer. Ah...por isso digamos que contento-me com aquilo que tenho. Não é que se tiver mais não goste mas...aprendi a contentar com o que tenho por isso... Mas se tiver um bocado mais algo é bom.”E₂

Há também na pobreza sentimentos de vergonha e baixa autoestima:

“(...) Porque às vezes também, não sei se é vergonha ou não, não trago comida para o lanche. Os meus pais estão fartos de dizer para trazer mas depois eu esqueço-me, ou tenho vergonha, ou uma coisa assim. Quando era pequeno às vezes trazia. Então sinto-me mal, trazer uma lancheira...”E₆

Desemprego

O desemprego é uma das temáticas recorrentes em tempos de crise. Há provas abundantes de que o desemprego além da perda de rendimento, tem outro tipo de impactos como doenças

psicológicas, perda de autoestima, aumento da morbidade e mortalidade, ruturas nas relações familiares e na vida social, agravamento da exclusão social, entre outras (Sen, 1999).

O problema acrescido do desemprego, nas famílias monoparentais:

“Ou, por exemplo, no meu caso que vivo só com a minha mãe, a minha mãe acabar por ficar desempregada e não ter fundo de desemprego.”E₄ “ (...) as famílias que estão a ficar desempregadas e não têm dinheiro não conseguem comprar coisas importantes não têm como sustentar a família... essas dificuldades. Também cada vez há mais ajudas do banco alimentar, pronto...” E₁₀

A problemática do desemprego associada à circunstância de haver na família um dos elementos do agregado doente, revela-se de modo preocupante na narrativa deste participante:

“A minha família é um bocadinho necessitada porque o meu pai é desempregado e a minha mãe... O meu pai está de baixa e a minha mãe está desempregada. Depois às vezes os meus pais não comem para nós comermos. E depois como muito, como muito, e às vezes não penso nos outros. É isso, tenho de comer... mas como mais... às vezes tenho de pensar nos outros e não só em mim...”E₆

De registar a culpabilidade assumida pelo participante E₆ num gesto autoinfligido de “*blaming the victim*”.

Dívidas

Na pobreza há dívidas e existe a esperança de dias melhores:

“E também já estive mal, pior vá, de dinheiro lá em casa, mas...as dívidas estão-se a acabar. O meu pai por acaso, o meu pai e a minha mãe, têm tido muito... cuidado em pagar tudo. Fazer tudo certinho. Fazem muitas contas e aquilo bate sempre certo. Graças a Deus nunca..., nunca estivemos mal em relação a isso. Mas quando as dívidas acabarem há de sobrar dinheiro, há de sobrar coisas assim.”E₈

Poupar

“(...) às vezes os pais compram para nós e não compram para eles. Mas, por exemplo, eu o ano passado tive média de catorze e recebi uma bolsa de 1000 euros. E então com esse dinheiro dei metade aos meus pais e o resto comprei coisas para mim e ainda juntei para ir para a faculdade.”E₆

Há aqui uma ideia de poupar para o futuro e de partilhar a bolsa com os pais, mas o mais importante a retirar desta narrativa será porventura recordar que este adolescente integra o quadro de bolsas de mérito da escola e, portanto, de registar a força, empenho e motivação para “persistir em conjunto na existência, apesar de” (Honoré, 2004) e a capacidade humana de transformar criativamente os aspetos negativos da vida em algo positivo e construtivo (Frankl, 2012:135)

Ainda sobre o impacto da crise e a necessidade de poupar diz-nos outro adolescente:

“Pronto, acho que as pessoas para lidar com a crise em relação aos outros anos acho que nós temos de poupar. Porque, digamos, dantes ganhavam mais, mas agora com os salários a baixar e os produtos a aumentar o que temos de fazer? É gastar apenas no que interessa...”E₁₀

Amartya Sen na sua obra “A ideia de justiça” coloca-nos perante a asserção “Procurar entender quais são as exigências da justiça é um exercício tão solitário como qualquer outra disciplina humana” (Sen, 2009:142) Numa reflexão nossa perguntamos se será justo o próprio exigir de si mesmo aquilo que já não tem?

Não há dinheiro para gastos

Na pobreza não há dinheiro para gastos e a verdadeira riqueza é ter a família unida:

“Não pratico desporto em nenhum clube mas depois de comer faço exercício e ando a pé porque o meu pai não tem carro. O que é melhor lá em casa é estarmos todos juntos porque ninguém está divorciado e isso é bom. Ter a família unida. O mal é que os meus pais estão desempregados, um está de baixa e o outro está desempregado, não é? E depois não há dinheiro para gastos.”E₆

Anemia

A par da educação, a saúde, como definida pela Organização Mundial de Saúde” (OMS, 1946) “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de doenças ou enfermidades” está - de acordo com a vasta produção científica que retrata padrões de morbilidade e mortalidade mais elevados entre a população pobre - seriamente comprometida entre as crianças pobres, em todas as dimensões. No que concerne ao bem-estar físico e como documentado por um dos participantes:

“Por acaso eu, o que me tem acontecido várias vezes é ter tido tonturas ao levantar-me. Isso também dizem que acontece a todos, não é, porque como uma pessoa está em baixo, levanta-se rapidamente fica tonto. Às vezes acontece-me ao levantar-me devagar, e tal, acabo por ficar tonto. Tive que fazer umas certas análises... fui ver e tive quase até anemia. Tive quase anemia, níveis baixos de ferro no sangue. Agora está mais regularizado mas continuo a ter essas tonturas à mesma. Assim mais de resto...ah, também sempre tive dores de crescimento nas pernas. Sempre tive muitas dores nas pernas por causa dos ossos, cresciam muito... Ultimamente tem sido assim, uma vez, recentemente, tive outra vez essas dores nos joelhos que me vi a coxear completamente. Tive que ir ao médico. Agora tenho que ir fazer, tenho que ir tirar ecografias e Rx às pernas por causa disto...”E₂

Cuidados de saúde primários

O acesso aos cuidados primários de saúde entendido, socialmente, como um fator determinante para a obtenção de ganhos adicionais em saúde, torna-se um meio de conferir prioridade aos mais pobres e contribuir para a redução das desigualdades em saúde que, como sabemos, estão fortemente associadas a determinantes sociais. Esse acesso aos cuidados de saúde, no caso do nosso participante, fez-se através do médico de família:

“Além da anemia está tudo bem. Por acaso o médico de família só me aconselhou, por enquanto, a ter que tomar...a incluir certos alimentos que me aumentariam os níveis de ferro no sangue...”E₂

Nem por uma vez, em dez entrevistados, foi referido o enfermeiro como elemento de referência nos cuidados de saúde e do seu importante papel em diferentes *settings* como são a escola ou a comunidade como um todo.

Valores e crenças

Na pobreza há solidariedade, empatia, partilha e compaixão, uma crença na religião. Também há o medo do futuro:

“Um bom vizinho, prontos, pode dizer-se que é uma pessoa confiável (...) Uma pessoa que gosta de ajudar. Há vizinhos que passam dificuldades económicas graves. Se um vizinho vê que o outro está com dificuldades económicas ou de alimentação, pode dizer: vizinho eu estou a ver que está a viver mal economicamente, não é desprezar, não é sentir que sou superior ao

vizinho, mas posso ajudar, dar um copo de leite, uma sopa... pode este mês estar apertado e depois para o próximo mês pode estar melhor... nunca se sabe o que é que pode acontecer com nós no futuro (...) na religião católica eles dizem ajudar o próximo... vou ajudar o meu vizinho porque não sei o que é que pode acontecer no futuro. Por isso eu penso que isto é importante.” E₁₀

Na Tabela 84 apresentam-se os resultados relativos à categoria *pobreza*.

Tabela 84
A voz dos adolescentes em tempos de crise integrada na categoria *pobreza*

CATEGORIAS	SUB-CATEGORIAS	UNIDADES DE CONTEXTO	UE
POBREZA	Sim recebo SASE		2
	Não tenho muita roupa nem sapatos		2
	Não durmo num quarto só para mim		2
	Na escola como bem e barato	Abordagem unidimensional da pobreza (monetária)	2
	A minha mãe faz todos os sacrifícios		2
	Apesar dos meus pais não terem dão-me a mim		1
	Não me considero infeliz		1
	Conformismo e vergonha		2
	Desemprego		4
	Dívidas	Abordagem multidimensional da pobreza (privação)	1
	Poupar		3
	Não há dinheiro para gastos		2
	Anemia		1
	Cuidados de saúde primários		1
	Valores e crenças		2

3.7 – IMPORTÂNCIA DO LUGAR NA SAÚDE E BEM-ESTAR

3.7.1 - Aspectos relativos aos bairros residenciais dos adolescentes

O bairro é uma categoria que incorpora 3 sub-categorias, *aspectos positivos do bairro*, *aspectos negativos do bairro* e *vizinhos*. Esta categoria pretende retratar a problemática associada aos bairros onde vivem os adolescentes e pretende ilustrar a resposta a diferentes questões, nomeadamente, “*Quais são as características de uma boa área residencial?*” “*A tua área*

residencial tem as características que mencionaste? “O que significa para ti teres bons vizinhos?” As unidades de registo, num total de 26, leva-nos a concluir pela importância da ação do enfermeiro em territórios de maior vulnerabilidade ou de intervenção prioritária. Daí inserir-se nestas sub-categorias a unidade de contexto *áreas de privação vs territórios promotores de saúde* já que, de acordo com McCulloch (2003) citado por Nogueira (2009), os determinantes estruturais interagem com as condições de vida quotidiana, modelando ambientes de declínio e risco para a saúde ou, inversamente, ambientes de crescimento e promoção da saúde. Mais do que identificar as determinantes individuais e contextuais da saúde, pretende-se agora dar a conhecer a forma como estas se combinam, conduzindo a uma compreensão sobre a emergência de territórios amplificadores do risco para a saúde, ou inversamente, territórios promotores de saúde.

Aspetos positivos do bairro

Os *aspetos positivos* do bairro respeitam à sua envolvente e enquadramento, nomeadamente, à existência de espaços de fruição e lazer (espaços verdes), à tranquilidade, à segurança, às pessoas, e à possibilidade de realizar festas e cursos (alfabetização e informática, entre outros) promovidos por associações de desenvolvimento comunitário e pela junta de freguesia:

Os espaços verdes

“(…) na Serra das Minas, há bastantes espaços verdes, muitas árvores, há relva. Uma pessoa pode correr, brincar. E2 “Lá no bairro há muitos parques, muitos sítios verdes, com espaço, onde vou fazer as compras e isso é bonito. Há crianças ali no parque a brincar.”E9

A tranquilidade

“É uma zona tranquila, gosto da calma que lá há, nunca há confusões nem nada dessas coisas. É uma zona que de manhã à noite não se ouve pio.E3 ” A zona onde eu vivo é muito calma. Muito calma. E por isso é que me sinto protegida, por causa disso.”E7 ” (...) é um ambiente calmo que é o que eu gosto mais no bairro onde vivo.”E10

A segurança

“É uma área segura.”E3 “(...) a zona onde eu vivo é segura.”E7 “A zona onde vivo é segura. É. Acho que sim. Pelo menos nunca tive problemas de segurança ali. Nem nunca lá fui assaltada.”E8 “O meu bairro é seguro.”E9

As pessoas

” Daquilo que eu gosto no meu bairro é das pessoas.”E₆ “O que eu gosto no bairro é conhecer lá pessoas. Socializar. Gostar do bairro é socializar, ir a cafés.”E₈

Festas e cursos

”Os grupos lá no bairro já estão bem porque há festas das nacionalidades promovida pela junta da freguesia e pelas associações e é bom conhecer as culturas dos outros e essas festas oferecem às pessoas o convívio e a partilha de novas culturas. As associações tentam ajudar as pessoas da comunidade islâmica a inserirem-se na sociedade e também ajudaram os meus pais (...) as pessoas lá na associação se quiserem tirar lá o curso, não sei do quê, podem tirar.”E₆

Aspetos negativos do bairro

Os *aspetos negativos* do bairro respeitam à insegurança trazida por grupos de jovens, a más condições de urbanização, ao fechamento dos idosos nas suas casas e à falta de renovação do bairro com pessoas novas:

Bairros inseguros frequentados por grupos

“A área onde vivo é mais ou menos segura. É a tal questão de às vezes aparecer vários grupos e tal, e nem sempre é seguro...há os da Zona A e também os da Zona B (...) costuma haver bastantes grupos. Há mais grupos por aí ... pelos arredores, mesmo.”E₂ ” (...) eu vivo num bairro...mas os bairros adjacentes são relativamente mal frequentados até. As pessoas dos bairros adjacentes, elas não andam só no bairro delas. Esses bairros são mais inseguros“E₄

Assaltos

“(...) as pessoas que habitam esses bairros praticam ações que eu não considero corretas. Por exemplo, assaltos. Não tenho bem a certeza, mas ... quase de certeza que há tráfico... e pronto todo um conjunto de práticas que associamos a esse tipo de pessoas.”E₄ “(...) assaltos (...) pronto, essas coisas já houveram mas mais para baixo (...) lá onde eu estou não costuma haver essas coisas. Mas mais para baixo já houve essas situações.” E₁₀

Confusão no bairro

“Não gosto da confusão que há no meu bairro...confusões entre os grupos... sim, aqueles grupos (...) por exemplo, raça negra contra raça branca ou... mas agora está menos (...) porque as pessoas, as várias etnias, estão juntas. Então já não há esse conflito.E₆ “(...) pessoas a lutarem ou mesmo digamos tiroteio, essas coisas que muitos bairros acontecem... não, por acaso no meu lado do bairro não, mas, pronto, há... já houve, mais para baixo, já houve essa confusão (...)” E₁₀

Urbanização do bairro

“Enfim, as casas onde eu moro deveriam ser urbanizadas, mas ainda não foram porque o processo está bastante atrasado para a urbanização do meu bairro. E então é precisamente isso que eu não gosto. O problema já se arrasta há muitos anos.”E₇

O sítio onde moro é só velhinhos fechados em casa

“(...) o sítio onde eu moro, é só velhinhos. Não há assim nada..., não inovam aquilo... não trazem pessoas novas e... as pessoas estão sempre fechadas em casa, sempre... Ai que me dói isto, ai que dói aquilo. E depois quantos mais tratamentos mais lhes doem.”E₈

Vizinhos

Os vizinhos são observados pelos adolescentes como pessoas, no geral, que sabem respeitar, preocupam-se com os outros, servem de apoio e sabem ajudar:

“Um bom vizinho não faz coisas que incomodem os outros vizinhos... barulho e assim... porque às vezes os vizinhos podem não falar muito entre eles mas desde que respeitem os outros, está tudo bem.” E₂ “ (...) no nosso prédio não há muita ligação entre os vizinhos” E₃ “tínhamos uma vizinha que morava à nossa frente (...) a minha mãe ia trabalhar e deixava-me com ela”E₄ “(...) servem-nos de apoio, preocupam-se connosco quando precisamos e pedem-nos ajuda quando precisam.”E₇ ” Um bom vizinho? Não sei. Às vezes há tantas notícias na televisão de pessoas que morrem e que estão naquela casa durante tanto tempo e ninguém deu conta deles. São vizinhos que não se preocuparam senão já tinham reparado, já tinham dado falta pela pessoa. Não sei. Um bom vizinho, se calhar, um vizinho preocupado. Não sei...”E₈ ” já ouvi falar que há vizinhos que também só sabem bisbilhotar e falam mal da vida das pessoas mas há outros que sabem ajudar...”E₉

Na Tabela 85 apresentam-se os resultados relativos à categoria *bairro*.

Tabela 85

Aspetos relativos aos bairros residenciais dos adolescentes integrados na categoria *bairro*

CATEGORIAS	SUB-CATEGORIAS	UNIDADES DE CONTEXTO	UE
BAIRRO	Aspetos positivos do bairro	Áreas de privação vs territórios promotores de saúde	9
	Aspetos negativos do bairro		6
	Vizinhos		6

3.8 – O ADOLESCENTE E A SUA CIRCUNSTÂNCIA

3.8.1 – Recursos e forças de vida dos adolescentes que vivem em contextos de pobreza

A pessoa é sempre ela “e a sua circunstância” como afirmou Ortega y Gasset. De acordo com Vieira (2007), a pessoa é influenciada no seu devir e nos seus comportamentos pelo ambiente que a rodeia, que ela própria também influencia. O ambiente em que a pessoa vive e se desenvolve e que influencia o conceito de saúde, deve ser olhado na sua componente física, social e organizacional, cultural e política (Vieira, 2007:85). A categoria *eu sou eu e a minha circunstância se não a salvo a ela não me salvo a mim* incorpora 10 sub-categorias, *sobreviver, ser determinado e lutar, superar, enfrentar, perseverar, persistir, confiar em si, desafios, sentido de coerência, autonomia e independência*. Esta categoria ilustra a resposta a diferentes questões nomeadamente, “*O que achas que os jovens da tua idade precisam para terem sucesso na vida, na escola e no relacionamento com as outras pessoas?*” “*Como é que descreves as pessoas que procuram uma vida com saúde apesar dos muitos problemas que enfrentam?*” “*Que tipo de coisas constituem para ti verdadeiros desafios?*” “*O que é que fazes quando te confrontas com dificuldades na vida?*” “*Podes partilhar comigo uma história acerca de outro jovem que tivesse crescido bem no teu bairro apesar de ter que enfrentar muitos desafios?*” “*Podes partilhar comigo uma história acerca de como conseguiste ultrapassar desafios que tiveste de enfrentar no seio da tua família, na escola ou dentro do teu bairro?* “. As unidades de registo, num total de 44, leva-nos a concluir pela importância da ação do enfermeiro no desenvolvimento das competências socioemocionais dos adolescentes, através da promoção da saúde mental e capacitação para um estilo de vida mais saudável, em ambientes de maior vulnerabilidade social. Daí inserir-se nestas sub-categorias as unidades de contexto *atributos individuais situacionais e ambientais, salutogénese, ambiente como contexto e o cuidar em enfermagem baseado nas forças*. Encontrámos nestes adolescentes que vivem em contextos de pobreza características e atributos que possibilitam uma melhor compreensão do processo de construção da resiliência. Observámos com

conceptualizações ancoradas no Modelo Bioecológico de Bronfenbrenner, como um vasto conjunto de variáveis individuais, intrafamiliares, relacionais e ambientais, influenciam e afetam o desenvolvimento destes adolescentes, são interdependentes, e interagem mutuamente para determinar resultados em saúde. Observámos ainda como a teoria salutogénica ou da promoção da saúde, fundamentada em compreensão, capacidade de gestão e atribuição de significado, se revela nestes adolescentes que face à adversidade potenciam fatores geradores de saúde, integrando-os na capacidade de gestão dos fatores de risco, através da resiliência. A unidade de contexto *o cuidar baseado nas forças* procura contextualizar e perspetivar a ação do enfermeiro face a um determinado perfil de estilo de vida dos adolescentes em contextos de pobreza, face a uma melhor compreensão dos seus comportamentos de saúde, as suas circunstâncias e a situação que os afeta. O foco é no que está a funcionar, que recursos a pessoa tem ao lidar com as preocupações e os problemas, como a pessoa sobrevive, se adapta ou lida com a adversidade. A resiliência, foca-se em resultados positivos, propõe uma orientação salutogénica e procura compreender como é que os indivíduos ultrapassam as circunstâncias adversas e alcançam um estado de bem-estar.

Sobreviver

Para *sobreviver* e se desenvolver bem os adolescentes identificam um conjunto de fatores de sobrevivência. Alguns relacionados com o estilo de vida, outros com a família e os amigos e outros com a educação:

Estilo de vida

Os adolescentes revelam ter apropriado um conceito de saúde que se afasta da perspetiva biomédica e se aproxima do conceito global de saúde defendido pela OMS.

“ Para um jovem sobreviver precisa antes de mais, claro, tem de ter uma boa alimentação. E depois também tentar ter saúde. Pode ter saúde mas saúde não é só não ter doenças, isto porque a saúde social também está envolvida (...) pronto, acho que também para além da alimentação também tem de estar bem psicologicamente.” E₁₀

No essencial as referências à saúde, alimentação, prática desportiva e a possibilidade de fazer algo que gostem e que promova o seu bem-estar, está naquilo que consideram ser os seus fatores de sobrevivência relacionados com o estilo de vida.

“Para um jovem sobreviver e se desenvolver precisa de alimento, não é?” E₈ “Ter uma boa alimentação, porque a alimentação também interfere bastante, pode vir a surgir doenças e novos problemas por causa da alimentação (...)” E₇ “Para sobreviver e se desenvolver um jovem precisa de comida saudável.” E₅ “Para sobreviver e se desenvolver um jovem precisa de um teto, alimentação “E₃

“(...) praticar desporto porque alivia a alma e, por exemplo, quando eu pratico desporto eu esqueço os problemas. É como se recorresse ao desporto para me esquecer de tudo.” E₇ “Precisa de fazer algo de que goste, por exemplo, um jovem que gosta de futebol deve jogar futebol porque isso faz senti-lo bem (...)” E₄

Família e amigos

A família e os amigos, o seu potencial de afeto e do estabelecimento de relações interpessoais acolhedoras e de suporte, encontram-se entre os fatores de sobrevivência referidos pelos adolescentes assim como a capacidade de aconselhamento quer dos pais quer dos amigos, na tomada de decisão.

Para sobreviver e se desenvolver um jovem precisa de (...) carinho da família e coisas básicas, não precisa de coisas muito caras nem nada dessas coisas... não é as coisas caras que fazem a felicidade. “E₃

“para sobreviver e se desenvolver eu acho que um jovem precisa de amigos (...) e se tiver problemas ter alguém com quem se possa refugiar (...) deve ter pessoas que o saibam aconselhar a tomar boas decisões, que não sejam precipitadas. Deve ouvir os pais...” E₄

Os adolescentes valorizam ainda o ambiente familiar, a relação com os outros, o reforço positivo e o bem-estar espiritual como fatores de sobrevivência.

“Para um jovem sobreviver e se desenvolver então... eu acho que deve procurar ter um ambiente familiar muito bom e estável (...) deve sempre procurar ter uma boa relação com os outros para depois conseguir apaziguar a mente.” E₇

“Para um jovem sobreviver e se desenvolver precisa de (...) eu acho que é essencial a pessoa ter... pessoas ao lado dela. Para ajudarem... e também para puderem elevar a autoestima... por isso é que acho que é importante a gente ter amigos que puxem por nós para a gente não ficar ali deprimidos...” E₈

Educação

A escola e a aprendizagem, a educação e a saúde, a capacidade de sonhar e o amor são também referidos como fatores de sobrevivência.

“Precisa de ir à escola, para aprender. Precisa de ter sonhos...”E₅” Para um jovem sobreviver e se desenvolver precisa de amor (...) estudo, educação e saúde.”E₉

Ser determinado e lutar

Na sub-categoria *ser determinado e lutar* constatámos que associadas a estas características, estão outras como acreditar em si próprio, ter força de vontade e esforço pessoal. São no seu conjunto recursos e atributos de ordem individual utilizados pelos adolescentes tendo em vista alcançar objetivos pessoais e superar adversidades:

Sobre as pessoas determinadas e lutadoras

“Os jovens que crescem bem aqui no bairro apesar dos muitos problemas que enfrentam... acho que é preciso ter muita força para eles chegarem aqui e, depois dos problemas todos em casa, chegarem à escola e empenharem-se... são... como é que se diz? Determinadores? Ah, é isso... determinados, e é preciso ter aquela vontade também de querer. É um bocado isso.”E₈

“Sou uma pessoa determinada...porque quando quero uma coisa... em certos aspetos quando eu quero uma coisa tento lutar por ela. A não ser que eu não tenha mesmo possibilidade de não tê-la é que eu não vou. Mas se tiver eu luto.”E₂

Sobre os jovens que superam adversidades e que acreditam em si próprios

“Os jovens que superam adversidades devem ter orgulho neles porque acreditaram neles mesmos (...). Nós temos que acreditar em nós mesmos (...) Lutaram para ser bons. E conseguiram.”E₁

Sobre as pessoas lutadoras e que têm força de vontade e sobre a sua capacidade de gestão e de investimento

“Acho que as pessoas que crescem bem aqui no bairro apesar dos seus problemas são lutadoras, (...) há pessoas que pensam que estão bem mas estão às vezes na escola com muitos problemas lá em casa. Depois às vezes é difícil estar a lidar com dois problemas. Essas pessoas são...lutadoras... São pessoas que têm força de vontade.”E₆

Lutar contra tudo e contra todos para alcançar os objetivos, acreditando em si mesmo, mas com o apoio da família

” Para terem sucesso na vida os jovens têm de acreditar mesmo no que querem e lutarem contra tudo e todos para conseguirem alcançar os objetivos. Mesmo que as pessoas deitem abaixo e digam que não, que isso não é nada e que não, isso não vai fazer diferença na tua vida. Se é isso que a pessoa quer a pessoa tem que continuar a lutar. Desde que esteja, desde que tenha a família do lado é o que interessa. O resto é tudo muito relativo.”E₃

O exemplo da atividade desportiva para explicar que perseguir objetivos e chegar àquilo que se deseja exige esforço e empenho

“Oh, por exemplo, o atletismo .Eu estou lá porque eu gosto mesmo de correr. É que é uma coisa assim...não sei explicar. As pessoas dizem-me que ando lá a correr à toa... Não. À toa não. A gente corre por um objetivo. Chegar à meta...O mais importante para mim é, por exemplo, quando eu não consigo qualquer coisa, tenho que me esforçar para isso. É como na vida, se eu estou mais em baixo, se eu não estou a conseguir eu tenho que me esforçar para agarrar aquela coisa que eu quero e para consegui-la.”E₈

Superar

Na sub-categoria *superar* os relatos são de adolescentes que sofreram bullying, de um adolescente com uma deficiência física e de outros adolescentes. Para alguns a superação relaciona-se com coragem, desafio, uma personalidade forte, talento, capacidades intelectuais superiores, capacidade de adaptação e o estabelecimento de metas ambiciosas. A superação nestes adolescentes está suportada por forças intrínsecas, motivação, religião, persistência, trabalho e apoio da família:

Sentir-se desafiado e ter forças para superar os maus tratos

“Conseguir superar os maus tratos quando estava na primária. Tive um colega meu que me batia todos os dias. E então tive que conseguir ultrapassar (...) é um género de uma revolta que criei e um dia disse: Chega, tu tens forças, porque é que hás de estar de braços cruzados e a mostrar medo? Foi... Foi um desafio grande mas consegui.”E₃

Superar-se a si próprio pela religião, procurar motivação e não desistir

“Como eu tenho esta deficiência a religião ajuda-me a tentar superar a mim mesmo, porque às vezes as outras pessoas dizem que eu não consigo (...) e arranjo maneira (...), procuro motivação e com isso tento superar outras pessoas por isso é que sou capaz de fazer aquilo e por isso não desisto.”E₆

A personalidade, o talento, e a capacidade de adaptação às circunstâncias da vida pessoal e profissional

“Essas pessoas com problemas mas que conseguem crescer bem são pessoas com uma personalidade muito forte (...) têm o talento de conseguir superar esse tipo de problemas (...) são pessoas...intelectualmente superiores... intelectualmente porque conseguem adaptar a vida delas à vida que têm com as outras pessoas (...) os problemas delas não interferem na vida social e profissional delas e é sempre muito bom.”E₇

A família como alicerce dos atos de coragem para superar o *bullying*

“a minha vizinha teve bastantes problemas porque ela desde muito nova que sofreu de bullying mas, sempre conseguiu superar os problemas (...) foi um ato de coragem. Com a ajuda da família ela conseguiu superar esses problemas.”E₈

Na escola como no desporto para se superar tem que se trabalhar

Na escola para me superar é um bocado isso, tenho sempre que estudar mais do que aquilo que eu quero ter (...) fora da escola, no atletismo, se eu quero... para podermos ir a provas nacionais temos que ter um certo tempo (...) na federação chamam-lhes os mínimos (...) para atingir esses mínimos, a gente vê que não consegue, temos que... trabalhar para isso. Eu quero, por exemplo, correr para um tempo, em que tenho de fazer dois minutos, eu tenho de correr como se fosse fazer um minuto e trinta.”
E₈

Enfrentar

Na sub-categoria *enfrentar* temos o relato de um adolescente que atribui a capacidade de enfrentamento à sua coragem e força de vontade. A possibilidade de ser bem-sucedido está enraizada na sua crença em Deus e suportada pela sua fé, evidenciando, portanto, alguma externalidade no que se refere às capacidades pessoais para enfrentar adversidades:

“Acho que as pessoas que ultrapassam adversidades têm de ser fortes mentalmente (...) tenho de ter coragem para enfrentar esses problemas porque enfrentando com força de vontade irei ter sucesso (...) no meu caso é ter fé, acreditar que Deus está sempre a olhar para nós. Que nós... Que muitos problemas que estão a acontecer

são da vida mas nunca será sempre assim. Porque sempre haverá um caminho onde mais diretamente chegaremos à felicidade."E₁₀

Perseverar

Na sub-categoria *perseverar* o adolescente associa a sua capacidade de perseverança a um esforço sério para alcançar os objetivos pessoais:

*"Os jovens para terem sucesso na vida primeiro que tudo têm de ter um esforço sério. Eu acho que há muitas pessoas, há muitos jovens que se calhar acham que vão ter tudo de mão beijada ... e não é assim. A vida não é assim. Eu acho que isso é o principal... acima de tudo é o esforço sério de cada um, perseverança, sempre a tentar alcançar os seus objetivos."*E₂

Persistir

Na sub-categoria *persistir* o adolescente entende que não deve desistir e ver o lado positivo das coisas:

"(...) hoje em dia as pessoas preocupam-se com coisas fúteis, como por exemplo," fui aquela loja e já não tinham o meu tamanho', enquanto que há pessoas com sérios problemas que conseguem ter sempre um sorriso na cara. E isso é basicamente o mais importante, e nós devemos ter esses exemplos. Então, é não desistir, vemos o lado positivo das coisas e tentamos animar as pessoas a quem isso acontece. " E₄ "Por exemplo, a minha mãe pedia-me uma coisa do supermercado, ok, e tipo, por exemplo, no primeiro não havia e tipo não voltava lá a casa enquanto não tivesse a coisa. Eu ia a outro supermercado e a outro até... até encontrar aquilo a minha mãe pretendia... sou assim... mesmo persistente..." E₄

Confiar em Si

Na sub-categoria *confiar em si* os adolescentes apresentam elevados níveis de confiança e auto-eficácia:

"Eu a ter que ultrapassar dificuldades? (...) não me estou a ver incluído nesse grupo (...) para a semana vou ter um exame... isso provavelmente para outras pessoas pode ser visto como uma dificuldade mas para mim acaba sempre por não ser visto assim (...) isso é que é basicamente o problema das pessoas. Verem as coisas pelo lado que não se deve ver, e..."

acabam por se deixar levar e... prontos... é assim que elas depois acabam por não conseguir e ficam para trás. E eu não... não quero ser assim! Consigo ver sempre o lado que quero ver das coisas. E pronto, e acabam por nunca ser assim um grande problema para mim.”E₄

“(...) os jovens têm de ter confiança, neles próprios. Se uma pessoa acreditar nela acaba por conseguir aquilo que quer.” E₄

” os jovens têm de acreditar neles mesmos. Porque se eles não acreditarem neles não vão fazer nada na vida. Eles têm de acreditar que são bons. Acreditar que podem melhorar. Acreditar que eles não são só aquilo. E se eles acreditarem neles mesmos, eles vão ser bons. Sem dúvida! Sem dúvida completamente.”E₁

Desafios

Na sub-categoria *desafios* existem poucos relatos dos adolescentes o que nos leva a pensar em que medida estes adolescentes se sentem ou não interpelados pela vida que têm.

“Para mim o que me desafia mais é representar o meu curso (...) falar da minha experiência, dar a minha opinião e defender o meu curso.”E₃

*” Coisas novas onde não me sinto muito à vontade são as mais desafiantes para mim”
E₄*

“Deixei de namorar, um desafio (...)”E₇

Autonomia e independência

Na sub-categoria *autonomia e independência* verificamos que o crescimento em direção à autonomia é otimizado pelo facto de decorrer num contexto de proximidade emocional à família o que possibilita ao adolescente sentir-se mais seguro e mais confiante na construção de uma identidade autónoma. No entanto, constatamos, que esta tarefa desenvolvimental da adolescência, nem sempre se cumpre à luz desta evidência. Há um adolescente que diz sentir-se uma pessoa autónoma de vez em quando e outro não se considera uma pessoa autónoma e independente.

O processo de construção de autonomia e independência do adolescente pode ser antecipada pela circunstância de vida em que se encontra, no caso vertente, pelo facto de se tratar de uma família monoparental onde a autonomia se desenvolve a partir de uma relação próxima e afetuosa com a figura de referência, neste caso, a mãe.

“Eu por acaso, em casa, já consigo tratar das coisas sozinho. Também como a minha mãe está sempre a trabalhar tenho que a ajudar e não posso estar sempre a pedir-lhe ajuda. Ela está cansada, já está esgotada fisicamente por causa do trabalho e depois emocionalmente, prontos. Eu pronto, eu sei que tenho que me...desenrascar, desembaraçar, sozinho.”E₂

Faz também parte do processo de construção de autonomia e independência a escolha dos ambientes onde essa mesma autonomia é experimentada, habitualmente em casa, onde a estruturação da autonomia se dá num processo gradual de afastamento ou separação emocional da figura de referência, no caso, da avó.

“De vez em quando considero-me uma pessoa autónoma...para algumas coisas da escola e em casa...tarefas...não deixo tudo para a minha avó fazer, não é? Também tenho que ajudar. Lá em casa faço tudo. Arrumo o meu quarto, não deixo o quarto para a minha avó arrumar nem nada disso. Lavo a loiça. Arrumo a casa. Lavo a casa de banho...isso tudo.”E₉

A autonomia da adolescente no seio de uma família monoparental e, neste caso particular, pode ser analisada no extremo oposto da dependência emocional em relação à mãe.

“Não me considero uma pessoa autónoma e independente... Eu não saio para quase lado nenhum sem a minha mãe, apesar de ela insistir para eu andar sempre a sair. Portanto se tiver que ir para Lisboa tenho que ir com a minha mãe. Tenho medo de me perder.”E₃

Diferentes circunstâncias de vida também podem “empurrar” o adolescente para uma autonomia forçada. No caso deste adolescente, o divórcio dos pais e a sua decisão de alugarem uma casa onde o adolescente vive sozinho, transformam o percurso natural de independência e a autonomia numa imposição de sobrevivência.

“Um trabalho vai ser a minha maior independência (...) neste momento o meu pai é que me está a sustentar (...) estou a viver cada vez mais independente (...) agora eu estou a viver mesmo sozinho.”E₁

Sentido de coerência

Observámos na sub-categoria *sentido de coerência*, como a teoria salutogénica ou da promoção da saúde fundamentada em compreensão, capacidade de gestão e atribuição de significado, se revela nesta adolescente que face à adversidade potencia fatores geradores de saúde, integrando-os na capacidade de gestão dos fatores de risco, através da resiliência.

Capacidade de Gestão

A adolescente percebe que os recursos ao seu dispor como a capacidade para se pensar, relaxar e refletir são adequados para responder às exigências colocadas por estímulos como a pressão o *stress* e o cansaço:

Quando nos sentimos muito pressionados, stressados, cansados, devemos sempre relaxar, relaxar. Pensar um bocadinho. Estarmos a sós...no nosso quarto...em silêncio. Completo silêncio. E pensarmos um bocadinho sobre nós. Sobre a nossa vida e refletirmos.”E₇

O controlo da mente e a estar bem consigo própria aparecem aqui como recursos que a adolescente mobiliza para ser bem-sucedida na escola e socialmente.

(...) para ter sucesso na vida ..Hum... Eu acho que mesmo o essencial é controlar a mente. Porque enquanto não controlarmos a nossa mente não conseguimos, por mais que tentemos, ter um bom aproveitamento escolar e social com as outras pessoas (...) enquanto não estivermos bem connosco próprios não conseguiremos lidar com o resto das situações.E₇

A adolescente utiliza o controlo e a capacidade de se distanciar dos problemas familiares como recursos para se focar- na escola- apenas naquilo que tem que aprender.

“(...) por exemplo em relação à escola, nós se não controlarmos, se não estivermos bem, não conseguiremos aproveitar o conhecimento que nos transmitem (...) temos de saber, quando estamos na escola, temos que nos preocupar só com o que temos que aprender e não com os problemas familiares.” E₇

Estratégias de coping

A adolescente refere diferentes estratégias de *coping*, ou de enfrentamento, para lidar com situações de ameaça ou de desafio. A escola, o estudo, ver TV, praticar um estilo de vida

sedentário ou o desporto, são apontados pela adolescente como estratégias para lidar com situações problemáticas.

“ (...) para muitos para esquecermos os nossos problemas socorremos sempre à escola. Estudarmos. Quanto mais estudamos, mais esquecemos... E...muitas pessoas tentam socorrer à televisão e a uma vida sedentária. Outras pessoas estudam para esquecerem os problemas. E outras pessoas têm uma vida desportiva ativa.”E₇

A adolescente, vítima de bullying, utilizava como estratégias de *coping*, estudar, o diálogo com a família e com os professores.

“Ela (vítima de bullying) tentava sempre socorrer à escola. Estudava... (...) para esquecer esse tipo de preocupações desabafava com a família e distraia-se com a escola. Na escola ela e os pais falavam com os professores que tentavam sempre resolver da melhor maneira. E isso às vezes resultava. E então lá a deixavam em paz, e ela conseguia concentrar-se nos seus deveres.” E₇

Também se revelaram estratégias utilizadas, a prática desportiva e tirar partido de um ambiente calmo.

“Uso a prática desportiva para me sentir relaxada. Recorro sempre ao desporto.” E₇

“Para mim é muito difícil concentrar-me. Por isso gosto bastante de ambientes mais calmos e isolados para me concentrar (...)”E₇

Na Tabela 86 apresentam-se os resultados relativos à categoria “*eu sou eu e a minha circunstância se não a salvo a ela não me salvo a mim*”.

Tabela 86

Recursos e forças de vida dos adolescentes integrados na categoria “*eu sou eu e a minha circunstância se não a salvo a ela não me salvo a mim*”

CATEGORIAS	SUB-CATEGORIAS	UNIDADES DE CONTEXTO	UE
“EU SOU EU E A MINHA CIRCUNSTÂNCIA SE NÃO A SALVO A ELA NÃO ME SALVO A MIM” (Ortega y Gasset)	Sobreviver	Atributos individuais situacionais e ambientais	7
	Ser determinado e lutar		9
	Superar	Salutogénese	6
	Enfrentar		2
	Perseverar	O ambiente como contexto	1
	Persistir		2
	Confiar em si	O cuidar em enfermagem baseado nas forças	3
	Desafios		3
	Sentido de coerência	Adolescência	7
	Autonomia e independência		4

Em síntese:

Os resultados a que chegámos através da análise de conteúdo são o resultado da interação entre recursos internos e externos e fatores de risco relativamente à situação pessoal dos adolescentes, da sua família, amigos e situação na escola e no bairro. Estes fatores estão em constante mudança e os adolescentes criam o seu bem-estar de forma ativa, ao mediar estes diferentes fatores. Os adolescentes que vivem em contextos de pobreza são altamente dependentes de um ambiente acolhedor, de recursos físicos e económicos e desenvolvem estratégias para lidar com as suas próprias necessidades através de uma interação sistemática e contínua com o meio ambiente, num movimento progressivo de independência e autonomia em relação à família e, interagindo com outros sistemas sociais como a escola o grupo de pares e a circunstâncias do ambiente onde nascem, vivem, estudam e praticam o seu lazer.

Os *clusters* de fatores de proteção encontrados reportam, designadamente: *resiliência académica, comportamentos de procura de saúde dos adolescentes relacionados com os estilos de vida, aspetos da família e ambiente familiar, aspetos positivos relativos aos bairros residenciais, vontade de sentido dos adolescentes ínsita na sua orientação para o futuro e procura do sentido da vida e, por último, o adolescente e a sua circunstância.*

CAPÍTULO III – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Este capítulo tem como objetivo proporcionar, no final, uma integração dos principais resultados empíricos obtidos e fazer a sua discussão. Observamos num primeiro momento a discussão de resultados relativos a um olhar sobre a pobreza na nossa amostra, proporcionados pela caracterização sociodemográfica dos adolescentes e agregado familiar, nomeadamente, naturalidade, composição do agregado familiar, escolaridade da mãe e escolaridade do pai, profissão da mãe e profissão do pai, e ainda o subsídio de ação social escolar. Incluiremos ainda na caracterização, aspetos relativos aos bairros habitados pelos adolescentes e às escolas que frequentam.

De seguida, evidenciamos os resultados que se referem ao *Estilo de Vida de Adolescentes* que vivem em contextos de pobreza. Neste âmbito discutiremos os resultados referentes a três tipos de perfis de estilo de vida: perfil de estilo de vida global dos adolescentes, dos que beneficiam de subsídio de ação social escolar (pobres) e dos que não beneficiam deste tipo de apoio (não-pobres).

No que se refere à componente suplementar daremos conta dos *clusters* de fatores de proteção identificados e, discutiremos, de que modo, estes fatores mitigaram o efeito dos fatores de risco, procurando integrar no *ponto de interface* aspetos da componente suplementar que trouxeram uma melhor compreensão do objeto de estudo.

1 – UM OLHAR SOBRE A POBREZA NA ADOLESCÊNCIA

1.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DO ADOLESCENTE E DAS PESSOAS COM QUEM VIVE

No total os adolescentes apresentam uma média de idades de 17 anos e mais de metade (59,5%) são do sexo feminino.

Naturalidade

Observamos na nossa amostra que dos 268 adolescentes que apresentaram registo de naturalidade 21,7% são naturais dos Países de Língua Oficial Portuguesa (PALOP's). Este valor difere do encontrado para as mães e para os pais, que sendo naturais também dos PALOP's, apresentam valores de 39,4% e 38%, respetivamente. Observamos ainda que

existem adolescentes, mães e pais naturais de outros países, mas, maioritariamente são naturais de Portugal (75,4%). De relevar a existência de populações culturalmente distintas nos concelhos de Sintra e da Amadora, que acolhem emigrantes vindos dos Continentes Africano, Europeu e Americano, sendo maioritariamente, do Continente Africano.

Agregado familiar

Observando a taxa de risco de pobreza segundo a composição do agregado familiar podemos constatar que, com o início da crise, aumentou o fosso entre famílias com e sem crianças, estando as primeiras em maior risco de pobreza (INE, 2013). O risco de pobreza é mais elevado nas famílias numerosas (40,4%) e nas famílias monoparentais (33,6%). Estão em grave risco de pobreza as famílias monoparentais em que a mãe /o pai está desempregado (90%) e os casais com crianças em que os dois membros (53%) ou um membro do casal (34%) estão desempregados (UNICEF, 2013). Dados do INE relativos ao rendimento e condições de vida (INE, 2013), apontam as taxas de risco de pobreza mais elevadas para os agregados constituídos por um adulto com pelo menos uma criança dependente (33,6%), por dois adultos com três ou mais crianças (40,4%) e para outros agregados com crianças (23,7%). Foi observado também por Rodrigues (2016) que a taxa de pobreza das famílias com dois adultos e três ou mais crianças subiu de 33,2% em 2009 para 37,7% em 2014, ou seja, quase o dobro da taxa nacional. A incidência da pobreza foi sempre maior nas famílias com crianças e a diferença entre os dois grupos, famílias com e sem crianças, acentuou-se nos anos de maior agravamento da pobreza (2012-2013), ano da nossa recolha de dados. As famílias com crianças tiveram um aumento da pobreza em 3,1 pontos percentuais, passando de uma taxa de 19,1% em 2009 para uma taxa de 22,2% em 2014 (Rodrigues, 2016, pp.75-76).

No nosso estudo, podemos observar, que do total da amostra de 270 adolescentes, 31,7 % dos adolescentes vivia apenas com um dos progenitores (25,4% apenas com a mãe) e 11,2% com outros familiares ou outras pessoas. Constatámos também que 21,9% dos adolescentes vive com dois irmãos, 7,5% com 3 irmãos e 5,2% com mais de quatro irmãos. Os dados que obtivemos no nosso estudo estão de acordo com os dados do Inquérito às Condições de Vida e Rendimento das Famílias, e com o que tem vindo a ser demonstrado pelos autores supracitados e outros, onde as crianças que enfrentam maior risco de pobreza são aquelas que vivem em famílias monoparentais; em agregados numerosos que consistem em dois adultos e pelo menos três crianças dependentes ou, em, outros agregados com crianças. A maioria dos

pais solteiros em risco de pobreza são as mulheres. Isto não significa que viver numa família monoparental ou pertencer a uma família numerosa é em si um problema, mas enfatiza a realidade que muitas dessas famílias têm mais dificuldades em obter rendimentos suficientes através do trabalho e/ou benefícios para cobrir as despesas do agregado.

Profissão da mãe e profissão do pai

A pobreza no trabalho é uma questão preocupante em Portugal pois engloba todos os grupos etários em idade ativa. Entre 2010 e 2013, os trabalhadores pobres em Portugal aumentaram 0.8 p.p., de 9.7% para 10.5% (Relatório Caritas, 2015). Em Portugal, os trabalhadores são mal remunerados e os contratos de trabalho temporários têm aumentado. Devido aos níveis de educação e de qualificação baixos os trabalhadores enfrentam uma exposição maior ao risco de pobreza dentro do trabalho, assim como más condições de trabalho, trabalhos temporários e baixos salários. As crianças são afetadas por este problema indiretamente, devido aos baixos rendimentos dos seus pais e família. A pobreza no trabalho tem várias consequências. Muitos trabalhadores não estão abrangidos pelas redes normais de segurança social, pois a maioria destes trabalhadores não têm um contrato de trabalho ou um contrato de trabalho regular e, consequentemente, não são elegíveis para a mesma cobertura de proteção social, benefícios sociais (na saúde, educação, etc.) e subsídio de desemprego. Segundo Bruto da Costa (2008) e no que respeita à incidência da pobreza, verifica-se que o facto de estar empregado permite reduzir a vulnerabilidade à pobreza embora não seja condição suficiente.

Relativamente à situação profissional observamos no nosso estudo que dos 197 registos sobre a profissão do pai, em 32,5% dos casos o pai pertence ao grupo de *trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices*, seguido de *trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores*, em 18,1% dos casos. Dos 159 registos sobre a profissão da mãe, em 30,2% dos casos a mãe pertence ao grupo dos *trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores*, seguido de 20,8% de *trabalhadores não qualificados*. Muitos dos pais destes adolescentes são pedreiros, agentes de polícia, trabalhadores da construção civil e obras públicas e no caso das mães verificámos que muitas são trabalhadoras de limpeza, cozinheiras, administrativas e também domésticas. Os valores encontrados corroboram o que já antes tinha sido afirmado por Costa (2008) sobre serem as profissões ligadas às áreas da *indústria e construção, ao pessoal de serviços e vendedores* e aos *trabalhadores não qualificados* as situações mais representadas entre a população pobre,

registando-se no grupo de trabalhadores não qualificados elevados níveis de vulnerabilidade à pobreza (Costa, 2008:159). Estes grupos encontram-se fortemente representados no nosso estudo.

O trabalho é, usualmente, considerado como um capital fundamental para a proteção face à pobreza. Bruto da Costa (2008) reporta que os dados existentes a nível nacional confirmam, parcialmente, este potencial, na medida em que a incidência da pobreza é menor entre a população que se encontra a trabalhar. Este facto não evita, porém, que em termos quantitativos, aquela população represente uma parcela muito significativa das situações de pobreza. A análise da profissão dos pais e das mães vem associar aos baixíssimos níveis de escolaridade profissões caracterizadas por baixos níveis de qualificação profissional. Este é, sem dúvida, um dos ciclos viciosos da pobreza: o pobre tem baixo nível de educação por ser pobre e é pobre por ter níveis baixos de escolaridade. É através deste ciclo vicioso que a pobreza persiste não só ao longo do ciclo de vida do pobre, mas também através da transmissão da pobreza de uma geração a outra. Este facto remete-nos para uma reflexão sobre o elevado nível de reprovações (54,5%) encontrado na nossa amostra, e, sobre o potencial de insucesso que possa estar aqui inscrito, sabendo nós que baixos níveis de educação conduzem no futuro a situações profissionais menos favoráveis que acabam, por levar, a uma maior vulnerabilidade à pobreza. Esta situação alerta para a necessidade de intervenção ao nível da escolaridade destas crianças, de forma a quebrar o ciclo de transmissão intergeracional da pobreza (Bastos, 2011:81), em que, potencialmente, se encontram.

Escolaridade da mãe e escolaridade do pai

A pobreza infantil é mais evidente nas famílias com baixos níveis de educação e de qualificação. Dada a estreita associação entre o grau de escolaridade e a remuneração auferida, não surpreende que a incidência da pobreza tenha uma relação inversa com o nível de instrução (Rodrigues, 2016). A reduzida escolaridade dos pais é marcante no contexto da pobreza infantil. O risco de pobreza infantil está, via de regra, inversamente associado com o nível de escolaridade máximo do agregado familiar. Conforme podemos observar no Relatório “Desigualdades socioeconómicas e resultados escolares” (DGEEC), entre os alunos cujas mães têm uma habilitação equivalente a licenciatura ou bacharelato, a percentagem de percursos de sucesso no 3.º ciclo é de 71%, ao passo que entre os alunos cujas mães têm

habilitação escolar baixa, equivalente ao 4.º ano completo, a mesma percentagem de percursos de sucesso reduz-se para uns poucos 19%. Esta disparidade de resultados é muito acentuada, especialmente tendo em atenção que uma das funções do ensino público é nivelar as oportunidades entre os alunos de diversas origens (DGEEC, 2016:5). Por definição, um aluno com "percurso de sucesso" no 3.º ciclo é um aluno que obtém positiva nas duas provas finais de 9.º ano (Português e Matemática) após um percurso sem retenções nos 7.º e 8.º anos. Os dados apresentados foram reportados pelas escolas e dizem respeito aos alunos do ensino público regular que entraram para o 7.º ano de escolaridade em 2012/13 (DGEEC, 2016:5).

No nosso estudo aproximadamente 7,2% dos pais dos adolescentes frequentou no máximo o 1º Ciclo (1º,2º,3º e 4º ano), 14,5% o 2º Ciclo (5º e 6º ano), 25% o 3º Ciclo (7º,8º e 9º ano) e 33,3% o Ensino Secundário (10º, 11º e 12º ano) sendo a percentagem de reprovações dos adolescentes 28,7% (1 reprovação), 17,9% (2 reprovações), 6,3% (3 reprovações), 1,5% (4 reprovações). A reduzida escolaridade dos pais e o elevado nível de reprovações (54,5%) retratam o que acabámos de enunciar sobre a escolaridade dos pais e os percursos de (in) sucesso académico dos filhos.

No mesmo Relatório (DGEEC, 2016) são retratadas as mesmas disparidades de resultados escolares entre alunos pertencentes a diversos grupos, sendo agora os grupos definidos pelo nível de apoio que o aluno recebe da Ação Social Escolar (ASE), em vez do nível de habilitação da mãe. Constatou-se que, entre os alunos que não recebem qualquer apoio da ação social escolar (SASE), a percentagem de percursos de sucesso no 3.º ciclo é de 49%. Entre os alunos com maior apoio SASE (escala A), portanto, alunos oriundos de agregados familiares com condições económicas mais modestas, a mesma percentagem de percursos de sucesso é de apenas 20% (DGEEC, 2016:6). Apesar de estas disparidades muito acentuadas mostrarem que as condições socioeconómicas das famílias têm um impacto elevado nos resultados escolares dos alunos, um impacto porventura maior do que o desejável, ao mesmo tempo é necessário salientar que as condições socioeconómicas não equivalem a um destino traçado, pois existem outras influências e fatores importantes em jogo. Prova disto mesmo é o facto de alunos com nível socioeconómico semelhante, mas matriculados em escolas diferentes, ou oriundos de diferentes regiões do país, com frequência obterem resultados escolares muito distintos entre si. O mesmo se passa com alunos que são beneficiários do SASE e que integram os quadros de bolsa de mérito dos agrupamentos de escolas, como

acontece com os adolescentes que integram a amostra do nosso estudo (componente suplementar).

SASE

Entre 2010 e 2013, houve uma redução significativa do apoio económico do Estado às famílias. A partir de 2010, o acesso a prestações sociais que depende do rendimento das famílias – e.g. Abono de Família, Ação Social Escolar, Subsídios Sociais de Parentalidade, Rendimento Social de Inserção e Subsídio Social de Desemprego, ficou mais restrito, não só em termos do número de famílias beneficiárias mas também dos montantes atribuídos (Unicef, 2013:22). Também o Relatório da Comissão Europeia, Portugal “ Investir nas crianças para quebrar o ciclo vicioso da desigualdade” (2013), assevera que as prestações sociais têm estado sob pressão considerável desde o início da crise económica e financeira. As prestações ligadas à infância sofreram cortes significativos em dois momentos principais: Novembro de 2010 e Janeiro de 2012. Entre Fevereiro de 2010 e Maio de 2013, mais de meio milhão de beneficiários/as perdeu o acesso ao abono de família, o que representa cerca de um/a em cada três beneficiários/as (Comissão Europeia, Portugal, 2013:23)

A Ação Social Escolar (ASE) destina-se a apoiar, prioritariamente, crianças e jovens estudantes oriundos de famílias carenciadas que frequentam a escolaridade obrigatória. Os apoios compreendem alimentação (refeições gratuitas ou a preços comparticipados e leite escolar), transportes escolares, alojamento, bolsas de mérito, auxílios económicos (em caso de visitas de estudo, por exemplo), prevenção de acidentes e seguro escolar.

Desde o ano letivo 2008/2009, existe uma correspondência entre o 1º e 2º escalões do Abono de Família e os escalões A e B da Ação Social Escolar, respetivamente. Essa correspondência permite que as crianças e jovens do ensino básico e do ensino secundário mais pobres (beneficiários do 1º escalão do Abono de Família) mantenham 100% de comparticipação gratuita nas refeições escolares (escalão A da ASE). Por outro lado, os beneficiários do 2º escalão do abono pagam apenas 50% do custo da refeição (escalão B da ASE). Os restantes estudantes pagam as refeições escolares na totalidade (1,46 euros), valor que é comparticipado pelo Estado e Municípios. Mantém-se igualmente a comparticipação anual em livros e em material escolar de cerca de 30 euros para os alunos do 1º escalão do Abono (escalão A) e aproximadamente 15 euros para os alunos do 2º escalão do Abono de Família (escalão B). No 2º e 3º ciclos do ensino básico e no ensino secundário, mantêm-se também as

comparticipações anuais em livros e material escolar num valor médio que ronda os 130 euros para o escalão A e os cerca de 60 euros para o escalão B. Entre 2009 e 2012, a despesa pública do Estado com a ASE manteve-se praticamente inalterada, excetuando-se o apoio socioeconómico (escalões A e B da ação social escolar) que diminuiu proporcionalmente à redução do número de beneficiários no 1º e 2º escalões do abono de família. Em 2011, a comparticipação em 50% no valor dos passes escolares, criada em 2008/2009 para todas as crianças e adolescentes dos quatro aos 18 anos do ensino não superior, deixa de ser universal e passa a dirigir-se apenas às crianças e jovens de famílias carenciadas pertencentes aos escalões A e B da Ação Social Escolar. A comparticipação aumenta de 50% para 60% para as crianças e adolescentes do escalão A; contudo, diminui de 50% para 25% para as crianças e jovens do escalão B.

No nosso estudo, 91 alunos adolescentes (35,3%) beneficia de apoio social escolar e 167 (64,7%) não beneficia desse apoio. Pelas razões enunciadas, atendendo às restrições impostas em plena crise económica e financeira, é suposição nossa de que o número de agregados familiares/crianças beneficiários de subsídio de ação social escolar está subdimensionado no nosso estudo, em resultado dos cortes que incidiram nas transferências sociais ao longo do *processo de ajustamento*.

Dados do Relatório Caritas Portugal (2015) e do Relatório Unicef (2013) reportam que, entre 2009 e 2012, mais de 546,354 crianças perderam o direito ao Abono de Família (cerca de 30% dos beneficiários) e porque houve mudanças nos critérios e valores, o acesso à prestação tornou-se mais restrito, sendo elegíveis apenas as famílias de muito baixos rendimentos, diminuindo os montantes de abono por criança. Apesar do seu impacto no combate à pobreza, o Rendimento Social de Inserção é uma das prestações que mais cortes sofreu desde 2010, diminuindo não só o número de beneficiários como o montante mensal a receber. As crianças e os adolescentes são particularmente afetados. O número de crianças abrangidas pelo RSI diminuiu de 188.000 em 2010 para 150.000 em 2012, mantendo-se, contudo, a mesma importância relativa deste grupo etário no total de beneficiários da prestação RSI (35%). Ainda de acordo com o relatório Caritas (2015), em 2009, a média dos apoios para crianças foram também mais baixos do que a média da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OECD) e entre 2010 e 2013 o apoio social e financeiro, providenciado pelo Estado a famílias, foi ainda mais reduzido, acompanhado de uma subida

de impostos. Rodrigues (2016) aponta para uma redução das prestações sociais às famílias /crianças em % do PIB de (1,4) em 2009 para (1,2) em 2013.

Caraterização do bairro pelos adolescentes

No nosso estudo cerca de 56% dos adolescentes afirma nem sempre se sentir seguro no bairro onde vive; cerca de 47% nunca, ou, apenas algumas vezes, encontra bons locais para a prática de atividades relacionadas com a saúde; e 57% nunca, ou, apenas algumas vezes, participou em atividades que promovam a saúde e o bem-estar. Os resultados que emergiram relativos ao bairro, estão, do nosso ponto de vista, enquadrados no conhecimento que detemos dos dois concelhos e, portanto, dos bairros que lhe estão alocados.

Os locais onde reside a maioria destes adolescentes, bairros da periferia da cidade de Lisboa, são zonas desordenadas, degradadas e desqualificadas do ponto de vista urbanístico, conduzindo à estigmatização e segregação social e espacial dos seus habitantes. São marcadas por deficientes condições de habitabilidade e de vivência social (falta de conforto, espaço exíguo, sobrepovoamento) e carências em termos de infraestruturas e de equipamentos sociais de apoio à população residente. Estas circunstâncias constituem fatores adicionais de deterioração da vida dos adolescentes, influenciando negativamente na sua saúde. Estes cenários urbanos, desequilibrados e desintegradores, favorecem o estabelecimento de um clima de insegurança e de práticas antissociais, ou mesmo de criminalidade e, são, frequentemente, os únicos de que estas crianças dispõem para a sua socialização, e onde são submetidas às pressões dos seus pares e a outras influências negativas.

Pessoas pobres têm mais probabilidade de residir em áreas de privação e a interação entre pobreza individual e privação da área resulta numa saúde mais pobre, em comportamentos menos saudáveis e num aumento das desigualdades em saúde. A privação sociomaterial dos lugares é, pois, um fator de amplificação do risco individual (Nogueira, 2009). Para minorar o impacto destas condições adversas, deveriam promover-se políticas de alojamento e de reabilitação urbanística, bem como políticas sociais que ajudassem as famílias. Promover a constituição de associações de moradores e de desenvolvimento comunitário onde adolescentes pudessem de modo voluntário colaborar, podendo, através da sua participação cidadã, contribuir para a transformação do espaço local, seria outra medida a implementar.

Caracterização da escola pelos adolescentes

Cerca de 26% dos adolescentes referiu nunca, ou, apenas algumas vezes, ter encontrado na escola boas oportunidades para participar em atividades e projetos. A escola é o espaço elegível para o empoderamento dos jovens. Negar essa oportunidade é estarmos em presença de uma escola que não promove a saúde dos seus jovens independentemente do número de jovens que possamos estar a reportar. Ativar a participação dos jovens adolescentes em situação de desfavorecimento social permitindo o exercício de uma cidadania ativa e o desenvolvimento de competências de tomada de decisão, capacitação e empowerment é o papel fundamental da escola, local de oportunidades, de capacitação e desenvolvimento. Observada sob a égide de uma das suas perspetivas, a *perspetiva da participação*, a pobreza significa a não-participação na vida escolar e social.

Cerca de 18% dos adolescentes referiu nunca, ou apenas algumas vezes, ter um sentimento de pertença à escola. O sentimento de pertença à escola traduz o sentimento de conexão do qual a pessoa se sente parte integral. Abraham Maslow descreveu-o como uma necessidade psicossocial básica do ser humano, que envolve sentimentos de valor e adequação. O *valor* refere-se a sentir-se necessário e aceite. A *adequação* ao sentimento de se enxertar no ambiente, o que significa que, quando alguém pertence a um grupo se sente valorizado e útil.

Videbeck (2012) considera que o sentimento de pertença a um lugar promove saúde, está intimamente relacionado com o funcionamento social e psicológico do indivíduo e, sugere, a participação do enfermeiro em projetos de saúde na escola e, na comunidade, focalizados em intervenções que ajudem a aumentar esse sentimento de pertença.

2 - PERFIL DO ESTILO DE VIDA DE ADOLESCENTES QUE VIVEM EM CONTEXTOS DE POBREZA

Um dos objetivos deste estudo trata de Identificar o perfil de estilo de vida de adolescentes escolarizados em contextos de maior vulnerabilidade e pobreza. Neste ponto observamos a discussão de três tipos de perfis: o perfil global, o perfil dos adolescentes beneficiários do subsídio de ação social escolar e o perfil dos adolescentes que não beneficiam de subsídio de ação social escolar. Os diferentes perfis serão descritos em função do sexo e do SASE e também da relação estabelecida entre as variáveis individuais e do contexto socioambiental, com as dimensões da escala HPLP II, definidora de um perfil de estilo de vida promotor de saúde. No nosso estudo as variáveis individuais são: *auto-eficácia, locus de controlo, sentido de coerência, resiliência* e, as variáveis contextuais, são: *segurança no bairro onde vive, participação em atividades promotoras da saúde e bem-estar e sentimento de pertença à escola*. A escala HPLP II, mede a frequência de comportamentos de saúde em diferentes domínios, a saber: *responsabilidade, atividade física, nutrição, crescimento espiritual, relações interpessoais e gestão do stress*.

2.1 - PERFIL GLOBAL

O perfil global dos adolescentes foi construído em torno de dois eixos: o individual e o contextual. O individual reportará à associação entre as características individuais (auto-eficácia, locus de controlo de saúde, sentido de coerência e resiliência) e os comportamentos de saúde (Responsabilidade, Atividade Física, Nutrição, Crescimento Espiritual, Relações Interpessoais e Gestão do *Stress*). O contextual reportará à relação entre as características individuais e aspetos do contexto (segurança no bairro, participação em atividades promotoras da saúde e bem-estar e sentimento de pertença à escola). Por último, relacionamos os comportamentos de saúde com o contexto onde eles têm lugar. O sexo e o subsídio de ação social escolar (SASE) possibilitarão observar as respetivas diferenças.

Existem diferenças significativas do perfil de estilo de vida entre os sexos, nomeadamente, ao nível da Responsabilidade, Nutrição e Relações Interpessoais. Estas diferenças evidenciam-se no sexo feminino comparativamente aos indivíduos do sexo masculino, o que globalmente indicia que as mulheres têm um perfil de estilo vida mais positivo nas dimensões em análise.

Existem diferenças significativas do sentido de coerência entre os sexos, nomeadamente, ao nível da Capacidade de Gestão e da Capacidade de Compreensão, sendo que os indivíduos do sexo masculino têm um sentido de coerência mais favorável nas dimensões em análise. Também os indivíduos do sexo masculino evidenciam uma resiliência mais favorável associada à dimensão perseverança, não se observando diferenças significativas nas dimensões da Auto-Eficácia e do Locus de Controlo.

A avaliação de diferenças nas subescalas da HPLP foi investigada em função do subsídio de ação social escolar (SASE) para a amostra global, não se verificando diferenças significativas.

As associações entre os comportamentos de saúde dos adolescentes que vivem em contextos de pobreza e os atributos de ordem individual

Como podemos observar, a Auto-Eficácia dos adolescentes é mais favorável quando associada à Responsabilidade, Atividade Física, Nutrição, Crescimento Espiritual Relações Interpessoais e Gestão do Stress (Tabela 87).

Tabela 87
Matriz de correlações de Spearman entre as subescalas da HPLP e as subescalas

	Responsabilidade	Atividade física	Nutrição	Crescimento espiritual	Relações interpessoais	Gestão do stress
Iniciação e Persistência	.13*	.15*	.18**	.54**	.29**	.24**
Eficácia perante a Adversidade	.17**	.22**	.27**	.43**	.34**	.20**
Eficácia Social	.07	.21**	.16**	.34**	.35**	.16*
Locus controlo	-.07	-.15*	-.20**	-.07	-.15*	-.20
Outros poderosos	.17*	.08	.20**	.19**	.14*	.21**
Capacidade de investimento	.11	.24**	.26**	.61**	.32**	.32**
Capacidade de gestão	.19**	.25**	.24**	.50**	.36**	.40**
Capacidade de compreensão	.11	.21**	-.11	.23**	.10	.22**
Perseverança	.01	.25**	.22**	.50**	.29**	.22**
Autoconfiança	.18**	.14*	.27**	.48**	.39**	.28**

Nota. * $p < .05$ ** $p < .01$

As Crenças de Auto-Eficácia são perceções que os indivíduos têm sobre as suas próprias capacidades e influenciam todos os aspetos da vida das pessoas. Fortes crenças de auto-

eficácia promovem as realizações humanas e o bem-estar. As crenças de auto-eficácia ajudam a determinar quanto esforço as pessoas dedicarão a uma atividade, quanto tempo elas perseverarão quando confrontarem obstáculos e o quanto serão resilientes frente a situações adversas. Quanto maior o sentido de eficácia, maior o esforço, a persistência e a resiliência. Como consequência, as crenças de auto-eficácia também influenciam as escolhas que as pessoas fazem (Bandura e colaboradores, 2008:106). A auto-eficácia tem sido descrita como uma variável de relevo para a adoção de um vasto leque de comportamentos relacionados com a saúde (Pereira e Almeida, 2004). Os alunos sem SASE evidenciam valores mais favoráveis de Auto-Eficácia Geral e, portanto, poderão evidenciar em relação à segurança no bairro onde vivem comportamentos relacionados com a saúde.

O Locus de Controlo de Saúde dos adolescentes é mais favorável quando associado em Outros Poderosos à Responsabilidade, Relações Interpessoais, Nutrição, Crescimento Espiritual e Gestão do Stress.

Wallston et al. (1976) e Wallston & De Vellis (1978) utilizam o conceito Locus de Controlo como variável preditiva do comportamento dos sujeitos no domínio saúde-doença. O sujeito acredita que as suas ações influenciarão o seu estado de saúde (i.e. crença num locus de controlo interno). Se a pessoa valorizar a sua saúde poderão as crenças internas de controlo da mesma ser predictoras da implementação de comportamentos que promoverão ou manterão a saúde. Caso a pessoa valorize pouco a saúde as crenças específicas de controlo não permitirão qualquer predição do seu comportamento na área da saúde (Paulo Almeida, 2003). Estudos sobre as expectativas de controlo, no domínio da saúde em geral, seguiram a conceção ideológica derivada do modelo de Rotter segundo a qual parecia que era bom, adaptativo e saudável ser interno, e mau ou inadaptativo ser externo (Furnham & Steele, 1993). As características socioeconómicas parecem ter influência no desenvolvimento de um locus de controlo interno ou externo, sendo que, de acordo com Rotter (1966) citado por Gomes (2012) ambientes de baixo nível socioeconómico favorecem o desenvolvimento de um locus de controlo externo e, por isso, as classes de menor estatuto socioeconómico, em geral, tendem à externalidade.

Strickland (1978), ajuda-nos a compreender melhor os resultados do nosso estudo onde o Locus de Controlo dos adolescentes é mais favorável quando associado a Outros Poderosos. Ao realizar uma análise da literatura publicada sobre Locus de Controlo conclui o autor que,

por vezes, os sujeitos com Locus de Controlo Interno nem sempre serão os que implementam um maior número de comportamentos de saúde ou implementam um estilo de vida saudável, visto que poderão utilizar estratégias de confronto inadequadas. Tornar-se dependente de um controlo externo, ou de outros significativos, poderá ser a estratégia mais adaptativa nas situações em que houve poucas oportunidades de controlo. Quando os esforços pessoais de controlo estão prestes a falhar, permitir que outros significativos, possuidores de meios mais eficazes, controlem os mecanismos para atingir os objetivos desejados, será uma estratégia adaptativa (Almeida, 2003).

O Sentido de Coerência dos adolescentes é mais favorável quando associado à Atividade Física, Gestão do Stress e Crescimento Espiritual seguido de Nutrição e das Relações Interpessoais.

O sentido de coerência está claramente relacionado com os fatores socioeconómicos. Quanto mais elevado for o rendimento mais forte é o sentido de coerência (Lundberg, 1997 citado por Eriksson e Lindström, 2010). Que pessoas correm o risco de desenvolver uma saúde precária? Como fortemente documentado, a classe social e as condições sociais têm um efeito sobre a saúde individual. Como sociólogo, Antonovsky, sabia muito bem o impacto das condições sociais na saúde das pessoas. *O sentido de coerência pode ser realizado apenas por pessoas com um alto nível de educação, e um elevado estatuto socioeconómico, uma elite?* Como Antonovsky, não concordamos, que um sentido de coerência favorável, esteja reservado apenas para certos setores da sociedade (Lundberg, 1997 citado por Eriksson e Lindström, 2010:35). Numa Conferência proferida na Escola de Saúde Pública em Gotemburgo, Antonovsky apontou a responsabilidade da sociedade para criar condições que fortaleçam as estratégias de *coping* e um bom sentido de coerência. Não se trata de uma questão de escolha da pessoa para lidar bem com as circunstâncias de vida. A chave reside numa sociedade em que as pessoas se importam umas com as outras (Antonovsky, 1993, citado por Eriksson e Lindström, 2010:35).

Um sentido de coerência favorável está associado a uma saúde positiva (Eriksson e Lindström, 2006; Honkinen, Suominen, Välimaa, Helenius, e Rautava, 2005 citados por Moksnes, Espnes e Lillefjell, 2012), e está inversa e fortemente relacionado com sintomas psicológicos como a ansiedade e a depressão (Blom, Serlachius, Larsson, Theorell, e Ingvar, 2010; Buddeberg-Fischer, Klaghofer, e Scnyder, 2001; Myrin e Lagerström, 2006; Ristakari,

Sourander, Rønning, Nikolakaros, e Helenius, 2008 citados por Moksnes, Espnes e Lillefjell, 2012). O sentido de coerência está forte e inversamente relacionado com a ansiedade, *burnout*, depressão falta de esperança e, positivamente relacionado, com otimismo, autoestima, saúde positiva, qualidade de vida e bem-estar (Eriksson e Lindström 2005, 2006). Quanto mais elevado o sentido de coerência mais satisfeitas as pessoas estão com a sua vida reportando, conseqüentemente, uma boa qualidade de vida e bem-estar (Eriksson e Lindström 2005, 2006:34).

Nos adolescentes a relação entre sentido de coerência e saúde são muito semelhantes à da população adulta (Eriksson e Lindström, 2006 citados por Moksnes, Espnes e Lillefjell, 2012). No estudo realizado por Myrin e Lagerström, (2006) os rapazes reportam um sentido de coerência mais forte que as raparigas (Myrin e Lagerström, 2006 citados por Moksnes, Espnes e Lillefjell, 2012), tal como no perfil global do nosso estudo. O constructo, sentido de coerência, tem sido questionado atendendo à fraca relação que tem com a Atividade Física ao contrário do que acontece com a saúde mental (Endler, Haug, & Spranger, 2008; Flensburg-Madsen, Ventegodt, & Merrick, 2006 citados por Moksnes, Espnes e Lillefjell, 2012). Esta fraca correlação com a Atividade Física não deve no entanto surpreender já que o sentido de coerência fala sobretudo acerca da habilidade mental, social e espiritual para gerir a própria vida (Lindström & Eriksson, 2010 citados por Moksnes, Espnes e Lillefjell, 2012). A fraca correlação referida relativa à Atividade Física contraria os resultados obtidos no perfil global do nosso estudo, onde o sentido de coerência está favoravelmente associado à Atividade Física mas, está concordante, com os resultados do perfil dos adolescentes pobres, como veremos mais adiante, neste trabalho.

A Resiliência dos adolescentes é mais favorável quando associada ao Crescimento Espiritual, Nutrição, Relações Interpessoais, Gestão do Stress e Atividade Física.

A Resiliência é o resultado do processo interativo entre a pessoa e o seu meio e não pode ser considerada como um atributo fixo do indivíduo, uma vez que se trata de uma variação individual de resposta ao risco, pois o mesmo contexto que constitui fonte de risco pode também proteger e promover competências para superar esse mesmo risco (Rutter, 1987). Cyrulnick, que caracteriza a resiliência como “a arte de navegar nas tormentas” (2003:225), refere que “não se é mais ou menos resiliente, como se se possuísse um catálogo de qualidades (...). A resiliência é um processo (...), um devir.” (2003:226-227). O modelo da

resiliência ajuda a compreender o significado da resiliência, focando-se em resultados positivos, propõe uma orientação salutogénica e procura compreender como é que os indivíduos ultrapassam as circunstâncias adversas e alcançam um estado de bem-estar (Kaplan, 1999). Investigadores pioneiros da resiliência como Garmezy, Murphy, Rutter, Sameroff e Werner reconheceram o potencial da resiliência, e a sua importância para orientar as práticas e as políticas destinadas à promoção de um desenvolvimento saudável (Masten e Gewirtz, 2006). Adolescentes, com comportamento resiliente, desenvolvem-se de forma saudável, superando com sucesso as situações de adversidade vividas e apresentam características diferenciadoras em relação aos seus pares não resilientes. Segundo Garmezy & Rutter (1983, cit. in Rouse, Ingersoll, & Orr, 1998) estes jovens são mais competentes académica e socialmente, mais sensíveis, mais cooperativos e possuem um maior autocontrolo. Para além destas características, Masten e Coastworth (1995) fazem referência à auto-eficácia, à autoconfiança e à elevada autoestima.

As associações entre os atributos de ordem individual e o contexto:

Quem sente *Segurança no bairro onde vive* tem um *sentido de coerência* mais favorável associado às dimensões: Capacidade de Investimento Capacidade de Gestão e Capacidade de Compreensão. Os resultados evidenciam que os alunos que sempre/frequentemente se sentem seguros no bairro onde vivem, têm uma maior capacidade de investimento, de compreensão e de gestão, atributos que configuram um forte sentido de coerência ou um sentimento de confiança, em que os estímulos provenientes de si próprio e do bairro onde vivem (instrumentais, cognitivos e afetivos) são previsíveis e explicáveis, os recursos estão disponíveis para responder às exigências colocadas por esses estímulos, e essas exigências são desafios merecedores de investimento e envolvimento (Antonovsky, 1987).

Os adolescentes que sempre/frequentemente sentem *segurança no bairro onde vivem* têm uma *autoeficácia* mais favorável associada às dimensões, Iniciação e Persistência e Eficácia perante a Adversidade e uma *resiliência* mais favorável associada às dimensões Perseverança e Autoconfiança tendo, portanto, maior potencial para ultrapassar circunstâncias adversas e alcançar o bem-estar, características que podemos observar em adolescentes resilientes. Os adolescentes que, algumas vezes ou nunca, sentem segurança no bairro onde vivem têm um *Locus de Controlo de Saúde* mais favorável associado à dimensão Locus de Controlo Interno.

Os resultados obtidos em função de quem, sempre ou frequentemente, *participou em atividades de saúde e bem-estar*, permitem observar que um *sentido de coerência* favorável dos adolescentes está associado às dimensões Capacidade de Investimento, Capacidade de Gestão e Capacidade de Compreensão. As diferenças observadas vão no sentido de uma maior capacidade de investimento, gestão e compreensão dos adolescentes que participaram, sempre/frequentemente, em atividades que promovem a saúde e o bem-estar, evidenciando um SOC mais favorável.

Resultados favoráveis de *auto-eficácia* dos adolescentes que, sempre ou frequentemente, *participaram em atividades de saúde e bem-estar* estão associados às dimensões Iniciação e Persistência e Eficácia perante a Adversidade. As diferenças observadas vão no sentido de quem participou, sempre/frequentemente, em atividades promotoras da saúde e do bem-estar evidenciar uma auto-eficácia mais favorável nas dimensões em análise. Não se observaram diferenças significativas no *Locus de Controlo de Saúde* em função da *participação em atividades promotoras da saúde e bem-estar*. Os adolescentes que participaram sempre/frequentemente em atividades de saúde e bem-estar evidenciam uma resiliência mais favorável associada à dimensão perseverança.

Uma das perspetivas da participação radica no facto de poder traduzir uma possível correção ou nivelamento de vários tipos de desigualdades experienciadas pelos adolescentes, a partir de decisões sobre a sua saúde que, sendo participadas, se afirmem com mais qualidade num perfil de estilo de vida, que se pretende, seja positivo (Serapioni e Matos, 2013). As Conferências de Bangucoque (WHO, 2006) e de Nairobi (WHO, 2009), foram explícitas ao enfatizar a complexa relação entre participação e promoção da saúde. A proposta de Boaventura de Sousa Santos radica na ideia de uma democracia participativa no respeito por uma lógica de mobilização social, mais consistente com a mobilização das classes mais baixas e a sua inclusão a partir da participação (Serapioni e Matos, 2013:15). É também nesta lógica inclusiva que pensamos a participação do adolescente na tomada de decisão em saúde.

Os adolescentes que, sempre/frequentemente, reportam um *sentimento de pertença à escola* evidenciam um *sentido de coerência* mais favorável associado às dimensões Capacidade de Investimento, Capacidade de Gestão e Capacidade de Compreensão. Uma *auto-eficácia* mais favorável de quem, sempre/frequentemente, tem um sentimento de pertença à escola está

associada às dimensões Iniciação e Persistência, Eficácia perante a Adversidade e Eficácia Social.

Não se observaram diferenças significativas no *Locus de Controlo de Saúde* em função do *sentimento de pertença à escola* na dimensão Locus de controlo e na dimensão Outros Poderosos. Os adolescentes que, sempre/frequentemente, têm um sentimento de pertença à escola, evidenciam uma *resiliência* mais favorável associada às dimensões perseverança e autoconfiança, enquanto atributos de resiliência e, portanto, mais em linha com um perfil de estilo de vida resiliente e positivo.

As associações entre os comportamentos de saúde dos adolescentes e o contexto:

Quem sente *segurança no bairro onde vive* tem um perfil de estilo de vida mais positivo nas dimensões: Atividade Física, Crescimento Espiritual, Relações Interpessoais e da Gestão do Stress, nomeadamente, por adotar um padrão de atividade física regular, adotar uma abordagem positiva que leva à realização do potencial máximo de bem-estar, fazer por manter relacionamentos com pessoas significativas, identificar fontes de *stress* e agir no controlo dos seus efeitos adversos.

Os resultados obtidos em função de quem *participou* sempre ou frequentemente em *atividades que promovem a saúde e o bem-estar*, permitem observar que um perfil de estilo de vida positivo está associado a todas as dimensões, Responsabilidade, Atividade Física, Nutrição, Crescimento Espiritual, Relações Interpessoais e Gestão do *Stress*. Os adolescentes que participaram, sempre/ frequentemente, em atividades de promoção da saúde e do bem-estar têm um perfil de estilo de vida positivo, traduzido num conjunto de hábitos e comportamentos de resposta favoráveis às situações do dia-a-dia.

Os adolescentes que sempre/frequentemente reportam um *sentimento de pertença à escola* evidenciam um perfil de estilo de vida favorável associado às dimensões: Atividade Física, Crescimento Espiritual, Relações Interpessoais e Gestão do Stress. As diferenças observadas vão no sentido de quem, sempre/frequentemente, tem um sentimento de pertença à escola, ter um perfil de estilo de vida mais positivo por referência às dimensões em análise.

2.2 - PERFIL DE POBRES E NÃO-POBRES

Como no perfil global o perfil dos adolescentes pobres e não-pobres foi construído em torno de dois eixos: o individual e o contextual. O individual reportará à associação entre as características individuais (auto-eficácia, locus de controlo de saúde, sentido de coerência e resiliência) e os comportamentos de saúde (Responsabilidade, Atividade Física, Nutrição, Crescimento Espiritual, Relações Interpessoais e Gestão do Stress). O contextual reportará à relação entre as características individuais e aspetos do contexto (segurança no bairro, participação em atividades promotoras da saúde e bem-estar e sentimento de pertença à escola). Por último, relacionamos os comportamentos de saúde com o contexto onde eles têm lugar. O subsídio de ação social escolar (SASE) e o sexo possibilitarão observar as diferenças nos dois grupos.

O sentido de coerência, a auto-eficácia e a resiliência, em função do SASE, não mostraram diferenças significativas em qualquer das dimensões. Nos resultados à escala de Locus de Controlo de Saúde (LCS), por grupo, observa-se que os dois grupos de adolescentes, com SASE e sem SASE, evidenciam um Locus de Controlo de Saúde associado às dimensões Locus de Controlo Interno e Outros Poderosos sendo o Locus de Controlo de Saúde dos adolescentes com SASE mais favorável.

Lachman y Weaver (1998) encontraram uma relação significativa entre estatuto socioeconómico e locus de controlo sendo que um elevado estatuto socioeconómico estava relacionado com um maior controlo. Observaram ainda que uma elevada perceção de controlo está relacionada com melhor saúde e bem-estar e menos sintomas depressivos. As conclusões do estudo apontam o benefício do locus de controlo interno em todos os níveis socioeconómicos e, que, apesar das adversidades da pobreza, há pessoas que ainda assim têm um elevado locus de controlo o que resulta em melhor qualidade de vida.

Apenas no grupo dos adolescentes que não beneficiam de SASE os indivíduos do sexo masculino revelam um sentido de coerência mais favorável associado à dimensão Capacidade de Compreensão, evidenciando que os indivíduos do sexo masculino que não beneficiam de SASE têm um sentimento de confiança em que os estímulos (instrumentais, cognitivos ou afetivos) provenientes do seu ambiente interno e externo no decurso da sua vida são estruturados previsíveis e explicáveis.

Apenas no grupo de adolescentes que não beneficia de SASE os indivíduos do sexo masculino revelam um Locus de Controlo de Saúde mais favorável associado à dimensão Locus de Controlo Interno, evidenciando que os indivíduos do sexo masculino que não beneficiam de SASE percebem que o que lhes acontece na vida do dia-a-dia é consequência das suas ações e, por isso, pode ser controlado por eles (controlo interno). Como diz Rotter, é a perceção do indivíduo "que um reforço sucede, ou é contingente, ao seu comportamento, *versus* a perceção, que o reforço é controlado por forças exteriores a ele e pode ocorrer independentemente da sua ação" (Ribeiro, 1994:2).

Apenas os adolescentes que beneficiam de SASE evidenciam uma Resiliência mais favorável na dimensão Perseverança, com destaque para os indivíduos do sexo masculino, no entanto nos resultados de auto-eficácia por SASE e por sexo não há diferenças significativas.

As associações entre os atributos de ordem individual e os comportamentos de saúde dos adolescentes

Conforme podemos observar *a Auto-Eficácia no grupo de adolescentes com SASE é mais favorável quando associada ao Crescimento Espiritual e às Relações Interpessoais seguida da Atividade Física. A Auto-Eficácia no grupo de adolescentes sem SASE é mais favorável quando associada ao Crescimento Espiritual e às Relações Interpessoais seguido da Atividade Física, Nutrição e Gestão do Stress* (Tabela 88).

Tabela 88

Matriz de correlações de Spearman entre as subescalas da HPLP e as subescalas em função do SASE

	Responsabilidade		Atividade física		Nutrição		Crescimento espiritual		Relações interpessoais		Gestão do stress	
	C/ SASE	S/ SASE	C/ SASE	S/ SASE	C/ SASE	S/ SASE	C/ SASE	S/ SASE	C/ SASE	S/ SASE	C/ SASE	S/ SASE
Iniciação e Persistência	.10	.13	.12	.16*	.13	.20*	.43**	.61**	.33**	.26**	.07	.32**
Eficácia perante a Adversidade	-.00	.25**	.16	.24**	.20	.29**	.30**	.49**	.32**	.34**	.07	.26**
Eficácia Social	.09	.04	.29**	.17*	.19	.15	.29**	.36**	.30**	.39**	.16	.15
Locus controlo	-.02	-.20*	-.15	-.24**	-.23*	-.29**	-.05	-.18*	-.05	-.25**	.08	-.17*
Outros poderosos	.07	.19*	.10	.07	.18	.22**	.19	.15	-.02	.16*	.22*	.21**
Capacidade de investimento	-.02	.14	.19	.24**	.19	.28**	.48**	.68**	.27*	.36**	.20	.35**
Capacidade de gestão	.15	.21**	.34**	.20*	.20	.26**	.47**	.53**	.34**	.40**	.34**	.43**
Capacidade de compreensão	.23*	.05	.19	.24**	.14	.11	.23**	.25**	.19	.06	.08	.32**
Perseverança	-.03	.14	.27*	.22**	.14	.26**	.49**	.53**	.24*	.32**	.13	.24**
Autoconfiança	.01	.27**	.16	.12	.19	.34**	.48**	.45**	.33**	.40**	.22*	.32**

Nota. *p<.05 **p<.01

O Locus de Controlo de Saúde no grupo de adolescentes com SASE é mais favorável em Outros Poderosos quando associado à Gestão do Stress. O Locus de Controlo de Saúde no grupo de adolescentes sem SASE é mais favorável em Outros Poderosos quando associado à Responsabilidade, Relações Interpessoais, Nutrição e Gestão do Stress.

Como já tivemos ocasião de dizer no Capítulo da Apresentação de Resultados o valor preditivo do locus de controlo, para a saúde, tem sido alvo de alguma controvérsia e discussão apresentada por diversos autores (Dielman, *et al.*, 1990; Wallston, 1992, *in* Ribeiro, 1994). Apesar de muitos estudos sugerirem vantagens da internalidade sobre a externalidade, promover a primeira em detrimento da segunda, é partir da hipótese que é melhor ser-se interno, o que nem sempre se verifica. Conforme sugere Phares (1978, *in* Pais Ribeiro, 2000), uma forte internalidade pode, por exemplo, levar a fortes sentimentos de culpa, se o resultado não for o desejado. Também Strickland (1978, *in* Ribeiro, 1994) considera que em determinadas circunstâncias é mesmo mais adequado ser externo do que interno.

O Sentido de Coerência no grupo de adolescentes com SASE é mais favorável quando associado ao Crescimento Espiritual seguido das Relações Interpessoais. O sentido de coerência no grupo de adolescentes sem SASE é mais favorável quando associado ao

Crescimento Espiritual, Atividade Física e Gestão do Stress seguido da Nutrição e das Relações Interpessoais.

A Resiliência no grupo de adolescentes com SASE é mais favorável quando associada ao Crescimento Espiritual e às Relações Interpessoais. A Resiliência no grupo de adolescentes sem SASE é mais favorável quando associada à Nutrição, Crescimento Espiritual, Relações Interpessoais e Gestão do Stress.

Há comportamentos de saúde onde, os dois grupos, evidenciaram valores favoráveis, como no Crescimento Espiritual ou até nas Relações Interpessoais. Um estudo feito com jovens universitários jordanos (Al-Khawaldeh, 2014:29) encontrou scores moderados também nestas dimensões.

Encontrámos também valores bastante diferentes, quando comparados os dois grupos, em outras duas dimensões. Os relativos à Gestão do Stress e à Nutrição, evidenciando o grupo dos pobres piores valores do que o grupo dos não-pobres, particularmente no que à Nutrição diz respeito, onde se encontrou apenas uma relação inversa e significativa da Nutrição com o Locus de Controlo Interno.

A dimensão Responsabilidade também evidencia valores diferentes nos dois grupos, com o grupo dos pobres a apresentar valores mais baixos do que o dos não-pobres. No grupo dos não-pobres é mesmo esta a dimensão onde se constatam valores mais baixos, quando comparados com as outras dimensões do mesmo grupo. No grupo dos pobres esta dimensão, Responsabilidade, e a Nutrição, são as piores cotadas.

Situamos os achados do grupo dos pobres na perspetiva de pobreza que nos é aconselhada por Bruto da Costa enquanto *situação de privação por falta de recursos* (Costa, 2008) relativamente à dimensão Nutrição e, no que se refere à Gestão do *Stress* uma outra perspetiva, que evidencia a pobreza como situação de *stress* crónico.

Quanto à Nutrição sabemos que o padrão alimentar dos grupos populacionais de menor estatuto socioeconómico parece ser um importante mediador na associação existente entre as desigualdades sociais e a obesidade. O estatuto socioeconómico bem como o preço da alimentação são dois importantes fatores que influenciam o consumo alimentar, especialmente em indivíduos de baixo estatuto socioeconómico. Os grupos populacionais de nível socioeconómico mais baixo têm sido considerados como grupos de risco para possuírem uma

alimentação inadequada muitas vezes incentivada pela existência de uma maior densidade de “*fast-foods*” em áreas de maior privação, sugerindo dietas mais pobres. De facto, tem sido demonstrada a existência de uma associação entre o nível socioeconómico e o consumo alimentar, estando descrito de uma forma geral que os grupos socioeconómicos mais desfavorecidos apresentam um padrão alimentar pouco consistente com as recomendações para uma alimentação saudável (DGS, Plataforma contra a Obesidade).

Em Portugal, a informação disponível sobre o consumo alimentar de populações vulneráveis é escassa. Porém, um estudo realizado em 2004, verificou que os grupos de indivíduos com nível educacional mais elevado consomem com mais frequência fruta, hortícolas, leite e peixe e menos vinho e refrigerantes, quando comparadas com outros com menor nível educacional (DGS, Plataforma contra a Obesidade).

Quanto à Gestão do Stress, Wilkinson e Pickett (2009) sugerem que o *stress* associado aos diferentes níveis socioeconómicos, como o stress crónico experimentado por indivíduos em situação de pobreza, pode influenciar o aumento da obesidade infantil, podendo levar a um estilo de vida sedentário, à ingestão de alimentos em excesso e pouco saudáveis, tais como hidratos de carbono de absorção imediata. Por este motivo, a acumulação do *stress* pode induzir a comportamentos que favoreçam a obesidade infantil. A evidência de que esta doença está fortemente associada à pobreza e a níveis de escolaridade baixos fazem com que as populações com estas características sejam uma prioridade nos esforços para enfrentar a obesidade infantil (Loureiro e Freudenberg, 2012).

Também o *stress*, vivenciado na pobreza e na exclusão, faz parte da etiologia da doença crónica cada vez mais associada a um conjunto complexo de determinantes de saúde, relacionados com os aspetos sociais, com os estilos de vida e o meio ambiente. Estas doenças e disfunções são causadas por *stress* pessoal, uma alimentação inadequada, excesso de consumo de álcool, consumo de drogas, e estilo de vida sedentário (DGS, 2004).

Quando comparados os dois grupos, dos pobres não-pobres, verificamos que ambos apresentam valores baixos na Responsabilidade. A Responsabilidade em Saúde evidenciada neste estudo com valores muito baixos, particularmente no grupo dos pobres, respeita a atender e aceitar a responsabilidade pela promoção de saúde do próprio, procurar informação acerca da saúde, e procurar ajuda profissional quando necessário (Walker e Hill-Polerecky,

1996). Outros estudos como os de Al-Khawaldeh (2014), Haddad et al (2004) e Wang et al (2009) reportam resultados semelhantes aos encontrados no nosso estudo.

Estes resultados evidenciados na dimensão Responsabilidade poderão também traduzir a pouca sensibilidade cultural colocada por, exemplo, em dois dos itens do questionário que se referem ao número de vezes que os adolescentes recorrem a programas de televisão ou a leituras sobre assuntos relacionados com a promoção e educação para saúde, sabendo nós, que o foco da responsabilidade não deverá ser apenas no indivíduo, mas também, na ação sobre as determinantes sociais de saúde, e, em programas de promoção e de educação para a saúde na escola e na comunidade, por forma a capitalizar mais ganhos em saúde na população adolescente, o que é Responsabilidade de todos.

O grupo dos pobres evidencia valores baixos na Atividade Física. Quando comparados os dois grupos, verificamos existir no grupo dos não-pobres valores mais elevados. A atividade física mede a capacidade do adolescente seguir um padrão de atividade física regular. Os valores encontrados remetem-nos para a consideração de que os adolescentes pobres ainda não integraram a prática de uma atividade física regular no seu quotidiano. O acesso dos adolescentes a equipamentos desportivos, piscinas e ginásios, pode estar para muitos deles, condicionado, atendendo a custos que não podem suportar.

De acordo com o relatório “Investir nas Crianças para Quebrar com o Ciclo Vicioso da Desigualdade” (Comissão Europeia, Portugal, 2014), *“é evidente que o desemprego e os cortes nos subsídios têm uma influência direta nos cuidados e nas oportunidades ao dispor das crianças. Especialmente no que se refere a outras atividades como o desporto ou a arte (música) porque as famílias não têm dinheiro suficiente para manter as crianças nestas atividades extra”* (CE, 2014:25).

Maior preocupação relaciona a maior inatividade física com práticas de sedentarismo (Bothmer e Fridlund, 2005). Adicionalmente, o acesso às novas tecnologias, o uso do computador e da internet e o acesso a redes sociais, podem contribuir para a redução do interesse na prática desportiva e de atividade física, em geral (Al-Khawaldeh, 2014:30).

A DGS, num estudo que realizou nas escolas em 2002/2003, com adolescentes entre os 11 e os 19 anos, concluiu que 39,6% se dedicavam a atividades sedentárias todos os dias. Independentemente do número de dias de atividades sedentárias, 83,8% dos adolescentes

dedicavam, pelo menos, uma hora por dia a estas atividades; 55,8% não praticavam desporto, sendo a percentagem mais elevada entre as raparigas do que entre os rapazes (36,6%, vs 19,3%); e 32,1% afirmaram que caminhavam menos de 15 minutos por dia (DGS, 2007).

De acordo com o estudo HBSC (2014) conduzido por Margarida Gaspar de Matos e equipa, menos de metade dos adolescentes (49,0%) pratica atividade física três vezes ou mais por semana. Relativamente à prática de exercício fora do horário escolar, mais de metade dos adolescentes não pratica exercício (51,6 %) mais de duas vezes por semana. Os rapazes praticam mais vezes por semana exercício fora do horário escolar do que as raparigas. São os rapazes quem pratica mais vezes atividade física durante a semana (Matos, 2015).

A diminuição do tempo de atividade física durante a adolescência pode estar associada, como sugerido por outros autores, ao incremento das responsabilidades e do trabalho escolar (WHO, 2006; Allison et al., 2005; Sallis et al., 1992 citados por Ferreira, 2008) e ao aumento do interesse pelas relações interpessoais, nomeadamente o namoro e os amigos (Allison et al., 2005; Matos et al., 2002; Sallis et al., 1992 citados por Ferreira, 2008).

O Crescimento Espiritual é, no grupo dos pobres e no grupo dos não-pobres, o comportamento promotor de saúde mais associado a um estilo de vida positivo, seguido das Relações Interpessoais. A influência da cultura, valores e crenças, da religião e da fé e, não menos importante da busca de sentido na vida, tendo em vista a adoção de um perfil de estilo de vida positivo que leve à realização pessoal e à realização do potencial máximo de bem-estar, está por certo associado a estes valores. No caso do grupo dos pobres a dimensão Relações Interpessoais posiciona-se em segundo lugar, depois do Crescimento Espiritual.

Tanto o Crescimento Espiritual quanto as Relações Interpessoais estão associadas a valores mais favoráveis de Auto-Eficácia, Sentido de Coerência e Resiliência, o que se relaciona com uma maior probabilidade dos adolescentes escolherem ter um estilo de vida promotor de saúde. O mesmo acontece apenas no grupo dos não-pobres para a Gestão do Stress e para a Nutrição. As pessoas com um forte “sentido de coerência” têm uma maior capacidade de fazer escolhas, relacionadas com os comportamentos que explicitamente favorecem a saúde (dieta equilibrada, exercício físico), bem como de estabelecer limites e evitar situações que possam afetar a sua saúde (Bengel, Strittmatter e Willmann, 1999).

Outro comportamento de promoção de saúde refere-se à Gestão do *Stress*. Como sabemos não há *stress* sem existirem circunstâncias desencadeadoras a que o indivíduo é sensível. O que dita se o indivíduo tem ou não controlo sobre o acontecimento é a avaliação que o indivíduo faz sobre si e a própria circunstância. Se a pessoa sente que a circunstância é para si importante e sente que não tem aptidões nem recursos pessoais ou sociais para ultrapassar as exigências por ela criadas então “entra em *stress*” (Serra, 2002).

Encontramos nesta explicação de Vaz Serra sobre o que é o *stress*, relação com os resultados evidenciados na dimensão Gestão do *Stress*, particularmente, no que ao grupo dos pobres diz respeito, quando comparado com o grupo dos não-pobres. A pobreza observada como situação de *stress* crónico, é manifesta neste grupo, através do compromisso de alguns recursos pessoais, nomeadamente, a auto-eficácia que é independente da gestão do *stress*. No entanto, observamos também, que, havendo uma relação significativa com outras dimensões do Sentido de Coerência (Capacidade de Gestão), da Resiliência (Autoconfiança) ou até do Locus de Controlo de Saúde, evidenciando alguma externalidade, identificamos que o grupo dos pobres revela alguma perceção de controlo sobre o que lhes acontece, manifestando características de personalidade resistente ao *stress* e, portanto, recursos e estratégias para lidar com o *stress*.

Sidney e Dinoff (1999), citados por Serra (2002), mencionam a este respeito que as estratégias de *coping* correspondem às respostas, emitidas pelo indivíduo, que têm por finalidade diminuir a carga física emocional e psicológica ligada aos acontecimentos indutores de *stress*. Estas estratégias de lidar com as situações indutoras de *stress* têm modalidades diferentes. Algumas vezes são orientadas pelo indivíduo para a resolução direta do problema, outras vezes para a atenuação das emoções sentidas, noutras ocasiões para a busca de apoio social. Podem surgir de forma isolada ou concomitante. Se têm êxito o *stress* reduz-se. Se são ineficazes o *stress* mantém-se (Serra, 2002).

No grupo dos não-pobres os recursos e estratégias para lidar com o *stress* são manifestas nos valores favoráveis demonstrados em associações significativas com a auto-eficácia, o sentido de coerência, o locus de controlo de saúde e a resiliência. Suzanne Kobasa *et al* (1979, 1982, 1983) citados por Serra (2002), referem que há um tipo de personalidade particularmente resistente ao *stress*. É descrita como correspondendo a pessoas confiantes, que acreditam em si e no que são capazes de fazer. Têm tendência a revelar perceção de controlo sobre o que

lhes acontece. Aceitam mudanças e, por isso, consideram as situações de *stress* como um desafio e uma oportunidade de crescimento pessoal (Serra, 2002). Antecipamos pelo conjunto de fatores atenuantes do *stress* referidos, o grupo dos não-pobres ser detentor de adolescentes com uma personalidade mais resiliente.

As associações entre os atributos de ordem individual e o contexto

Os resultados relativos às dimensões da SOC, por grupo, em relação à segurança no bairro onde vivem, permitem verificar que no grupo de adolescentes que não beneficia de SASE quem sente sempre/frequentemente segurança no bairro onde vive, tem um sentido de coerência mais favorável associado às dimensões: Capacidade de Investimento, Capacidade de Compreensão e Capacidade de Gestão. Também no grupo de adolescentes que beneficiam de SASE, o sentido de coerência de quem sempre/frequentemente se sente seguro no bairro onde vive está associado à dimensão Capacidade de Gestão e, apenas, a esta dimensão. As pessoas com um forte “sentido de coerência” têm uma maior capacidade de fazer escolhas, relacionadas com os comportamentos que explicitamente favorecem a saúde bem como de estabelecer limites e evitar situações que possam afetar a sua saúde (Bengel, Strittmatter e Willmann, 1999).

Os resultados relativos às dimensões da CES, por grupo, em função da segurança no bairro onde vivem, permitem verificar que no grupo de adolescentes que beneficiam de SASE quem sente sempre/frequentemente segurança no bairro onde vive, tem uma Auto-Eficácia mais favorável associada à dimensão Iniciação e Persistência. Também os adolescentes que não beneficiam de SASE e que sentem sempre/frequentemente segurança no bairro onde vivem, têm uma Auto-Eficácia mais favorável associada às dimensões Iniciação e Persistência e Eficácia perante a Adversidade.

Os resultados relativos às dimensões do Locus, por grupo, em função da segurança no bairro onde vivem, permitem verificar que no grupo de adolescentes que não beneficiam de SASE e que sentem, algumas vezes ou nunca, segurança no bairro onde vivem, têm um Locus de Controlo de Saúde mais favorável associado à dimensão Locus de Controlo Interno. Tanto os adolescentes com SASE como os adolescentes sem SASE, que sempre/frequentemente se sentem seguros no bairro onde vivem, têm uma resiliência favorável associada às dimensões perseverança e autoconfiança.

No que se refere ao sentido de coerência diferenças observadas, nos dois grupos, vão no sentido de quem participou sempre/ frequentemente em atividades que promovem a saúde e o bem-estar, revelar, no caso do grupo de adolescentes que não beneficia de SASE, um sentido de coerência favorável associado às dimensões Capacidade de Investimento, Capacidade de Gestão e Capacidade de Compreensão, sendo que no grupo com SASE o sentido de coerência se encontra apenas associado à dimensão Capacidade de Gestão. As diferenças observadas vão no sentido de uma maior capacidade de investimento, gestão e compreensão dos alunos sem SASE que participaram, sempre/frequentemente, em atividades que promovem a saúde e o bem-estar, evidenciando um SOC mais favorável. Os alunos com SASE que participaram sempre/frequentemente em atividades que promovem a saúde e o bem-estar, evidenciam apenas uma maior capacidade de gestão, reportada ao nível da disponibilidade de recursos para responder às exigências colocadas pelos estímulos ambientais.

Os adolescentes dos dois grupos que participaram sempre/ frequentemente em atividades que promovem a saúde e o bem-estar revelaram uma Auto-Eficácia favorável na dimensão Eficácia Social. Não se observaram diferenças significativas no Locus de Controlo de Saúde, por SASE, e em função da participação em atividades promotoras da saúde e bem-estar. O grupo de adolescente com SASE que, sempre/frequentemente, participou em atividades de saúde e bem-estar evidencia uma resiliência mais favorável nas dimensões Perseverança e Autoconfiança. O grupo de adolescentes sem SASE que sempre/frequentemente, participou em atividades de saúde e bem-estar evidencia uma resiliência mais favorável apenas na dimensão Perseverança.

Os resultados relativos às dimensões da SOC, por grupo, em relação ao sentimento de pertença à escola permitem verificar que no grupo dos adolescentes que não beneficia de SASE um sentido de coerência favorável está associado às dimensões Capacidade de Investimento, Capacidade de Gestão e Capacidade de Compreensão. Também no grupo dos adolescentes que beneficiam de SASE o sentido de coerência está associado à dimensão Capacidade de Gestão. As diferenças observadas vão no sentido de uma maior capacidade de investimento, gestão e compreensão dos alunos sem SASE que, sempre/frequentemente, têm um sentimento de pertença à escola, evidenciando um SOC mais favorável. Os alunos com SASE que sempre/frequentemente têm um sentimento de pertença à escola, evidenciam apenas uma maior capacidade de gestão, reportada ao nível da disponibilidade de recursos para responder às exigências colocadas pelos estímulos ambientais.

Os resultados relativos às dimensões da CES, por grupo, em função do sentimento de pertença à escola, permitem verificar que no grupo de adolescentes que não beneficia de SASE a Auto-Eficácia está associada às dimensões Iniciação e Persistência, Eficácia perante a Adversidade e Eficácia Social. Também no grupo de adolescentes que beneficia de SASE a Auto-Eficácia está associada à Eficácia Social. Os adolescentes que não são beneficiários do SASE que sempre/frequentemente, têm um sentimento de pertença à escola, evidenciam uma auto-eficácia favorável, associada a todas as dimensões em análise. No caso dos adolescentes que são beneficiários do SASE, as diferenças observadas vão no sentido de quem, sempre/frequentemente, tem um sentimento de pertença à escola, evidenciar valores de auto-eficácia favoráveis apenas na dimensão Eficácia Social.

O grupo de adolescentes que não beneficia de SASE e que, algumas vezes ou nunca, tem um sentimento de pertença à escola evidencia um Locus de Controlo de Saúde mais favorável na dimensão Locus de Controlo Interno. O grupo de adolescentes que beneficia de SASE evidencia um Locus de Controlo de Saúde independente do sentimento de pertença à escola.

O grupo de adolescentes não beneficiários de SASE que, sempre/frequentemente, tem um sentimento de pertença à escola, evidencia uma resiliência mais favorável associada às dimensões perseverança e autoconfiança revelando um perfil de estilo de vida mais positivo e resiliente. No grupo de adolescentes beneficiários de SASE a Resiliência é independente do sentimento de pertença à escola.

As associações entre os comportamentos de saúde dos adolescentes e o contexto

A avaliação das diferenças nas subescalas da HPLP II foi investigada em função do SASE para a amostra global e não se mostrou estatisticamente associado.

No grupo de adolescentes que não beneficia de SASE observaram-se diferenças por sexo nas escalas: Responsabilidade, Nutrição e Relações Interpessoais. As alunas do sexo feminino que não beneficiam de SASE revelam um perfil de estilo de vida mais positivo nestas três dimensões contrariamente aos alunos do sexo masculino. No grupo de adolescentes que beneficia de SASE, observaram-se diferenças por sexo apenas na dimensão Atividade Física. Aqui temos evidência de um perfil inverso, registando os alunos do sexo masculino, que beneficiam de SASE, um estilo de vida mais positivo que as alunas.

Quem não beneficia de SASE e que sempre/frequentemente se sente seguro no bairro onde vive, revela um perfil de estilo de vida positivo nas dimensões, Crescimento Espiritual e Gestão do Stress. As diferenças observadas vão no sentido de quem sente sempre/frequentemente segurança no bairro onde vive, ter um perfil de estilo de vida mais positivo nas dimensões referidas, nomeadamente, por adotar no seu quotidiano uma abordagem positiva que leva à realização do potencial máximo de bem-estar em lugares de privação e por identificar fontes de stress e agir no controlo dos seus efeitos adversos. Relativamente ao grupo que beneficia de SASE registamos que um estilo de vida positivo relativo à segurança do bairro onde vive é independente de qualquer dimensão em análise.

De acordo com (Evans, 2003; Stuckler et al., 2009; Miles et al., 2011 citados por Santana, 2014) as características adversas das áreas de residência, educação ou recreação, podem contribuir para o desenvolvimento de problemas emocionais (Evans, 2003; Stuckler et al., 2009; Miles et al., 2011, citados por Santana, 2014), falta de identidade, não integração na comunidade e enfraquecimento dos laços sociais (Almedom, 2005 citado por Santana, 2014). Este processo tem consequências no comportamento dos indivíduos, com impactos negativos na saúde (Rohrer e Blackburn, 2005; Miles et al., 2011; Khedmati et al., 2012 citados por Santana, 2014). O sentimento de insegurança, aliado à perceção de insegurança, tem consequências diretas nas alterações de rotinas diárias (diminuição da fruição das oportunidades disponíveis localmente) e, indiretas, no aumento dos níveis de ansiedade e nervosismo. Ou seja, as alterações no estado emocional comprometem, por exemplo, a prática de estilos de vida saudáveis como caminhar, utilizar espaços públicos (praças e jardins), bem como do relacionamento com vizinhos e familiares, com impactos negativos na saúde (Santana, 2014:85).

As diferenças observadas, nos dois grupos, vão no sentido de quem participou sempre/frequentemente em atividades que promovem a saúde e o bem-estar revelar globalmente um perfil de estilo de vida promotor de saúde, considerando as dimensões em análise: no grupo com SASE (Atividade Física, Nutrição, Crescimento Espiritual e Gestão do Stress) no grupo sem SASE (Responsabilidade, Atividade Física, Crescimento Espiritual, Relações Interpessoais e Gestão do Stress). Dos resultados inferimos um perfil de estilo de vida positivo nos dois grupos associado à participação em atividades que promovem a saúde e o bem-estar.

Os resultados relativos às dimensões da HPLP II, por grupo, em função do sentimento de pertença à escola permitem verificar que no grupo de adolescentes que beneficia do SASE um perfil de vida positivo está associado à dimensão Atividade Física. No grupo de adolescentes que não beneficiam de SASE o estilo de vida positivo está associado às dimensões Nutrição, Crescimento Espiritual, Relações Interpessoais e Gestão do Stress. As diferenças observadas vão no sentido do grupo de adolescentes que não beneficia de SASE ter sempre/frequentemente, um sentimento de pertença à escola associado a um estilo de vida tendencialmente positivo. Já no grupo de adolescentes que recebem SASE verificamos que o sentimento de pertença à escola se associa sempre/frequentemente, apenas a uma das dimensões que incorporam a definição de um estilo de vida positivo, no caso vertente, a atividade física realizada no âmbito do desporto escolar.

É crescente o reconhecimento de que aspetos do contexto social, físico e cultural podem afetar a saúde mental do indivíduo, facilitando ou inibindo estilos de vida e comportamentos com impacto sobre o seu bem-estar. Por exemplo, a prática de atividade física regular encontra-se associada a melhor estado de saúde e a menor perturbação do estado emocional; através do incremento da interação social (contactos interpessoais e intergeracionais), é estimulado o sentimento de pertença ao lugar/comunidade promovendo, por essa via, uma melhoria no bem-estar e na saúde física e mental (Santana, 2014:86). Deste ponto de vista a prática de atividade física regular pode ser interpretada como uma estratégia inclusiva. Por outro lado o facto da dimensão Atividade Física ser a única que se encontra, no grupo com SASE, associada ao sentimento de pertença à escola, leva-nos a refletir sobre a eventual exclusão deste grupo das outras atividades e comportamentos que configuram um estilo de vida positivo, vendo assim espelhada a sua condição de pobre, pela exclusão de elementos sociais básicos e de práticas saudáveis que configuram a sua ligação à escola e, por essa via, o seu sentimento de pertença.

Em síntese:

Podemos concluir do que observámos das associações entre as características individuais, aspetos do contexto e comportamentos de saúde que, os adolescentes não-pobres, evidenciam globalmente valores mais favoráveis e, portanto, associados a maior probabilidade de evidenciarem comportamentos promotores de saúde, do que os adolescentes pobres.

Daqui inferimos que, os adolescentes não-pobres, têm um maior potencial de escolha de um estilo de vida saudável que o grupo dos pobres. Amartya Sen (1999) ajuda-nos a refletir sobre este aspeto quando nos diz que o “horizonte” adequado é o das liberdades concretas – as potencialidades para escolher a vida que cada um tem razões para estimar. Se a questão está em centrar-nos na oportunidade real do indivíduo para conseguir os seus fins (como Rawls recomenda), então ter-se-á de ter em conta não apenas os bens primários que cada pessoa possui, mas também as características pessoais relevantes que comandam a conversão dos bens primários em capacidade pessoal de promover os próprios fins” (Sen, 1999:88).

Sugerimos um trabalho de reforço das competências psicossociais e emocionais dos adolescentes, em contexto, queremos dizer, no bairro onde moram, na escola que frequentam e, na família que habitam, e uma ação concertada sobre os determinantes sociais de saúde. A intervenção deverá ser dirigida a todos os adolescentes, respetivas famílias e comunidade, mas, com uma incidência mais forte no grupo dos pobres, por forma a reduzir o gradiente social de saúde identificado e, assim, promover maior igualdade de oportunidades, no que se refere à adoção de um estilo de vida promotor de saúde.

3 - A ADOLESCÊNCIA SOB A LENTE DA PERSPETIVA SALUTOGÉNICA EM CONTEXTOS DE POBREZA

Este último ponto da Discussão pretende fazer uma discussão conjunta e integrada dos dados quantitativos e qualitativos por forma a podermos realizar inferências sobre os resultados, e, obter, um melhor entendimento do fenómeno em estudo (Sampieri, Collado e Lucio, 2010).

Para justificarmos o *ponto de interface* no nosso estudo, momento em que se dá a integração, na discussão dos resultados, daquilo que encontrámos, de modo separado e sequencial, nas componentes central e complementar (Morse, 2009:138), recorreremos de novo ao constructo de resiliência que, como já tivemos ocasião de afirmar ao longo deste trabalho, é considerado como o processo resultante de uma delicada equação entre *fatores de risco*, *fatores de proteção* e *indicadores de adaptação* e, mormente, como definidor dos bons resultados de adaptação alcançados apesar da exposição ao risco, enfatizando, por isso, a capacidade de singrar em contextos de maior adversidade. Antonovsky, a quem se deve a mudança de pensamento no que se refere à ação em saúde, da abordagem preventiva para a da salutogénese, realça a importância do reforço das competências, das pessoas e das comunidades, na melhoria do seu nível de saúde, potenciando os fatores geradores de saúde, integrando-os na capacidade de gestão dos fatores de risco, através da resiliência. Estes fatores, de risco e de proteção, foram encontrados no nosso estudo, através da análise de conteúdo que realizámos.

Os Fatores de Risco evidenciados neste estudo são: *a pertença a um nível socioeconómico baixo* e *a vivência de episódios de adversidade associados a acontecimentos de vida negativos*. Os *clusters* de Fatores de Proteção encontrados são: *a resiliência académica*, *comportamentos de procura de saúde dos adolescentes relacionados com os estilos de vida*, *aspetos da família e ambiente familiar*, *aspetos positivos relativos aos bairros residenciais*, *vontade de sentido dos adolescentes insita na sua orientação para o futuro e procura do sentido da vida* e, por último, *o adolescente e a sua circunstância*.

O material que reporta aos fatores de risco referidos, bem como o material encontrado nos *clusters* de fatores de proteção, servirão para documentar o ponto de interface, atendendo a que os resultados estatísticos da componente central, por si só, não possibilitam uma resposta integral à questão de investigação formulada, ponto de partida do nosso estudo e, também por isso, a escolha para a nossa investigação, de um estudo com um desenho de métodos mistos.

Deste modo, a componente suplementar, servirá para, de um modo indutivo, iluminar o fenómeno em estudo, dando maior robustez aos resultados estatísticos encontrados, através de uma melhor compreensão sobre as *razões por que adolescentes que vivem em circunstâncias adversas adotam um estilo de vida saudável*.

Já estabelecidos os perfis vamos procurar integrar o que encontrámos de significativo entre o indivíduo, contexto, comportamentos de saúde, sexo e SASE com o material da análise de conteúdo que respeita aos fatores de risco e de proteção encontrados num grupo de adolescentes pobres e que integram o quadro de bolsas de mérito das escolas que frequentam.

Ponto de interface

Neste ponto de interface procuramos situar a questão de investigação, na interseção entre a análise de conteúdo realizada, com os resultados obtidos do estudo quantitativo. Os pontos onde iremos fazer essa interseção reportam aos resultados mais favoráveis encontrados no perfil de estilo de vida dos adolescentes pobres, traduzidos em resultados estatísticos, com as categorias de análise enquadradas em *clusters* de fatores de proteção. Esta decisão deve-se ao facto de, na adversidade pela condição de pobreza, e de acordo com os autores da resiliência e da promoção da saúde, o papel dos fatores de proteção ser o de mitigar o efeito dos fatores de risco, levando-nos assim a um entendimento sobre o que é protetor na adversidade vivida pelos adolescentes em contextos de pobreza urbana e, assim, podermos perspetivar a ação do enfermeiro numa abordagem positiva da saúde.

A nossa decisão assenta ainda no pressuposto base que a melhor aprendizagem sobre a vida se constrói em contextos onde existem relações interpessoais acolhedoras e de suporte, promotoras de compromisso, sentido e estímulo à aprendizagem dessa mesma vida. Os *settings* onde essa aprendizagem se faz pode ser a família, a escola ou o bairro, locais onde se aprende a estabelecer relações interpessoais significativas e positivas, a gerir emoções e a adotar um estilo de vida saudável. São por isso *settings* importantes para o desenvolvimento sócio emocional, espiritual e a saúde mental. A pertença a um nível socioeconómico baixo e a vivência de episódios de adversidade associados a acontecimentos de vida negativos foi o que encontrámos como fatores de risco na análise de conteúdo.

Os valores de correlação mais fortes encontrados no grupo dos adolescentes pobres, sobretudo, ao nível do Crescimento Espiritual e das Relações Interpessoais com a Auto-

Eficácia, Sentido de Coerência e Resiliência, sugerem que serão, estes, entre outros, os comportamentos de saúde e atributos de ordem individual, que exercerão proteção face à adversidade, em alguns adolescentes pobres, e onde radicam as forças de sobrevivência, superação, enfrentamento, perseverança, persistência, capacidade de compreensão, gestão e investimento e de confiança em si próprio para *sobreviver, superar, enfrentar, perseverar, persistir, confiar em si*, sub-categorias de análise encontradas no nosso estudo, tornando-os mais capazes na “arte de saber navegar nas tormentas”. Resultados elevados de auto-eficácia, sentido de coerência e resiliência estão ainda associados a maior probabilidade de escolha de um estilo de vida promotor de saúde por parte destes adolescentes que, vivendo em condições de adversidade pela sua condição de pobreza, manifestam comportamentos de saúde e características de personalidade que nos parecem estar coerentes com o manifestado no discurso dos adolescentes que entrevistámos, adolescentes com manifesta resiliência académica, por integrarem os quadros de bolsas de mérito das escolas apesar da sua condição de pobreza.

Os valores elevados de Crescimento Espiritual e Relações Interpessoais associados a um maior sentido de coerência auto-eficácia e resiliência, encontram eco nas palavras destes adolescentes quando se referem à família e aos amigos, ao seu potencial de afeto e ao estabelecimento de relações interpessoais acolhedoras e de suporte. Na categoria *família e ambiente familiar* os adolescentes entrevistados valorizam o ambiente familiar, a relação com os outros, o reforço positivo e o bem-estar espiritual. Na sub-categoria *relações de amizade e grupo de pares*, constatamos que há referências quanto às dinâmicas de grupos de jovens e às relações interpessoais que estabelecem, ao apoio do grupo de amigos, à qualidade da relação com os amigos, à facilidade em falar com os amigos sobre os assuntos que os preocupam e ainda à pressão do grupo de pares e de como lidam eficazmente com essa circunstância. Observamos que de facto os grupos são um meio de troca de informações recolhidas em situações familiares pessoais, em atividades de tempos livres ou através de interesses individuais. Outra dimensão da análise qualitativa que do nosso ponto de vista situa o Crescimento Espiritual e as Relações Interpessoais, é a sub-categoria *irmãos* onde o que emerge são os laços de amizade, a relação afetiva forte, de apoio, de confiança, a valorização da presença, da preocupação de uns pelos outros, da capacidade de se motivarem uns aos outros, a entreatajuda. Outra dimensão não menos importante é a da existência na vida do adolescente de uma *pessoa significativa*, familiares ou outros significativos que num período de maior vulnerabilidade dos adolescentes, quer por situações de divórcio dos pais, quer pela

morte de um dos progenitores, ou outras situações de adversidade, possibilitaram inverter a trajetória de risco desses adolescentes e conduzir o seu projeto de vida em direção ao bem-estar. Manifesta ainda nestes adolescentes que entrevistámos, é a *vontade de sentido dos adolescentes* na busca de orientação para o futuro e do sentido da vida. Por exemplo, no que se refere à sub-categoria *trabalho* observamos que existe efetivamente um ideia de futuro enxertada num projeto de vida que se desenha sob a forma de uma intenção ou da concretização de um sonho. Percebemos ainda existir uma energia mobilizadora intrínseca, motivacional, relacionada com o devir e com a necessidade de cumprir um desígnio, com sentido. A vontade de sentido num dos adolescentes respeita ao esforço para encontrar um significado na sua vida que passa por procurar a paz interior e a verdadeira felicidade. Observámos ainda na sub-categoria *sentido de coerência*, como a teoria salutogénica fundamentada em compreensão, capacidade de gestão e atribuição de significado, se revela numa adolescente entrevistada que face à adversidade potencia fatores geradores de saúde, integrando-os na capacidade de gestão dos fatores de risco, através da resiliência. A adolescente percebe como os recursos ao seu dispor como a capacidade para se pensar, relaxar e refletir, são adequados para responder às exigências colocadas por estímulos como a pressão, o *stress* e o cansaço. O controlo psicológico e estar bem consigo própria, são recursos que a adolescente mobiliza para ser bem-sucedida na escola e socialmente.

Antonovsky ensinou-nos a olhar para o detalhe e, por vezes foi necessário entrar em linha de conta com a história de vida do adolescente, e da sua posição no contínuo disfuncional/funcional. Consciente do impacto que as condições de vida podem ter sobre certos grupos Antonovsky pesquisou aqueles que são atingidos pela pobreza e pela marginalização (Antonovsky, 1979:77), salientou esta capacidade que manifestavam estes indivíduos de encontrar *coerência interna* na sua vida a despeito das perdas (familiares, status, condição socioeconómica) às quais tinham estado sujeitos. A pergunta que se impõe é a da compreensão que sustenta a sobrevivência do ser humano (Antonovsky, 1979:14), bem como saber onde encontrar a força e a capacidade de sobrevivência (Antonovsky, 1979:7).

Outro resultado que obtivemos respeita aos valores favoráveis de Resiliência no que se refere à Segurança no bairro onde vivem, muitas vezes ameaçado de adversidades. Este resultado está alinhado com o que encontrámos em várias categorias de análise onde sobrevivem características como, ser determinado e lutar, ou outras, como, acreditar em si próprio, ter força de vontade e esforço pessoal. São no seu conjunto recursos e atributos de ordem

individual utilizados pelos adolescentes tendo em vista alcançar objetivos pessoais superando adversidades muitas vezes nos bairros onde vivem. Para alguns a superação relaciona-se com coragem, desafio, uma personalidade forte, talento, capacidades intelectuais superiores, capacidade de adaptação e o estabelecimento de metas ambiciosas. Outros dizem lutar contra tudo e contra todos para alcançar os objetivos, acreditando em si mesmo, mas com o apoio da família. Outros ainda referem estratégias de enfrentamento para lidar com situações de ameaça ou desafio. A Segurança enquadra-se naquilo que é observado pelos adolescentes como um aspeto positivo dos bairros onde residem. Outros aspetos dos bairros que concorrem para que o adolescente se sinta seguro, respeitam à sua envolvente e enquadramento, a existência de espaços de fruição e lazer (espaços verdes), a tranquilidade, as pessoas, as relações de vizinhança e a possibilidade de realizar festas e cursos promovidos por associações de desenvolvimento comunitário e pela junta de freguesia. Valores muito favoráveis da participação em atividades promotoras da saúde e bem-estar como a atividade física, a nutrição, o crescimento espiritual e a gestão do *stress* sugerem, que ativar a participação dos jovens adolescentes em situação de desfavorecimento social permitindo o exercício de uma cidadania ativa e o desenvolvimento de competências de tomada de decisão, capacitação e empowerment, é o papel fundamental da escola, local de oportunidades, de capacitação, de desenvolvimento e de superação da pobreza e de construção de comunidades educativas resilientes.

O cuidar baseado nas forças (Gottlieb, 2016) coloca o foco no que está a funcionar, que recursos a pessoa tem ao lidar com as preocupações e problemas, como a pessoa sobrevive, se adapta ou lida com a adversidade. A Resiliência foca-se em resultados positivos, propõe uma orientação salutogénica e procura compreender como é que os indivíduos ultrapassam circunstâncias adversas e alcançam um estado de bem-estar. Foi essa compreensão que procurámos obter com a interseção das duas perspetivas quantitativa e qualitativa, neste ponto de interface.

PARTE III

DAS CONCLUSÕES ÀS IMPLICAÇÕES E SUGESTÕES

1 - CONCLUSÕES

No final do percurso realizado é tempo de concluir, sintetizando os conteúdos abordados realçando as ideias expostas não sem antes nos pronunciarmos sobre o momento em que foi realizado este estudo, um tempo de crise. O editorial da Revista Portuguesa de Saúde Pública (2012) situa esse momento a partir de uma questão fundamental «O que podem os cientistas fazer para ajudar a proteger a saúde pública em tempos de crise económica?» — perguntavam, em maio de 2010, três reputados homens das ciências da saúde, David Stuckler, Sanjay e Martin McKee. A resposta só podia ser esta: «*They should promote an evidence-based approach to economic and public health recovery, analysing past successes and failures. This will lead to a better understanding of why some people, households, communities and societies are resilient to external shocks*» (Nature, 465, 20 May 2010:289 in Loureiro e Graça, 2012).

De acordo com a perspetiva dos direitos humanos, a recuperação da crise deve começar com os mais vulneráveis e desprotegidos. Todos os que vivem, em pobreza, incluindo as crianças, devem ser tratados como titulares de direitos, e não como meros recipientes passivos de ajuda. Uma recuperação da crise baseada no respeito pelos direitos humanos é a melhor estratégia para corrigir desigualdades, para erradicar a pobreza e para promover coesão social. (UNICEF, 2013).

Uma das conclusões deste trabalho que defende a perspetiva dos direitos humanos, é que a única maneira de lidar com a complexidade da resposta humana aos desafios e ameaças percebidas pelos adolescentes que vivem em contextos de pobreza é encontrar a forma de apoiar a saúde. Os *clusters* de fatores de proteção encontrados através da análise de conteúdo, são disso uma prova irrefutável, como também são os fatores de risco identificados entre adolescente da periferia urbana de Lisboa. Ficámos a conhecer de que forma os adolescentes lidam com as ameaças e adversidades do quotidiano nos contextos onde nascem, respiram, vivem, pensam, crescem, se formam, se divertem e estudam e, que forças, mobilizam, para capitalizar ganhos em saúde. Referimo-nos a forças vindas do *Si* próprio como o sentido de coerência a auto-eficácia ou a resiliência, mas, sobretudo, àquelas que resultam da vida do dia-a-dia, num diálogo permanente entre o contexto que habitam e que proporciona ou não sentir-se seguro, pertencer a um lugar ou participar em atividades de saúde e bem-estar, resultando desta interação comportamentos de saúde que prefiguram um estilo de vida

determinado. Foi com base nesta evidência que definimos a tipologia de perfil de estilo de vida dos adolescentes assente no propósito de que, a saúde de um indivíduo, resulta das características individuais, dos comportamentos e do ambiente físico e social da área de residência. Trata-se de causalidade múltipla ou etiologia multifatorial, sendo necessário mais do que um fator para que a saúde ocorra.

Identificámos três perfis de estilo de vida. Um perfil global, um perfil de estilo de vida de adolescentes pobres e um perfil de estilo de vida de adolescentes não-pobres. Encontrámos diferenças em todos eles sendo que o perfil global sugere haver nestes adolescentes um estilo de vida tendencialmente positivo. Quando desagregados os dados através da variável instrumental que nos permitiu caracterizar a amostra do estudo quantitativo (SASE), verificámos haver diferenças entre os diferentes perfis. A diferença que urge assinalar é que a saúde dos pobres é diferente e pior que a dos não-pobres, evidenciando o perfil dos pobres um menor número e intensidade das forças de correlação do que os não-pobres.

No que se refere ao Perfil Global podemos dizer que o perfil encontrado é tendencialmente positivo. *Sentir-se seguro, participar em atividades de saúde e bem-estar e ter um sentimento de pertença à escola* está associado a um elevado Sentido de Coerência e Resiliência, a valores favoráveis de Auto-Eficácia Geral, particularmente, os associados às dimensões de Iniciação e Persistência e Eficácia perante a Adversidade e ainda a valores favoráveis de Locus de Controlo Interno, mas apenas no que se refere à Segurança.

Ainda no Perfil Global quando associamos os comportamentos de saúde com as variáveis de contexto, *segurança, participação, e pertença*, constatamos que a Segurança se relaciona com todos os comportamentos de saúde exceto com a Responsabilidade e a Nutrição; a Participação está fortemente associada a todos os comportamentos de saúde e, portanto a um estilo de vida positivo; o Sentimento de Pertença à escola associa-se a todos os comportamentos de saúde à exceção da Responsabilidade e da Nutrição.

Por último, no Perfil Global, os valores de correlação mais fortes encontrados entre os atributos de ordem individual e os comportamentos de saúde deram-se sobretudo ao nível do Crescimento Espiritual e das Relações interpessoais com a Auto-Eficácia, Sentido de Coerência e Resiliência. A Gestão do Stress, Nutrição e Atividade Física surgem associados mas a um nível fraco e significativo à Auto-Eficácia, Sentido de Coerência e Resiliência, exceto na Gestão do Stress associada a um nível moderado com a Capacidade de Gestão. Os

valores da Responsabilidade evidenciam as correlações mais fracas e o Locus de Controlo Interno quando associa é inversa e significativamente à Atividade Física Nutrição e Relações Interpessoais.

Quando realizamos a desagregação dos dados pelos dois grupos verificamos que o perfil de estilo de vida dos adolescentes pobres é diferente e pior que o estilo de vida, mais positivo, dos adolescentes não-pobres. Esta evidência encontra eco naquilo a que a literatura sistematicamente nos tem revelado sobre a relação que existe entre pessoas pobres, lugares pobres e uma saúde pobre.

Quanto a estes Perfis, de adolescentes pobres e não-pobres, quem sempre/frequentemente se sente seguro no bairro onde vive, participa em atividades de saúde e bem-estar e tem um sentimento de pertença à escola, evidencia, no caso dos não-pobres, um sentido de coerência mais favorável associado significativamente a todas as dimensões, ao contrário do grupo dos pobres que associa significativamente apenas na dimensão Capacidade de Gestão.

Os valores de Auto-Eficácia no grupo dos não-pobres também são mais favoráveis do que no grupo dos pobres onde a Segurança se associa favoravelmente à Auto-Eficácia nas dimensões Iniciação e Persistência e Eficácia perante a Adversidade ao contrário dos não-pobres que tem apenas uma relação significativa da Segurança com a Iniciação e Persistência. No que respeita à Participação os dois grupos têm uma relação significativa apenas com a Eficácia Social. O grupo dos não-pobres evidencia ainda valores muito favoráveis de Auto-Eficácia em relação ao Sentimento de Pertença à escola ao contrário do grupo dos pobres onde se observa uma relação significativa apenas com a dimensão Eficácia Social.

Os valores de Resiliência são muito favoráveis, nos dois grupos, no que se refere à Segurança. O grupo dos pobres evidencia também valores de Resiliência muito favoráveis no que se refere à Participação em atividades promotoras da saúde e do bem-estar e, melhores, que o grupo dos não-pobres, onde existe apenas uma relação significativa com a Perseverança. Já no que respeita ao grupo dos pobres observamos que o Sentimento de Pertença à escola é independente da Resiliência ao contrário dos não-pobres que exibem valores favoráveis de Resiliência.

O Locus de Controlo Interno no grupo dos não-pobres associa significativamente, apenas com a Segurança e com o Sentimento de Pertença à escola, não se observando nenhuma relação

significativa, no grupo dos pobres, do Locus de Controlo de Saúde com a segurança, participação em atividades de saúde e bem-estar ou com o sentimento de pertença à escola, sendo, por isso, independente.

Ainda no perfil dos pobres e não-pobres quando associamos os comportamentos de saúde com as variáveis de contexto, *segurança, participação, e pertença*, constatamos que a Segurança se relaciona significativamente, apenas no grupo dos não-pobres, ao Crescimento Espiritual e à Gestão do Stress, sendo independente em todos os comportamentos de saúde no grupo dos pobres. No que se refere à Participação em atividades de saúde e bem-estar evidenciamos relações significativas no grupo dos pobres com a Atividade Física, Nutrição, Crescimento Espiritual e Gestão do Stress. No grupo dos não-pobres as relações significativas são com todos os comportamentos de saúde à exceção da Nutrição. O sentimento de pertença à escola tem no grupo dos pobres apenas uma relação significativa com a Atividade Física, relacionando-se no grupo dos não-pobres com todos os comportamentos de saúde à exceção da Responsabilidade e da Atividade Física.

Por último, nos perfis de pobres e não-pobres, os valores de correlação mais fortes encontrados entre os atributos de ordem individual e os comportamentos de saúde deram-se sobretudo ao nível do Crescimento Espiritual e das Relações interpessoais com a Auto-Eficácia, Sentido de Coerência e Resiliência, onde os dois grupos apresentam relações significativas de nível moderado e fraco. A Gestão do Stress e a Nutrição têm no grupo dos não-pobres valores de correlação direta de nível moderado a fraco com o Sentido de Coerência e a Resiliência, ao contrário do grupo dos pobres onde se observa apenas uma relação significativa da Nutrição com o Locus de Controlo Interno. Em relação à Gestão do Stress as correlações diretas no grupo dos pobres dão-se apenas nas dimensões Outros Poderosos, Capacidade de Gestão e na Autoconfiança. Também na Atividade Física os valores de correlação direta são melhores no grupo dos não-pobres particularmente na Auto-Eficácia e no Sentido de Coerência. No grupo dos pobres a Responsabilidade é praticamente independente de todos os atributos de ordem individual a não ser na Capacidade de Compreensão onde se observa uma relação direta e significativa. No grupo dos não pobres a Responsabilidade tem correlações diretas com a Eficácia perante a Adversidade, Capacidade de Gestão e Autoconfiança.

No grupo dos não-pobres dá-se uma associação inversa e significativa de todos os comportamentos de saúde com o Locus de Controlo Interno e uma associação direta dos Outros Poderosos com a Responsabilidade, Nutrição, Relações Interpessoais e Gestão do Stress. No grupo dos pobres o Locus de Controlo de Saúde é independente de todos os comportamentos de saúde à exceção da Nutrição que tem uma relação inversa e significativa com o Locus de Controlo Interno e da Gestão do Stress onde existe uma relação direta e significativa com Outros Poderosos.

Como proposto num estudo de métodos mistos como aquele que utilizámos, importou justificar o *ponto de interface* no nosso estudo, momento em que se dá a integração, na discussão dos resultados, daquilo que encontrámos, de modo separado e sequencial, nas componentes central e complementar (Morse, 2009:138). Neste ponto de interface procurámos situar a questão de investigação, na interseção entre a análise de conteúdo realizada, com os resultados obtidos do estudo quantitativo. Os pontos onde fizemos essa interseção reportam aos resultados mais favoráveis encontrados no perfil de estilo de vida dos adolescentes pobres, traduzidos em resultados estatísticos, com as categorias de análise enquadradas em *clusters* de fatores de proteção.

Os valores de correlação mais fortes encontrados no grupo dos adolescentes pobres, sobretudo, ao nível do Crescimento Espiritual e das Relações Interpessoais com a Auto-Eficácia, Sentido de Coerência e Resiliência, sugerem que serão, estes, entre outros, os comportamentos de saúde e atributos de ordem individual, que exercerão proteção face à adversidade, em alguns adolescentes pobres, e onde radicam as forças de sobrevivência, superação, enfrentamento, perseverança, persistência, capacidade de compreensão, gestão e investimento e de confiança em si próprio para sobreviver, superar, enfrentar, perseverar, persistir, confiar em si, tornando-os mais capazes na “arte de saber navegar nas tormentas”. Resultados elevados de auto-eficácia, sentido de coerência e resiliência estão ainda associados a maior probabilidade de escolha de um estilo de vida promotor de saúde por parte destes adolescentes que, vivendo em condições de adversidade pela sua condição de pobreza, manifestam comportamentos de saúde e características de personalidade que nos parecem estar coerentes com o manifestado no discurso dos adolescentes que entrevistámos, adolescentes com manifesta resiliência académica, por integrarem os quadros de bolsas de mérito das escolas apesar da sua condição de pobreza.

Outro resultado que obtivemos respeita aos valores favoráveis de Resiliência no que se refere à Segurança no bairro onde vivem, muitas vezes ameaçado de adversidades. Este resultado está alinhado com o que encontramos em várias categorias de análise onde sobrevivem características como, ser determinado e lutar, ou outras, como, acreditar em si próprio, ter força de vontade e esforço pessoal. São no seu conjunto recursos e atributos de ordem individual utilizados pelos adolescentes tendo em vista alcançar objetivos pessoais superando adversidades muitas vezes nos bairros onde vivem.

Valores muito favoráveis da participação em atividades promotoras da saúde e bem-estar como a atividade física, a nutrição, o crescimento espiritual e a gestão do stress sugerem, que ativar a participação dos jovens adolescentes em situação de desfavorecimento social permitindo o exercício de uma cidadania ativa e o desenvolvimento de competências de tomada de decisão, capacitação e empowerment é o papel fundamental da escola, local de oportunidades, de capacitação, de desenvolvimento e de superação da pobreza e de construção de comunidades educativas resilientes.

2 - IMPLICAÇÕES E SUGESTÕES PARA O FUTURO

Para o futuro pensamos que será importante desenvolver estudos a nível Nacional, Regional e Local que analisem a relação entre a saúde e os seus determinantes sociais, investigar o modo como se constroem os processos de resiliência em grupos vulneráveis, dedicando particular atenção à pobreza infantil e às desigualdades em saúde, ampliando amostras de adolescentes que incluam os que abandonaram precocemente o sistema educativo ou que frequentem Cursos Técnico-Profissionais. Fica ainda como sugestão, estudos, que relacionem o sentimento de pertença à escola e aos bairros habitados por adolescentes de agregados familiares com baixo nível socioeconómico, com as determinantes sociais de saúde.

No nosso estudo o único dos seis comportamentos de saúde, *Responsabilidade, Atividade Física, Nutrição, Crescimento Espiritual, Relações Interpessoais e Gestão do Stress*, relacionado com o Sentimento de Pertença à Escola é, no grupo de adolescentes pobres, a Atividade Física, o que nos pode sugerir utilizar este comportamento de saúde como estratégia de inclusão mas que, em simultâneo, nos faz refletir sobre a independência de todos os outros comportamentos de saúde, do sentimento de pertença à escola, merecendo por isso ser estudado. O sentimento de pertença à escola ou a um lugar, traduz o sentimento de conexão do qual a pessoa se sente parte integral e promove saúde razão por que, a par da produção de evidência, advogamos, a participação do enfermeiro em projetos de saúde na escola e, na comunidade, focalizados em intervenções que ajudem a aumentar esse sentimento de pertença.

Sugerimos ainda estudos de avaliação do impacto da pobreza e desigualdades nas crianças e jovens portugueses, e propomos que nesses estudos os dados sejam desagregados em função das variáveis mais sensíveis, e se usem indicadores dirigidos à saúde mental e aos estilos de vida, desagregando os dados por níveis socioeconómicos. Sendo a pobreza infantil um problema multifacetado, que resulta de uma multiplicidade de fatores, é indispensável utilizar uma abordagem multidimensional para definir um sistema de indicadores desta problemática, como aliás tem vindo a ser sugerido por Amélia Bastos, estudiosa desta temática.

O trabalho que agora terminamos pretendeu contribuir para uma reflexão sobre a pobreza infantil, as desigualdades em saúde e a resiliência. Com alguma discussão relativa aos aspetos sociopolíticos pretendemos também deixar alguns contributos sobre os meios de debelar um problema cuja resolução é da responsabilidade de todos. Como advogado pela Recomendação

da Comissão Europeia ‘Investir nas crianças para quebrar o ciclo vicioso da desigualdade’, combater a pobreza e a exclusão social das crianças e quebrar o ciclo vicioso da desigualdade, só será conseguido, através de uma perspetiva coerente, continuada e de longo-prazo. Dada a natureza multidimensional das desvantagens enfrentadas pelas crianças, é essencial melhorar o trabalho intersetorial e apoiar a cooperação, devendo todas as partes assumir responsabilidades de acordo com objetivos claros que têm de estar diretamente ligados à Recomendação da Comissão Europeia (Investir nas crianças para quebrar o ciclo vicioso da desigualdade, CESIS – Centro de Estudos para a Intervenção Social, 2014).

Concluimos com algumas estratégias e recomendações propostas pelo Comité Português da UNICEF (2013), para eliminar a pobreza infantil, que subscrevemos:

Criar uma Estratégia Nacional para a Erradicação da Pobreza Infantil centrada nos direitos da criança, que adote uma abordagem multidimensional e promova uma intervenção integrada e coordenada das várias áreas setoriais (saúde, educação, serviços de segurança social, emprego, finanças), definindo metas e objetivos concretos.

Desenvolver um sistema global e integrado de recolha de dados que abranja todos os aspetos da vida das crianças que tenha em conta o interesse superior da criança, e que cubra o período específico da infância até aos 18 anos de idade (tal como recomendado pelo Comité dos Direitos da Criança da ONU).

Avaliar o potencial impacto das políticas na vida das crianças e na realização dos seus direitos, nomeadamente no direito à sobrevivência e desenvolvimento, no direito de beneficiar de segurança social, saúde e educação. Esta avaliação deve centrar-se não só sobre medidas passadas, mas também sobre atuais e futuras medidas.

Implementar de forma efetiva o direito da criança a ser ouvida (artigo 12º da CDC) e para esse efeito promover a criação de mecanismos e estratégias de participação efetiva das crianças em processos decisórios que as afetam, nomeadamente em tempo de crise.

Investir na educação da primeira infância, especialmente dos 0 aos 3 anos, mesmo durante períodos de austeridade fiscal. Assegurar o acesso gratuito a estes serviços a famílias com baixos rendimentos, especialmente em tempo de crise.

Dada a falta de uma estrutura nacional de coordenação e monitorização da aplicação da Convenção em Portugal, demonstrar que as crianças são uma prioridade política do Estado Português, e nomear uma entidade para os Assuntos das Crianças e da Juventude.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aas, H., Klepp, K.I., Laber, J.C., Aarø, L.E. (1995). Predicting adolescents' intentions to drink alcohol: Outcome expectancies and self-efficacy. *Journal for the Study of Alcohol*, 56 (3), 293-299.
- Abolfotouh, M. A., Bassiouni F.A., Mounir G.M., Fayyad RCh. (2007). Health related lifestyle and risk behaviours among students living in Alexandria University hostels. *East Mediterranean Health Journal*, Egypt, 13 (2), 376-391.
- Adams, G.R. (2005). Adolescent development. In T. P. Gullotta & G.R. Adams (Eds.), *Handbook of adolescent behavioural problems – evidence-based approaches to prevention and treatment* (pp. 3-16), Springer, New York.
- Adler, N. (2006). Behavioral and social sciences research contributions. *NIH Conference on Understanding and Reducing Disparities in Health*, October 23-24 2006, NIH Campus, Bethesda, Maryland.
- Adler, N. E.; Boyce, T.; Chesney, M. A.; Cohen, S.; Folkman, S.; Kahn, R. L.; Syme, L. (1994). Socioeconomic status and health: the challenge of the gradient. *American Psychologist*, 49(1): 15-24.
- Agrupamento de Escolas Agualva Mira Sintra. (2014). Projeto Educativo.
- Agrupamento de Escolas D. Maria II. (2014). Projeto Educativo.
- Agrupamento de Escolas de Mem-Martins. (2014). Projeto Educativo.
- Agrupamento de Escolas Dr. Azevedo Neves. (2014). Projeto Educativo
- Agrupamento de Escolas Leal da Câmara. (2014). Projeto Educativo.
- Agrupamento de Escolas Mãe d'Água. (2014). Projeto Educativo.
- Agrupamento de Escolas Miguel Torga. (2014). Projeto Educativo.
- Akerman, M., et al. (2003). Delineando um marco conceitual para a Promoção da Saúde e da Qualidade de Vida. *Abrasco-Pró-GT de Promoção da saúde e DLIS*, Rio de Janeiro – Porto Alegre.
- Al-Khawaldeh, O. (2014). Health promoting lifestyles of Jordanian university students. *International Journal of Advanced Nursing Studies*, 3 (1), 27-31. <http://dx.doi.org/10.14419/ijans.v3i1.1931>
- Almeida Filho, N., Kawachi I., Filho AP., Dachs JN. (2002). Research on health inequalities in Latin America and the Caribbean: Bibliometric analysis (1971-2000) and descriptive

content analysis (1971-1995). *American Journal of Public Health*, 93, 2037-2043.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1448147/>

Almeida, J. & Pereira, M. (2006). Locus de Controlo na Saúde. Conceito e validação de uma escala em adolescentes com diabetes tipo I. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 7 (2), 221-238.
https://www.sp-ps.pt/downloads/download_jornal/109

Almeida, P. (2003). *Impacto dos fatores psicológicos associados à adesão terapêutica, ao controlo metabólico e à qualidade de vida em adolescentes com diabetes tipo I*. Dissertação de Doutoramento em Psicologia - Ramo do Conhecimento Psicologia Clínica, Universidade do Minho. <https://core.ac.uk/download/pdf/55611303.pdf>

Anderson, R., Sorlie, P., Backlund, E., Johnson, N., & Kaplan, G. (1997). Mortality effects of community socioeconomic status. *Epidemiology*, 8, 42-47.

Antonovsky, A. (1979). *Health, stress, and coping; new perspectives on mental and physical well-being*. San Francisco: Jossey-Bass, 1979

Antonovsky, A. (1987). *Unravelling the mystery of health: how people manage stress and stay well*. Jossey-Bass, San Francisco.

Antonovsky, A. (1993). The structure and properties of the sense of coherence scale. *Social Science and Medicine*, 36 (6), 725-33. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(93\)90033-Z](https://doi.org/10.1016/0277-9536(93)90033-Z)

Antunes, M. (2011). Fatores de risco e de proteção associados à resiliência: estudo comparativo entre adolescentes que vivem com a família e adolescentes acolhidos em lar de infância e juventude. *Dissertação de Mestrado em Educação Especial*, Universidade Técnica de Lisboa.
https://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/3670/1/Tese_MEE_Marta_Antunes.pdf

Apóstolo, J. & Gameiro, M. (2005). Referências onto-epistemológicas e metodológicas da investigação em enfermagem: uma análise crítica. *Referência*, 1 (2), 29-38.
<https://repositorio.esenfc.pt/private/index.php?process=download&id=4856&code=475724874>

Atwool, N. (2006). Attachment and Resilience: Implications for Children in Care. *Child Care in Practice*, 12 (4), 315-330. <https://doi.org/10.1080/13575270600863226>

Bandura, A. (1978). The Self System Reciprocal Determinism. *American Psychologist*, 33, 344-358. <http://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0003-066X.33.4.344>

Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Prentice Hall, Englewood Cliffs, NJ.

Bandura, A. (1989). Human Agency in Social Cognitive Theory. *American Psychologist*, 44 (9), 1175-1358.
<https://www.uky.edu/~eushe2/Bandura/Bandura1989AP.pdf>

- Bandura, A. (1992). Exercise of Personal Agency through the Self-Efficacy Mechanism, in Ralf Schwarzer (Ed.), *Self-efficacy: Through Control of Action*, Hemisphere Publishing Corporation, Washington (USA).
- Bandura, A., Azzi, R., & Polydoro, S. (2008). *Teoria social cognitiva: conceitos básicos*. Artmed, Porto Alegre.
- Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*, Edições 70, Lisboa.
- Barros M., César C., Carandina L., Torre G., (2006). Desigualdades sociais na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD-2003. *Ciência e Saúde Coletiva*; 11(4): 911-26. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232006000400014>
- Barros, M. (2008). Inquéritos domiciliares de saúde: potencialidades e desafios. *Revista Brasileira Epidemiologia*, 11(1), 6-19. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2008000500002>
- Basto, M. (1998). *Da intenção de mudar à mudança: um caso de intervenção num grupo de enfermeiras*. Editora Rei dos Livros, Lisboa.
- Bastos, A., Nunes, F. (2007). Child Poverty in Portugal – dimensions and dynamics; *Childhood*, 16 (1), 67-87. <https://doi.org/10.1177/0907568208101691>
- Bastos, B., Fernandes, G., Passos, J., Malho, M. (2008). *Um Olhar Sobre a Pobreza Infantil: Análise das Condições de Vida das Crianças*, Coleção Económicas, 5 (2), Edições Almedina, Coimbra.
- Bastos, A.C., Passos, J. (2011). Números com Esperança. *Abordagem Estatística da Pobreza Infantil em Portugal: Da Análise às Propostas de Atuação*. Edições Almedina, Coimbra.
- Baum, F. (2008). *The New Public Health*. 3rd Edition, Oxford University Press Victoria.
- Becker, D. (2003). Organizações da sociedade civil e políticas públicas em saúde, in Garcia, J., Landim, L., & Dahmer, H., *Sociedades e políticas – novos debates entre ONGs e universidades*. 117-134, Editora Revan, Rio de Janeiro.
- Becker, D., Edmundo, K., Nunes, N., Bonatto, D., Souza, R. (2003). Iniciativa de Vila Paciência: desenvolvimento local e promoção da saúde em cenário de grave exclusão. *VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva*, vol.I, Abrasco, Rio de Janeiro. <http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n3/a12v09n3.pdf>
- Beeghly, M., Cicchetti, D. (1994). Child maltreatment, attachment and the self system: Emergence of an internal state lexicon in toddlers at high social risk. *Development and Psychopathology*, 6, 5-30. <https://doi.org/10.1017/S095457940000585X>
- Bengel, J., Strittmatter, R., Willmann, H. (1999). What keeps people healthy? The current state of discussion and the relevance of Antonovsky's salutogenic model of health. *Research and Practice of Health Promotion*, 4, Cologne: Federal Centre for Health Education.

- Bogdan, R. & Biklen, S. (1994). *Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto Editora, Porto.
- Bothmer, M. & Fridlund, B. (2005). Gender differences in health habits and in motivation for a healthy lifestyle among Swedish university students. *Nursing and Health Sciences*, 7, 107–118. <https://doi.org/10.1111/j.1442-2018.2005.00227.x>
- Bourdieu, P. (2008). *A miséria do mundo*. 7ª Ed., Editora Vozes, Brasil.
- Braconnier, A., & Marcelli, D. (2000). *As mil faces da adolescência*. Climepsi Editores, Lisboa.
- Bradshaw, J., Hoelscher, P., & Richardson, D. (2006). An index of child well-being in the European Union. *Social Indicators Research*, 80 (1), 133-177. <https://doi.org/10.1007/s11205-006-9024-z>
- Bronfenbrenner, U. (1977). Toward an experimental ecology of human development. *American Psychologist*, 32, 513- 531. <http://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0003-066X.32.7.513>
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: experiments by nature and design*. Harvard University, Cambridge.
- Bronfenbrenner, U. (1986). Ecology of the family as a context for human development: research perspectives. *Developmental Psychology*, 22(6), 723-742.P63
- Bronfenbrenner, U. (1997). Ecological systems theory. In R. Vasta (Ed.), *Six theories of child development – revised formulations and current issues*, 187-249, Jessica Kingsley Publishers London.
- Bronfenbrenner, U., & Ceci, S. (1994). Nature-nurture reconceptualized in developmental perspective: A bioecological model. *Psychological Review*, 101 (4), 568-586. <http://dx.doi.org/10.1037/0033-295X.101.4.568>
- Bronfenbrenner, U., & Morris, P.A. (1998). The ecology of developmental process, In Damon, W. (Series Ed.) Lerner, R.M. (Vol. Ed.), *Handbook of child psychology: Vol. 1. Theoretical models of human development*, 5th ed., 993-1028, Wiley, New York.
- Broucke, V., Hennion, W., Vernailen, N. (2006). Planning for empowerment in health promotion with socio-economically disadvantaged communities: experiences with a small group approach. *Arch Public Health*, 64, 143-158.
- Buss, P., Filho, A. (2007). A Saúde e os seus determinantes sociais. *Rev.Saúde Colectiva*, Rio de Janeiro, 17(1), 77-93. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312007000100006>
- Buss, PM. (2000). Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência e Saúde Colectiva*, 5 (1), 163-177. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232000000100014>

Caritas Cares (2015). Relatório de Portugal: os principais desafios de Portugal relacionados com a pobreza e a exclusão social.

http://sites.ecclesia.pt/caritas.pt/cr/index.php?option=com_phocadownload&view=category&download=54:relatorio-caritas-cares-2015&id=2:c

Carvalho, F., Morais, N.A., Koller, S.H., Piccinini, C.A. (2007). Fatores de proteção relacionados à promoção de resiliência em pessoas que vivem com HIV/AIDS. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(9), 2023-2033. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007000900011>

Cavalcante, R., Calixto, P., Pinheiro, M. (2014). Análise de conteúdo: considerações gerais, relações com a pergunta de pesquisa, possibilidades e limitações do método. *Informação & Sociedade*, 24 (1), 13-18.

<http://www.periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/ies/article/download/10000/10871>

CE (2010). Reduzir as desigualdades no domínio da saúde na União Europeia. *Programa da União Europeia para o Emprego e a Solidariedade Social- PROGRESS (2007-2013)*. Comissão Europeia.

<http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=738&langId=pt&pubId=6068&furtherPubs=yes>

CE (2014). *Investir nas crianças para quebrar o ciclo vicioso da desigualdade: Análise de Políticas Nacionais*. Comissão Europeia, CEPS.

<http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=11655&langId=pt>

Cecconello, A.M. (1999). Competência social, empatia e representação mental da relação de apego em famílias em situação de risco. Dissertação de Mestrado Não-Publicada. Curso de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. PortoAlegre, RS.

Cecconello, A.M. (2003). *Resiliência e vulnerabilidade em famílias em situações de risco*. Dissertação de Doutorado do Curso de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Cesar C.L.G, Carandina L., Alves, M.C.G.P, Barros, M.B.A., Goldbaum, M. (2005). *Saúde e condição de vida em São Paulo*. Inquérito multicêntrico de saúde no Estado de São Paulo-ISA-SP. (1ª ed.), FSP/ USP, São Paulo. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232006000400033>

Chesnay, M. & Anderson, B. (2011). *Caring for the Vulnerable: Perspectives in Nursing Theory, Practice, and Research*. 3rd ed., Burlington: Jones & Bartlett Learning.

Chung, H. & Elias, M. (1996). Patterns of adolescent involvement in problem behaviors: Relationship to self-efficacy, social competence, and life events. *American Journal of Community Psychology*, 24 (6), 771-784.

<https://doi.org/10.1007/BF02511034>

Cicchetti D., Rogosch F.A. (1997). The role of self-organization in the promotion of resilience in maltreated children. *Development and Psychopathology*; 9 (4), 799-817.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9449006>

- Cicchetti D., Rogosch F.A., Lynch M., Holt K. (1993). Resilience in maltreated children: Processes leading to adaptive outcomes. *Development and Psychopathology*; 5 (4), 629-647. <https://doi.org/10.1017/S0954579400006209>
- Cicchetti, D.; Toth, S.L. (1991). The making of development psychopathologist, *In*: cantor, J.; Spiker, C.; Lipsitt, L., *Child behavior and development: Training for adversity*. Ablex; Norwood, NJ.
- Cicchetti, D.; Toth, S.L. (1992). The role of developmental theory in prevention and intervention. *Development and Psychopathology*. 4 (4), 489-493. <http://psycnet.apa.org/doi/10.1017/S0954579400004831>
- Cloninger, S. (1999). *Teorias da Personalidade*. Martins Fontes Ed., São Paulo.
- Coimbra, S. (2008). *Estudo diferencial de auto-eficácia e resiliência na antecipação da vida adulta*. Dissertação de Doutoramento em Psicologia, FPCEUP, Porto. <http://hdl.handle.net/10216/101856>
- Collière, M.F. (1989). *Promover a vida*. Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- Comissão Europeia (2013). *Investir nas crianças para quebrar o ciclo vicioso da desigualdade: Análise de Políticas Nacionais, Portugal*. Comissão Europeia. <http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=11655&langId=pt>
- Comissão Nacional do Rendimento Social de Inserção (2011). *Relatório Semestral de Execução – 2011*. CNRSI.
- Conselho Local de Ação Social da Amadora, CLAS Amadora (2014). *Diagnóstico Social da Amadora*. Núcleo Executivo CLAS da Amadora.
- Conselho Local de Ação Social de Sintra, CLAS Sintra. (2014). *Diagnóstico Social do Concelho de Sintra: dinâmicas demográficas e habitacionais*. CMS/Departamento de Solidariedade e Inovação Social- DSI.
- Costa, A. (2012). Desigualdades globais. *Sociologia, problemas e práticas*, 68, 9-32. <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/spp/n68/n68a01.pdf>
- Costa, A.B., Baptista, I., Perista, P.e, Carrilho, P. (2008). *Um olhar sobre a pobreza. Vulnerabilidade e exclusão social no Portugal contemporâneo*. Gradiva, Lisboa.
- Coutinho, P. (2011). *Metodologia de investigação em ciências sociais e humanas: teoria e prática*. Almedina, Coimbra.
- Cowen El., Wyman P.A., Work, W.C., Kim, J.Y., Fagen, D.B., Magnus, K.B. (1997). Follow-up study of young stress-affected & stress-resilient urban children. *Development and Psychopathology*. 9(3), 564-577.

- Creswell, J. W. (2010). *Projeto de pesquisa. Métodos qualitativo, quantitativo e misto*. 3ª ed. Artmed, Porto Alegre..
- Cyrułnik, B. (2001). *Os patinhos feios*. Martins Editora, São Paulo.
- Cyrułnik, B. (2003). *Resiliência: Essa inaudita capacidade de construção humana*. Coleção Horizontes Pedagógicos, Instituto Piaget, Lisboa.
- Dahlgren, G., Whitehead, M. (1991). *What can be done about inequalities in health?*. *Lancet*, 338 (8774), 1059-1063. [https://doi.org/10.1016/0140-6736\(91\)91911-D](https://doi.org/10.1016/0140-6736(91)91911-D)
- Denzin, N.K., Lincoln, Y.S. (1994) *Handbook of Qualitative Research*. Sage Publications, Thousand Oaks - CA.
- DGS (2004a). Despacho n.º 1916/2004 (2ª série) publicado no DR n.º 23 - II Série de 28 de Janeiro - *Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde Relacionados com os Estilos de Vida*. <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/3180113/details/normal?q=despacho+1916%2F2004>
- DGS (2004b). *Programa Nacional de combate à obesidade*. Plataforma contra a obesidade, DGS, Lisboa. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-03dgcg-de-17032005-pdf.aspx>
- DGS (2013). Plano Nacional de Saúde 2012-2016, DGS, Lisboa. http://pns.dgs.pt/files/2013/05/PNS2012_2016_verseauresumo_mai20133.pdf
- DGS (2015). Plano Nacional de Saúde revisão e extensão a 2020, DGS, Lisboa. <http://www2.insa.pt/sites/INSA/Portugues/ComInf/Noticias/Documents/2015/Junho/PNS-2020.pdf>
- DGS (2016). *Saúde Mental em Saúde Escolar: Manual para a Promoção de Competências Socioemocionais em Meio Escolar-2016*, DGS, Lisboa. <https://sposg.files.wordpress.com/2014/09/dgs-manual-v4.pdf>
- Di Cezare *et al* (2013). Inequalities in non-communicable diseases and effective responses, *The Lancet*, 381(9866), 585-597. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61851-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61851-0)
- Diário da República (2011). Diário da República, 2.ª série — N.º 180 — 19 de Setembro de 2011.
- Dias S.F., Severo M., Barros H. (2008). Determinants of health care utilization by immigrants in Portugal. *BMC Health Services Research*, 8 (207). <https://doi.org/10.1186/1472-6963-8-207>
- Dias, H. (2015). *Do ensino à aprendizagem da sexualidade: estudo ao nível do 1º ciclo em enfermagem*. Dissertação de Doutoramento, Universidade Católica Portuguesa. <http://hdl.handle.net/10400.14/20706>

DiClemente, R., Hansen, W., & Ponton, L. (1996). *Handbook of adolescent health risk behaviour*. Plenum Press, New York.

Direção Geral da Saúde, DGS (2004). Plano Nacional de Saúde 2004-2010. Disponível em <http://pns.dgs.pt/pns-2004-2010/>.

Direção Geral da Saúde, DGS (2004). *Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde Relacionados com os Estilos de Vida*, Despacho n.º 1916/2004 (2ª série) publicado no DR n.º 23 - II Série de 28 de Janeiro, DGS, Ministério da Saúde. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/estilos-de-vida-saudaveis-pdf.aspx>

Direção Geral da Saúde, DGS (2006a). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas (2006)*. DGS, Ministério da Saúde. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-para-a-saude-das-pessoas-idosas.aspx> P50

Direção Geral da Saúde, DGS (2006b). *Programa Nacional de Saúde Escolar*. Despacho n.º 12.045/2006 (2.ª série) Publicado no Diário da República n.º 110 de 7 de Junho, DGS, Ministério da Saúde.

Direção Geral da Saúde, DGS (2013) *Programa Nacional de Saúde Mental: Plano Nacional de Prevenção do Suicídio 2013-2017*, DGS, Ministério da Saúde. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-nacional-de-prevencao-do-suicidio-20132017-pdf.aspx>

Direção Geral da Saúde, DGS (2015). *Programa Nacional de Saúde Escolar*. Despacho n.º 7/2015, de 20 de julho, publicado através do Despacho (extrato) n.º 8815/2015 no Diário da República, 2.ª série, n.º 154, de 10 de agosto de 2015, DGS, Ministério da Saúde

Direção Geral da Saúde, DGS (2017). *Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável*. DGS, Ministério da Saúde. https://www.alimentacaosaudavel.dgs.pt/activeapp/wpcontent/files_mf/1507564169PNPAS_DGS2017.pdf

Direção-Geral de Estatísticas da Educação e Ciência (DGEEC) (2016). *Desigualdades socioeconómicas e resultados escolares - 3º Ciclo do Ensino público Geral*. DGEEC. [http://www.dgeec.mec.pt/np4/97/%7B\\$clientServletPath%7D/?newsId=147&fileName=DesigualdadesResultadosEscolares.pdf](http://www.dgeec.mec.pt/np4/97/%7B$clientServletPath%7D/?newsId=147&fileName=DesigualdadesResultadosEscolares.pdf)

Driessnac, M., Sousa, V., Mendes, I. (2007). Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para enfermagem parte 1: desenhos de pesquisa quantitativa. *Rev Latino-am Enfermagem maio-junho*; 15(3). http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n3/pt_v15n3a22.pdf

Driessnac, M., Sousa, V., Mendes, I. (2007). Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para enfermagem parte 2: desenhos de pesquisa qualitativa. *Rev Latino-am Enfermagem Julho-Agosto*, 15 (4). http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n4/pt_v15n4a25.pdf

- Duarte, R. (2004). Entrevistas em pesquisas qualitativas. *Educar em Revista*, 24, 213-225. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-4060.357>
- Duarte, T. (2009). A possibilidade da investigação a 3: reflexões sobre triangulação (metodológica). *CIES e-working paper*, 60/2009. https://repositorio.iscte-iul.pt/bitstream/10071/1319/3/CIES-WP60%20_Duarte.pdf
- EAPN (2011). *Relatório Síntese: Barómetro de pessoas que se encontram em situação vulnerável*. Dinâmia/CET para EAPN Portugal – Rede Europeia Anti-Pobreza. https://observatorio-lisboa.eapn.pt/ficheiro/relat%C3%B3rio-s%C3%ADntese-bar%C3%B3metroVF_9-2.pdf
- EAPN (2013). Bem-estar infantil. *Revista Rediteia*, 46, 34.
- EAPN (2013). *Para o bem-estar das crianças na Europa: Pobreza Infantil na EU*. Explicativo EAPN #4. <https://www.eapn.pt/ficheiro/0669e1e2056729266e2ae4f9b24dd943>
- EAPN (2016). *Indicadores sobre a pobreza: Dados Europeus e Nacionais*. EAPN. <https://www.eapn.pt/ficheiro/937256464e06fbf6a6e858d5f9f94bbb>
- EC (2013). *Investing in children: breaking the cycle of disadvantage*. Official Journal of the European Union, 2013/112/EU, European Commission. <https://eur-lex.europa.eu/eli/reco/2013/112/oj>
- Erickson, E. (1982). *The life cycle completed: A review*. W.W. Norton e Company, New York.
- Eriksson, M., & Lindström, B. (2005). Validity of Antonovsky's Sense of Coherence Scale – a systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59(6), 460–466. <http://dx.doi.org/10.1136/jech.2003.018085>
- Eriksson, M., & Lindström, B. (2006). Antonovsky's Sense of Coherence Scale and the relation with health – a systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60, 376–381. <https://doi.org/10.1136/jech.2005.041616>
- Eriksson, M., & Lindström, B. (2010). A Salutogenic Approach to Tackling Health Inequalities (Chapter 2). In A. Morgan et al. (eds.), *Health Assets in a Global Context: Theory, Methods, Action*. Gothenburg, Sweden.
- Evans, R. and Pinnock, K. (2007). Promoting resilience and protective factors in the Children's Fund: supporting children and young people's pathways towards social inclusion? *Journal of Children and Poverty*, 13(1), 21-36. <https://doi.org/10.1080/10796120601171211>
- Faerstein, E. (2000). O debate sobre qualidade de vida e saúde: outros aspectos a considerar. *Ciência e Saúde Colectiva*, 5 (1), 22-24.

Felgueiras, M., Festas, C., Vieira, M. (2010). Adaptação e validação da Resilience Scale de Wagnild e Young para a cultura portuguesa. *Cadernos de Saúde*, 3 (1), 73-80. <http://hdl.handle.net/10400.14/10934>

Fergus S, Zimmerman MA (2005). Adolescent resilience: a framework for understanding healthy development in the face of risk. *Annual Review of Public Health* 26(1):399-419

Ferreira, M. (2008). *Estilos de vida na adolescência: de necessidades em saúde à intervenção de enfermagem*. Dissertação de doutoramento em Ciências de Enfermagem, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.

Fisberg, R.M., et al. (2006). Dietary quality and associated factors among adults living in the state of São Paulo, Brazil. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 106 (12), 2067-2072. <https://doi.org/10.1016/j.jada.2006.09.010>

Fiscella, K. (1999). Is lower income associated with greater biophysical morbidity? Implications for physicians working with underserved patients. *The Journal of Family Practice*, 48, 372–377.

Frankl, V. (2012). *O Homem em Busca de um Sentido*. Edição Lua de Papel, Alfragide.

Fundação Calouste Gulbenkian (2014). Um Futuro para a Saúde – todos temos um papel a desempenhar. Fundação Calouste Gulbenkian. https://content.gulbenkian.pt/wp-content/uploads/2016/03/30003652/PGIS_BrochuraRelatorioCompletoHealthPortugues.pdf

Furnham, A. & Steele, H. (1993). Measuring Locus of Control: A Critique of general, Children's, Health- and Work-Related Locus of Control Questionnaires. *British Journal of Psychology*, 84, 443-479.

Furtado C., Pereira, J. (2010). *Equidade e Acesso aos Cuidados de Saúde*. Universidade Nova de Lisboa.P42

Garnezy, N. (1991). Resilience in children's adaptation to negative life events and stressed environments. *Pediatrics*, 20, 459-466.

Garnezy, N. (1993). Vulnerability and resilience. In Funder, D.C., Parke, R.D., Tomlinson-Keasey, C.& Widaman, K. (Eds.), *Studying lives through time*, American Psychological Association, Washington D.C.

Garnezy, N. (1995). Development and adaptation. In Kessel, F., *Psychology, science, and human affairs*, Westview Press, Boulder - CO.

Garnezy, N. (1996). Reflections and commentary on risk, resilience, and development. In Haggerty, R. J., Scherrod, L. R., Garnezy N., & Rutter, M. (Orgs.), *Stress, risk, and resilience in children and adolescents: processes, mechanisms, and interventions*, Cambridge University Press, Cambridge.

Garnezy, N. & Masten, A. (1994). Chronic Adversities. In Rutter M., Taylor, E., & Herson, L. (Orgs.), *Child and Adolescent Psychiatry*, Blackwell Scientific, Oxford.

Gibbs, J. C. (2003). *Moral development and reality: Beyond the theories of Kohlberg and Hoffman*. Sage, Thousand Oaks - CA.

Golding, J. F., & Cornish, A. M. (1987). *Personality and life-style in medical students: Psychopharmacological aspects*. *Journal of Psychology and Health*, 1 (3), 287-301. <https://doi.org/10.1080/08870448708400331>

Gomes, R. (2012). *Impacto do Locus de Controlo e do rendimento sobre o bem-estar subjetivo*. Dissertação de Mestrado em Psicologia, Universidade Lusófona de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10437/5074>

Goodman, E., Slap, G., & Huang, B. (2003). The public health impact of socioeconomic status on adolescent depression and obesity. *American Journal of Public Health*, 93, 1844-1850. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1448061/pdf/0931844.pdf>

Gorey, K., & Vena, J. (1995). The association of near poverty status with cancer incidence among black and white adults. *Journal of Community Health*, 20, 359-366. <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.864.5188&rep=rep1&type=pdf>

Gottlieb, L. (2016). *O Cuidar em Enfermagem Baseado nas Forças: Saúde e Cura para a Pessoa e Família*. Lusodidata, Loures.

Graça, L., Loureiro, L. (2012). A(s) crise(s) e a(s) resposta(s) da saúde pública. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 30(2), 103–104. DOI: 10.1016/j.rpsp.2013.02.001

Guerra, I. (2006). *Pesquisa qualitativa e análise de conteúdo. Sentido e formas de uso*. Principia Editora, Estoril.

Haddad, L., Kane, D., Rajacich, D., Cameron, S., & Al-Ma'aitah, R. (2004). A comparison of health practices of Canadian and Jordanian nursing students. *Public Health Nursing*, 21(1), 85–90.

Hays, D. & Ellickson, P. (1990). Beliefs About Resistance Self-Efficacy and Drug Prevalence: Do They Really Affect Drug Use?. *International Journal of the Addictions*, 25(11), 1353-1378.

Henriques, J. M. (2010). *Changing Poor People's Lives: Conceptualising Action*. Periplói, Lisboa.

Hjelle, L.A., & Ziegler, D.J. (1992). *Personality Theories: Basic Assumptions, Research and Applications*. McGraw-Hill Inc, New York.

Honoré, B. (2004). *A Saúde em Projeto*. Lisboa: Lusociência

Hultz, C.S., Koller, S.H., Bandeira, D.R. (1996). Resiliência e vulnerabilidade em crianças em situação de risco. In: Koller S.H. (editor), *Porto Alegre: Associação Nacional de Pesquisa e Pós Graduação em psicologia*.

Hunter, A.J., Chandler, G.E. (1999). Adolescent resilience. *Image-Journal of Nursing Scholarship*. 31 (3), 243-7.

Instituto Nacional de Estatística (INE) (2010). *Sobre a Pobreza, as Desigualdades e a Privação Material em Portugal*. Instituto Nacional de Estatística, IP, Lisboa.
https://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=100475705&att_display=n&att_download=y

Instituto Nacional de Estatística (INE) (2011). *Classificação Portuguesa das Profissões 2010*. Instituto Nacional de Estatística, I.P., Lisboa.
https://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=107962055&att_display=n&att_download=y

Instituto Nacional de Estatística (INE) (2013). Rendimento e Condições de Vida 2012 – Dados Provisórios. *Destaque*, Serviço de Comunicação e Imagem, Instituto Nacional de Estatística, IP, Lisboa.
https://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=215413109&att_display=n&att_download=y

Instituto Nacional de Estatística (INE) (2014). Rendimento e Condições de Vida 2013 – Dados Provisórios. *Destaque*, Serviço de Comunicação e Imagem, Instituto Nacional de Estatística, IP, Lisboa.
https://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=215413109&att_display=n&att_download=y

Instituto Nacional de Estatística (INE) (2016). Rendimento e Condições de Vida 2014 (Dados definitivos). *Destaque*, Serviço de Comunicação e Imagem, Instituto Nacional de Estatística, IP, Lisboa.

Jewkes, R., (2000). Evaluating community development initiatives in Health Promotion. In Thorogood, M., & Coombes, Y., *Evaluating health promotion- Practice and methods*. Oxford University Press, London.

Junqueira, M.F.P.S., Deslandes, S.F. (2003). Resiliência e maus tratos à criança. *Cadernos de Saúde Pública*; 19, 227-35. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2003000100025>

Kaplan, H. B. (1999). Resilience and development: Positive life adaptations. In Glantz, M. D., Johnson, J. L., (Ed.), *Longitudinal research in the social behavioural sciences: an interdisciplinary series*, Kluwer Academic/ Plenum Publishers, New York.

Kemenade, S. (2002). Social capital as a health determinant – How is it defined? Applied Research and Analysis Directorate. *Health Policy Research Working Paper Series*, Working Paper 02-07, Health Canada.

<http://publications.gc.ca/collections/Collection/H13-5-02-7E.pdf>

Kickbush, I., Mccann, W., Sherbon, T. (2008). Adelaide revisited: from healthy public policy to Health In all Policies. *Health Promotion International*, 23(1), 1-4. <https://doi.org/10.1093/heapro/dan006>

Kohlberg, L. (1976). Moral stages and moralization: The cognitive-developmental approach. In Lickona T. (Ed.), *Moral development and behaviour*. Rinehart & Winston, New York.

Kohlberg, L. (1981). *Essays on Moral Development. Volume I: The Philosophy of Moral Development*. Harper & Row, San Francisco.

Kohlberg, L. (1986). A current statement on some theoretical issues. In Modgil, S. & Modgil, C. (Eds.), *Lawrence Kohlberg: consensus and controversy*. PN: Farmer, Philadelphia.

Koller, S. & Poletto, M. (2008). Contextos ecológicos promotores de resiliência, fatores de risco e de proteção. *Estudos de Psicologia Campinas*, 25 (3), 405-416. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-166X2008000300009>

Kulas, H. (1996). Locus of Control in Adolescence: A longitudinal Study. *Adolescence*, 31, 721-729.

Lachman, M. & Weaver, S. (1998). The sense of control social class differences in health and well-being. *and Social Psychology*, 74, 763-773.

Laverack, G., & Labonte R. (2000). A planning framework for community empowerment goals within health promotion. *Health Policy Plan*, 15 (3), 255-262.

Laverack, G., & Wallerstein, N., (2001). Measuring community empowerment: a fresh look at organizational domains. *Health Promotion International*, 16(2), 179-85.

Lei n.º 19-A/96 (1996). Lei n.º 19-A/96, Diário da República n.º 149/1996, 1º Suplemento, Série I-A de 1996-06-29. <https://dre.pt/application/conteudo/306009>

Lei nº 48/90 (1990). Lei de Bases da Saúde, Lei nº 48/90, Diário da República n.º 195/1990, Série I de 1990-08-24. <https://dre.pt/application/conteudo/574127>

Lent, R.W., & Maddux, J. E. (1997). Self-Efficacy: Building a socio cognitive bridge between social and counselling psychology. *The Counselling Psychologist*, 25 (2), 240-255. <https://doi.org/10.1177%2F0011000097252005>

Lerner, R. M. & Galambos, N. L. (1998). Adolescent Development: Challenges and Opportunities for Research, Programs and Policies. *Annual Review of Psychology*, 49, 413-446. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.49.1.413>

Lerner, R. M., & Steinberg, L. (2004). The scientific study of adolescent development – past, present and future. In Lerner, R. M. & Steinberg, L. (Eds.), *Handbook of adolescent psychology*, John Wiley & Sons, Hoboken, NJ.

- Lindström, B., Eriksson, M. (2005a) Salutogenesis. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59 (6), 440-442. <https://doi.org/10.1136/jech.2005.034777>
- Lindström, B., Eriksson, M. (2005b). The salutogenic perspective and mental health. In: Herrman, H., Saxena, S., Moodie, R. (eds.), *Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice*. WHO, Geneva.
- Long, S. I. (2001). *Occupational stress in men and women: a comparative study of coping resources*. Dissertação de Mestrado, Rand Afrikaans University.
- Loureiro, I., Graça, L. (2012). A(s) crise(s) e a(s) resposta(s) da saúde pública. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*.2012.,30 (2):103-104. DOI: 10.1016/j.rpsp.2013.02.001
- Loureiro, I., Miranda, N. (2010). *Promover a saúde: dos fundamentos à ação*. Almedina, Coimbra.
- Loureiro, M. I. G. & Freudenberg, N. (2012). Engaging municipalities in community capacity building for childhood obesity control in urban settings. *Family Practice*, 29 (1), i24-i30. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmr076>
- Luthar, S.S. (1993). Annotation: Methodological and conceptual issues in the study of resilience. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34(4), 441-453. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8509489>
- Luthar, S.S. (1999). *Poverty and children's adjustment*. Sage, Newbury Park.
- Luthar, S.S., Cicchetti, D., Becker, B. (2000). The construct of resilience: a critical evaluation and guidelines for future work. *Child development*, 71 (3), 543-562. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10953923>
- Machado, M.C, Santana, P., Carreiro, H., Nogueira, H., Barroso, R., Dias, A. (2007) *Iguais ou diferentes? Cuidados de saúde materno-infantil a uma população de imigrantes*. Edições Bial, Porto.
- Macintyre, S. (2000). The Black Report and beyond: what are the issues? *Social Science and Medicine*, 44 (6), 723-745.
- Macintyre, S., McKay, L., Ellaway, A. (2005). Are rich people or poor people more likely to be ill? Lay perceptions, by social class and neighborhood, of inequalities in health. *Social Science & Medicine*, 60 (2), 313-317. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.08.001>
- Mackenbach, J. *et al* (2000). *Determinantes da Saúde na União Europeia: Actas da Conferência de Évora*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Mackenbach, J.P., Bakker, M.J. (2002). *Reducing inequalities in health: the European perspective*. Routledge, London.

- Marmot, M. (2004). Tackling health inequalities since the Acheson Inquiry. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 58 (4), 262-263. <http://dx.doi.org/10.1136/jech.2003.010264>
- Marmot, M. (2005). Social determinants of health inequalities. *The Lancet*. 365 (9464), 1099-1104. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)71146-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)71146-6)
- Marmot M. (2007). Achieving health equity: from root causes to fair outcomes. *Lancet*, 370 (9593), 1153-1163. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61385-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61385-3)
- Marmot, M., et al (1991). Health inequalities among British civil servants: the Whitehall II study. *Lancet*: 337:1387-1393.
- Marmot, M., Friel S., Bell S., Houweling, T., Taylor, S. (2008). Close the gap in a generation: Health equity through action on the social determinant of health. *Lancet*, 372 (9650), 1661-1669. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61690-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61690-6)
- Marshall, G. N. (1991). A Multidimensional Analysis of internal health locus of control beliefs: Separating the wheat from the chaff? *Journal of Personality and Social Psychology*. 61 (3), 483-491.
- Masten, A. (2001). Ordinary Magic: Resilience processes in development. *American Psychologist*, 56 (3), 227-238.
- Masten, A., Best, K., Garmezy, N. (1990). Resilience and development: Contributions from the study of children who overcome adversity. *Development and Psychopathology*, 2 (4), 425-444. <https://doi.org/10.1017/S0954579400005812>
- Masten, A. & Coatsworth, J. D. (1995). Competence, resilience, & psychopathology. In Cicchetti, D., & Cohen, D. (Eds.). *Developmental psychopathology: Vol 2. Risk, disorder, and adaptation*. Wiley, New York.
- Masten, A., Coatsworth, J.D. (1998). The development of competence in favorable and unfavorable environments: Lessons from research on successful children. *American Psychologist*, 53: 205-220.
- Masten, A. et al. (1995). The structure and coherence of competence from childhood through adolescence. *Child Development*, 66 (6), 1635-1659.
- Masten, A. et al. (1999). Competence in the context of adversity: Pathways to resilience and maladaptation from childhood to late adolescence. *Development and Psychopathology*, 11 (1), 143-169.
- Masten, A. & Garmezy, N. (1985) Risk, vulnerability and protective factors in development psychopathology. In Lahey, B.B., Kazdin, A.E. (Eds.), *Advances in clinical child psychology*, Plenum Press, New York.

Masten, A. & Gewirtz, A.H. (2006). Resilience in Development: The Importance of Early Childhood. Centre of Excellence for Early Childhood Development. University of Minnesota. <https://conservancy.umn.edu/bitstream/handle/11299/53904/Resilience%20in%20Development%20-%20pdf%20verison.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Matos, M. et al. (1996). *Saúde e estilos de vida nos jovens portugueses*: Relatório do estudo de 1996 da Rede Europeia HBSC/OMS. Aventura Social e Saúde. <http://www.fmh.utl.pt/aventurasocial/pdf/BrochuraHBSC96totalfinal.pdf>

Matos, M. et al (2006). Indicadores de saúde dos adolescentes portugueses, relatório preliminar HBSC 2006. Aventura Social & Saúde. http://www.fmh.utl.pt/aventurasocial/pdf/Indicadores_de_Saude.pdf

Matos, M. et al. (2015). *A saúde dos adolescentes portugueses em tempos de recessão - Dados nacionais do estudo HBSC de 2014*. IHMT/UNL e FMH/ Universidade de Lisboa. http://aventurasocial.com/arquivo/1437158618_RELATORIO%20HBSC%202014e.pdf

Matos, M., & Gaspar, T. (2005). Adolescentes portugueses: risco e proteção. *Comunicação proferida no 6º Congresso Virtual HIV/AIDS*. http://apps.siquant.pt/aidscongress/6%C2%BA_Congresso@12.aspx

Mccullagh, M. (2009). Health Promotion. In Peterson, S., & Bredow, T. (Eds), *Middle Range Theories: Application to Nursing Research*, Wolters kluwer/Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia.

Mendoza-Sassi R.A., Beria, J.U. (2003). Prevalence of alcohol use disorders and associated factors: a population-based study using AUDIT in southern Brazil, *Addiction*, 98 (6), 799-804.

Mertens, D. (2007). Transformative paradigm: Mixed methods and social justice. *Journal of Mixed Methods Research*, 1(3), 212-225. <https://doi.org/10.1177%2F1558689807302811>

Mertens, D. (2015). Philosophical assumptions and program evaluation. *SpazioFilosofico*, 13.

Minayo, M. e Gomez, C. (2003). Trabalhando com a diversidade metodológica: Díficeis e Possíveis Relações entre Métodos Quantitativos e Qualitativos nos Estudos de Problemas de Saúde. In Goldenberg, P., Marsiglia, R.M.G., Gomes, M.H.A. (orgs), *O Clássico e o Novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde*. Editora Fiocruz, Rio de Janeiro.

Minayo, M.C.S. (2013). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. Hucitec, São Paulo.

Ministério da Saúde do Brasil (2002). *Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis – Brasil: 15 capitais e Distrito Federal*. INCA, Rio de Janeiro. http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/inquerito22_06_parte1.pdf

- Moksnes, U. K., Espnes, G. A., Lillefjell, M. (2012). Sense of coherence and emotional health in adolescents. *Journal of Adolescence*, 35 (2), 433–441. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2011.07.013>
- Morais, N.A. (2005). *Um estudo sobre a saúde dos adolescentes em situação de rua: o ponto de vista dos adolescentes, profissionais de saúde e educadores*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Morais, N.A., Koller, S.H. (2004). Abordagem ecológica do desenvolvimento humano, psicologia positiva e resiliência: a ênfase na saúde. In: Koller, S.H. (Ed.), *Ecologia do desenvolvimento humano: pesquisa e intervenção no Brasil*, Casa do psicólogo, São Paulo.
- Morales, E. (2010). Linking Strengths: Identifying and Exploring Protective Factor Clusters in Academically Resilient Low-Socioeconomic Urban Students of Color. *Roeper Review*, 32 (3), 164–175. <https://doi.org/10.1080/02783193.2010.485302>
- Moran, P.B., Eckenrode, J. (1992). Protective personality characteristics among adolescent victims of maltreatment. *Child abuse and neglect*, 16 (5), 743-754.
- Morse, J. (1991). Approaches to qualitative-quantitative methodological triangulation. *Nursing Research*, 40 (2), 120–123.
- Morse, J., Niehaus, L. (2009). *Mixed method design: Principles and procedures*. Routledge.
- Neves, A.; Loureiro, I., coord. (2001). *O que é a saúde na escola: guião orientador: escolas promotoras de saúde*. Lisboa: Centro de Apoio Nacional à Rede de Escolas Promotoras de Saúde, Comissão de Coordenação de Promoção e Educação para a Saúde, Ministério da Educação.
- Newcomb, M.D. et al. (1989). Cigarette smoking, academic lifestyle, and social impact efficacy: An eight year study from early adolescence to young adulthood. *Journal of Applied Social Psychology*, 19 (3), 251-281. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.1989.tb00054.x>
- Nogueira, H. (2008). Pessoas pobres, lugares pobres, saúde pobre. Territórios amplificadores do risco na Área Metropolitana de Lisboa. Artigo 2º in *Revista de Estudos Demográficos*, 46, 29-47, Instituto Nacional de Estatística, I.P. https://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=74107261&att_display=n&att_download=y
- Nunes, L.S. (1999). O sentido de coerência: operacionalização de um conceito que influencia a saúde mental e a qualidade de vida. Dissertação de Mestrado, Escola Nacional de Saúde Pública.
- Nunes, L. S. (2002). O sentido de coerência como conceito operacionalizador do paradigma salutogénico. Actas do IV Congresso *Português de Sociologia*, Coimbra, Associação Portuguesa de Sociologia. <https://pt.slideshare.net/fabiofop/o-sentido-de-coerencia-como-conceito-salutognico>

O'Dougherty-Wright., et al. (1997). *Long terms effects of massive trauma: Development and psychological perspectives*. University of Rochester Press, Rochester, New York.

OECD (2011). *Doing Better for Families*. OECD Publications.

OECD (2012). *Health at a Glance: Europe 2012*. OECD Publishing.
<https://doi.org/10.1787/9789264183896-en>

Organização Mundial Saúde, OMS (1989). *Conclusiones y recomendaciones de las discusiones técnicas sobre la salud de los jóvenes de la 42ª Asamblea Mundial de la salud*. OMS, Geneva.

Organização Mundial de Saúde, OMS (2008). *Relatório Mundial de Saúde 2008 - Cuidados de Saúde Primários: Agora Mais Que Nunca*. Alto Comissariado da Saúde, ed., Lisboa.
http://www.who.int/whr/2008/08_chap3_pr.pdf EXEMPLO

Organização Mundial Saúde, OMS (2011). *Declaração política do rio sobre determinantes sociais da saúde*. OMS, Rio de Janeiro. <http://www.who.int/sdhconference/declaration/en/>

Parcel, G.S., & Meyer, M.D. (1978). Development of an instrument to measure children's health locus of control. *Health Education Monographs*, 6, 149-159.
<http://psycnet.apa.org/doi/10.1177/109019817800600106>

Parkes, A., Kearns, A., (2006). The multi-dimensional neighborhood and health: a cross-sectional analysis of the Scottish Household Survey, 2001. *Health & Place*, 112, 1-18.

Pedrosa, A. (2009). *Gravidez e Transição para a Maternidade na Adolescência: Determinantes individuais e psicossociais da ocorrência de gravidez e da adaptação*. Dissertação de Doutoramento em Psicologia da Saúde, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/20939/1/Tese%20Dout_AnabelaAraujoPedrosa2010.pdf.pdf

Pender, N. (1996). *Health Promotion in Nursing Practice*. Appleton-Century-Crofts, Norwalk, CT.

Pender, N., Murdaugh, C., Parsons, M. (2011). *Health Promotion in Nursing Practice* (6ª ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson/Prentice-Hall.

Pereira e Almeida (2004). Auto-eficácia na diabetes: Conceito e validação da escala. *Análise Psicológica*, 3 (XXII): 585-595 DOI: <https://doi.org/10.14417/ap.228>

Pereira, A. I. (2001). *Contextos relacionais de vulnerabilidade e proteção para a gravidez na adolescência*. (Dissertação de Mestrado não publicada). Universidade de Coimbra. Coimbra.

Pestana, C. (2015). *Estudo Psicométrico da Escala de Resiliência: Efeito moderador do funcionamento psicossocial na relação entre resiliência parental e sintomatologia depressiva nos adolescentes*. Dissertação de Mestrado em Psicologia e da Saúde, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Coimbra.

<https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/31575/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20%C3%A1tia%20Patr%C3%ADcia%20Abreu%20Pestana.pdf>

Peterson, C., Seligman, M.E. & Vaillant, G.E. (1988). Pessimistic Explanatory Style Is a Risk Factor for Physical Illness: A Thirty-Five-Year Longitudinal Study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55 (1), 23-27.

Piaget, J. (1960). *The child's conception of the world*. Littlefield, Adams, Paterson, NJ.

Piaget, J. (1969). The intellectual development of the adolescent. In Caplan G., & Lebovici, S. (Eds.), *Adolescence: Psychosocial perspective*, Basic Books, New York.

Piaget, J. (1983). Piaget's theory. In Mussen, P. (Ed.), *Handbook of child psychology*, 1, 103-128, Wiley, New York.

Pires, A. (2012). *Adaptação do "Health Promotion Lifestyle Profile II" para a População Portuguesa*. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem, ICBAS, Universidade do Porto.

PNUD (1997). *Relatório do desenvolvimento humano para erradicar a pobreza*. PNUD, Edições Almedina, SA.

http://hdr.undp.org/sites/default/files/reports/258/hdr_1997_en_complete_nostats.pdf

PNUD (2010). *Relatório do Desenvolvimento Humano 2010: A Verdadeira Riqueza das Nações, vias para o desenvolvimento humano*. PNUD, Communications Development Incorporated, Washington D.C.

https://www.pucsp.br/ecopolitica/downloads/biblioteca_direito/KLUGMAN_PNUD_2010.pdf

PNUD (2014). *Relatório do Desenvolvimento Humano 2014: Sustentar o Progresso Humano, Reduzir as Vulnerabilidades e Reforçar a Resiliência*. PNUD, Communications Development Incorporated, Washington D.C.

http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr2014_pt_web.pdf

Poletto, M., Wagner, T.M.C., Koller, S.H. (2004). Resiliência e desenvolvimento infantil de crianças que cuidam de crianças: uma visão em perspectiva. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 20 (3), 241-250. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722004000300005>

Polít, D. F., & Beck, C. T. (2011). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: Avaliação de evidências para a prática de enfermagem* (7ª Ed.). Artmed, Porto Alegre.

Popkin, B.M. (2002). An overview on the nutrition transition and its health implications: the Bellagio meeting. *Public Health Nutrition*, 5(1A), 93- 103.

Quivy, R. & Campenhoudt, L. (2008). *Manual de Investigação em Ciências Sociais* (5ª Ed.). Gradiva, Lisboa.

Resnick, M.D., et al. (1997). Protecting adolescents from harm: findings from the National Longitudinal Study on Adolescent Health. *Journal of the American Medical Association*, 278, 823-832.

Ribeiro, J. (1994). Reconstrução de uma escala de locus-de-controlo-de-saúde. *Psiquiatria Clínica*, 15(4), 207-214.

<https://www.researchgate.net/publication/258339945>

Ribeiro, J. (1995). *Adaptação de uma escala de avaliação da auto-eficácia geral. Avaliação psicológica: formas e contextos*. Artigo em livro de atas de conferência internacional.

https://www.researchgate.net/profile/Jose_Pais-Ribeiro/publication/267641898_Adaptacao_de_uma_escala_de_avaliacao_da_auto-eficacia_geral/links/54573f5b0cf2cf5164805ef1/Adaptacao-de-uma-escala-de-avaliacao-da-auto-eficacia-geral.pdf

Ribeiro, J. (2010). *Metodologia de investigação em psicologia e saúde* (3ª ed.). Livraria da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto.

Richters, J.E., Martinez, P.E. (1993). Violent communities, family choices, and children's chances: An algorithm for improving the odds. *Development and Psychopathology*; 4, 609-627.

<https://doi.org/10.1017/S0954579400006192>

Rifkin, S.B. (2003). A framework linking Community Empowerment and Health Equity: it is a matter of CHOICE. *Journal of Health, Population and Nutrition* 21 (3), 168-180.

Robinson, J.L. (2000). Are there implications for prevention research from studies of resilience? *Child Dev*, 71 (3), (570-572). <https://doi.org/10.1111/1467-8624.00167>

Rodrigues, C. (2016). *Introdução ao estudo – Desigualdade do Rendimento e Pobreza em Portugal, 2009-2014*. Fundação Francisco Manuel dos Santos, Lisboa.

Rodrigues, C., Figueiras, R., Junqueira, V. (2016). *Introdução ao estudo – Desigualdade do Rendimento e Pobreza em Portugal, 2009-2014*. Artes Gráficas, Lisboa.

Rose, G., Marmot, M. (1981). Social class and coronary heart disease. *British Heart Journal*, 45 (1), 13-19. <http://dx.doi.org/10.1136/hrt.45.1.13>

Rotter, J.B. (1990). Internal versus external control of reinforcement: A case history of Variable. *American Psychologist*, 45 (4), 489-493. <http://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0003-066X.45.4.489>

Rouse, K., Ingersoll, G., Orr, D. (1998). Longitudinal health endangering behaviour risk among resilient and non-resilient early adolescents. *Journal of adolescent health*, 23 (5), 297–302. [https://doi.org/10.1016/S1054-139X\(98\)00019-6](https://doi.org/10.1016/S1054-139X(98)00019-6)

Roux, A., et al. (2001). Neighborhood of residence and incidence of coronary heart disease. *New England Journal of Medicine*, 345 (2), 99-106. <https://doi.org/10.1056/NEJM200107123450205>

Rutter, M. (1979). Protective factors in children's responses to stress and disadvantage. In Kent, M.W., Rolf, J.E., (Eds), *Primary prevention in psychopathology: Social competence in children*, University Press of New England, Hanover.

Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57 (3), 16-31. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1987.tb03541.x>

Rutter, M. (1990). Psychosocial resilience and protective mechanisms. In Rolf, J. Masten, A.S., Cicchetti, D., *Risk and protective factors in the development of psychopathology*, Cambridge, New York.

Rutter M. (1996). Psychosocial resilience and protective mechanisms. In: Rolf J, Masten AS, Cicchetti D, Nuechterlein KH, Weintraub S, editors. *Risk and protective factors in the development of psychopathology*. New York: Cambridge University Press; p.181-214.

Sakraida, T. (2004). Modelo de Promoção da Saúde. In Tomey, A., & Alligood, M. (Eds), *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra: Modelos e Teorias de Enfermagem*, Lusociência, Loures.

Sampieri, R. H., Collado, C. H., & Lucio, P. B. (2006). *Metodologia de pesquisa* (3ª ed.). McGraw-Hill, São Paulo.

Sampieri, R. H., Collado, C. H., & Lucio, P. B. (2010). *Metodologia de pesquisa* (5ª ed.). McGraw-Hill, São Paulo.

Santana, P. (2009). Os Ganhos em Saúde e no Acesso aos Serviços de Saúde. Avaliação das últimas três décadas. In Simões, J. (Coord), *30 Anos do Serviço Nacional de Saúde - um percurso comentado*, Almedina, Coimbra.

Santana, P. (2014). *Introdução à geografia da saúde: território, saúde e bem-estar*. Imprensa da Universidade de Coimbra, Coimbra.

Sassi, F. et al. (2009). Education and Obesity in Four OECD Countries. *OECD Education Working Papers*, 39, OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/19939019>

Schwarzer, R., & Fuchs, R. (1996). Self-efficacy and health behaviors. In Conner, M. & Norman, P. (Eds), *Predicting Health Behavior*, Open University Press, Philadelphia.

Seligman, M.E.P., Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: an introduction. *American Psychologist*, 55 (1), 5-14. https://www.researchgate.net/profile/Mihaly_Csikszentmihalyi/publication/11946304_Positive_Psychology_An_Introduction/links/561be36c08aea8036724324e/Positive-Psychology-An-Introduction.pdf?origin=publication_detail

Sen, A. (1993). Capability and well-being. In Nussbaum, M. e Sen, A., *The quality of life*, Clarendon Press, Oxford.

Sen, A. (1999). *O Desenvolvimento como liberdade*. Gradiva, Portugal.

- Sen, A. (2009). *A Ideia de Justiça*. Almedina, Coimbra.
- Serapioni, M., Matos, A. (2013). Participação em saúde: entre limites e desafios, rumos e estratégias. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 31 (1), 11–22. <https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2012.12.008>
- Serra, V. (2002). *O Stress na Vida de Todos os Dias*. Gráfica de Coimbra, Coimbra.
- Sherer, M., et al. (1982). The self-efficacy scale, construction and validation. *Psychological Reports*, 51 (2), 663-671. <http://psycnet.apa.org/doi/10.2466/pr0.1982.51.2.663>
- Smith, L., Hatcher, J., & Wertheimer, R. (2002). The association of childhood asthma with parental employment and welfare receipt. *Journal of the American Medical Women's Association*, 57 (1), 11-15.
- Sousa, P. (2014). *Efetividade de um programa e-terapêutico para adolescentes com excesso de peso*. Dissertação de Doutoramento, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa – Universidade de Lisboa.
- Steinberg, L. D., & Silk, J. S. (2002). Parenting adolescents. In Bornstein, M. (Ed.), *Handbook of parenting* (2nd ed., Vol. 1), Erlbaum Mahwah, NJ.
- Stephoe, A. and Wardle, J. (2001). Health behaviour risk awareness and emotional well-being in students from Eastern Europe and Western Europe. *Social Science & Medicine*, 53 (12), 1621-1630.
- Stephoe, A. et al. (2002). Stress responsivity and socioeconomic status. A mechanism for increased cardiovascular disease risk? *European Heart Journal*, 23 (22), 1757–1763. <https://doi.org/10.1053/euhj.2001.3233>
- Strickland, B.R. (1978). Internal-external expectancies and health-related behaviours. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46 (6), 1192-1211.
- Strickland, B.R. (1989). Internal external control Expectancies: From Contingency to creativity, *American Psychologist*, 44 (1), 1-12. <http://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0003-066X.44.1.1>
- Sundquist, K., Malstrom, M., Johansson, S. (2004). Neighborhood deprivation and incidence of coronary heart disease: a multilevel study of 2.6 million women and men in Sweden. *Journal of Epidemiology Community Health*, 58 (1), 71-77. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1757024/pdf/v058p00071.pdf>
- Tashakkori, A. & Toddle, C. (Eds.). (2003). *Handbook of mixed method research in the social and behavior sciences*. Sage, Thousand Oaks, CA.
- Tavares J. (2001). *Resiliência e educação*. Cortez Editora, São Paulo.

Theme-Filha M.M., Szwarcwald, C.L., Souza-Júnior, P.R.B. (2005). Socio-demographic characteristics, treatment coverage and self-rated health of individuals who reported six chronic diseases in Brazil, 2003. *Cadernos de Saúde Pública*, 21 Suppl, 43-53. <https://doi.org/S0102-311X2005000700006>

Tillett, L. (1999). Nola J. Pender: Modelo de promoción de la salud. In Tomey, A. M. & M. Alligood, R., (Eds.), *Modelos y teorías en enfermería* 4ª ed., 34, Harcourt Brace Madrid.5

Townsend, P. (1979). *Poverty in United Kingdom*. Allen Lane, Londres.

Tsouros, A.D. (1995). The WHO Healthy Cities Project: State of the art and future plans. *Health promotion international*, 10 (2), 133-141. <https://doi.org/10.1093/heapro/10.2.133>

Ungar, M. & Liebenberg, L. (2005). The International Resilience Project: A mixed methods approach to the study of resilience across cultures. In Ungar, M. (ed.), *Handbook for working with children and youth: Pathways to resilience across cultures and contexts*, Sage, Thousand Oaks, CA.

Ungar, M. & Liebenberg, L. (2011a). Assessing Resilience Across Cultures Using Mixed Methods: Construction of the Child and Youth Resilience Measure. *Journal of Mixed Methods Research*, 5, 126. <https://doi.org/10.1177%2F1558689811400607>

Ungar, M. & Liebenberg, L. (2011b). The Child and Youth Resilience Measure (CYRM) Youth Version. User's manual. Resilience Research Centre. <http://www.resilienceresearch.org/files/CYRM/Child%20-%20CYRM%20Manual.pdf>

Ungar, M., Lee. A.W., Callaghan, T. and Boothroyd, R. (2005). An international collaboration to study resilience in adolescents across cultures. *Journal of the Social Work Research and Evaluation*, 6 (1), 5-23.

Ungar, M., Teram, E. (2005). *Qualitative Resilience Research Contributions and Risks. Handbook for working with children and youth*. SAGE Publications.

UNICEF (1990). *Convenção sobre os Direitos das Crianças*. Comité Português para a UNICEF. https://www.unicef.pt/media/1206/0-convencao_direitos_crianca2004.pdf

UNICEF (2013). *As crianças e a crise em Portugal. Vozes de crianças, Políticas Públicas e Indicadores Sociais*. Comité Português para a UNICEF, UNICEF. <http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/23192/1/Relatorio-Unicef.pdf>

Van den Broucke S., Hennion W., Vernailen N. (2006). Planning for empowerment in health promotion with socioeconomically disadvantaged communities. *Arch Public Health*, 64, 143-158.

Videbeck, S. (2012). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiatria* 5ª edição. Artmed, Brasil.

- Vieira, M. (2007). *Ser enfermeiro: Da compaixão à Proficiência*. Universidade Católica, Lisboa.
- Wagnild, G. M., Young, H. (1993). Development and psychometric evaluation of the resilience scale. *Journal of Nursing Measurement*, 1 (2), 165-178.
- Wagstaff, A. (2002). Pobreza y desigualdades en el sector de la salud. *Rev Panam Salud Publica*, 11 (5/6), 316-326. <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v11n5-6/10717.pdf>
- Walker S.N., Serchist, K.R, Pender, N.J. (1987). The health promoting lifestyle profile: development and psychometric characteristics. *Nursing Research*, 36 (2), 76-80.
- Walker, S.N., & Hill-Polerecky, D. M. (1996). Psychometric evaluation of the Health-Promoting Lifestyle Profile II. *Unpublished manuscript*, University of Nebraska Medical Center.
- Wallerstein, N. (1992). Powerlessness, empowerment, and health: implications for health promotion programs. *American Journal of Health Promotion*, 6 (3), 197-205. <https://doi.org/10.4278/0890-1171-6.3.197>
- Wallston, B. S., Wallston, K. A., Kaplan, G. D., & Maides, S. A. (1976). Development and validation of the Health Locus of Control (HLC) Scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 44(4), 580-585. https://www.researchgate.net/profile/Kenneth_Wallston/publication/22214805_Development_and_Validation_of_the_Health_Locus_of_Control_HLC_Scale/links/5571124d08aee701d61cbd96/Development-and-Validation-of-the-Health-Locus-of-Control-HLC-Scale.pdf?origin=publication_detail
- Wallston, K.A. (1991). The importance of placing measures of health locus of control in a theoretical context. *Health Education research: Theory and Practice*, 6 (2), 251-252. <https://nursing.vanderbilt.edu/projects/wallstonk/pdf/A52.pdf>
- Wallston, K.A. (1992). Hocus-Pocus, the focus isn't strictly on locus: Rotter's social learning theory modified for health. *Cognitive Theory and Research*, 16 (2), 183-199.
- Wallston, K. A., Wallston, B. S., & DeVellis, R. (1978). Development of the multidimensional health locus of control (MHLC) scales. *Health Education Monographs*, 6, 160-170.
- Wang, D., Ou, CQ., Chen, MY., & Duan, N. (2009). Health-promoting lifestyles of university students in Mainland China. *BMC Public Health*, 9 ,379. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-9-379>
- Weaver, K. & Olson, JK. (2006). Understanding paradigms used for nursing research. *Journal of Advanced Nursing*, 53 (4), 459-469. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03740.x>
- Welford, C. Murphy, K. Casey, D. (2011). Demystifying nursing research terminology. Part 1. *Nurse Researcher*, 18 (4), 38-43.

<https://doi.org/10.7748/nr2011.07.18.4.38.c8635>

Wells, R.D. & Schwebel, A.I. (1987). Chronically ill children and their mothers: Predictors of resilience and vulnerability to hospitalization and surgical stress. *Journal of Development and Behavioral Pediatrics*, 8 (2), 83-89.

<http://psycnet.apa.org/doi/10.1097/00004703-198704000-00004>

Werner, E. & Smith R. (1982). *Vulnerable but invincible: A study of resilient children*. McGraw-Hill, New York.

Werner, E. & Smith, R. (1992). *Overcoming the odds: High risk children from birth to adulthood*. Cornell University, Ithaca, NY.

Westphal, MF. (2000). O movimento Cidades/Comunidades Saudáveis: um compromisso com a qualidade de vida. *Ciência e Saúde Colectiva*, 5 (1), 39-51.

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63050105>

Whitehead, M. (1992). The concepts and principles of equity in health. *International Journal of Health Services*, 22 (3), 429-445. <https://doi.org/10.2190/986L-LHQ6-2VTE-YRRN>

Whitehead, M. & Dahlgren, G. (2006). Levelling up: a discussion paper on concepts and principles for tackling social inequalities in health. World Health Organization, Copenhagen.

<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/107790/E89383.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Wilkinson R. (1996). *Unhealthy societies: the afflictions of inequality*. Routledge, Londres.

Wilkinson, R., & Marmot, M. (2003). *Social determinants of health: the solid facts* 2ª edição, World Health Organization, Copenhagen.

Wilkinson, R., & Pickett, K. (2009). *The Spirit Level: Why More Equal Societies Almost Always Do Better*. Allen Lane, London.

World Bank (2001). *World Development Report 2000-2001 on Poverty and Development - Voices of the poor*. Oxford University Press.

<https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/11856/World%20development%20report%202000-2001.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

World Health Organization, WHO (1965). *Health problems of adolescence*. Technical Report Series no 308, WHO, Geneve.

http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/38425/WHO_TRS_308.pdf?sequence=1&isAllowed=y

World Health Organization, WHO (1986a). *Ottawa Charter for Health Promotion: First International Conference on Health Promotion*. WHO, Ottawa, 21 November 1986.

<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>

World Health Organization, WHO (1986b). *Young people's health – a challenge for society*. WHO, Geneva.

http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/41720/WHO_TRS_731.pdf?sequence=1&isAllowed=y

World Health Organization, WHO (1988). *Priority research for health for all*. Copenhagen: WHO.

World Health Organization, WHO (1997a). *Health for all for the twenty-first century: the health policy for Europe*. WHO, Copenhagen.

http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/EB101/pdfangl/ang9.pdf

World Health Organization, WHO (1997b). *Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st century*. WHO, Jakarta, 21-25 July 1997.

http://www.who.int/healthpromotion/milestones_ch4_20090916_en.pdf

World Health Organization, WHO (1998a). *Adelaide Recommendations on Healthy Policy*. WHO, Second International Conference on Health Promotion, Adelaide, South Australia, 5-9 April 1998.

<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/adelaide/en/>

World Health Organization, WHO (1998b). *Health Promotion Glossary*, WHO.

<http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>

World Health Organization, WHO (2006). *The Bangkok charter for health promotion in a globalized world*. 6th Global Conference on Health Promotion, Bangkok, Thailand, WHO.

http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/hpr_050829_%20BCHP.pdf?ua=1

World Health Organization, WHO (2008). *Closing the gap in a generation. Health equity through action on the social determinants of health*. World Health Organization, Geneva.

http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43943/9789241563703_eng.pdf;jsessionid=275CFB94E555CF3DD23691B559166852?sequence=1

World Health Organization, WHO (2009). WHO. Nairobi 7th Conference on Health Promotion, 23-30 October 2009. Nairobi: WHO; 2009 Disponível em:

<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/overview/en/index1.html>

World Health Organization, WHO (2010a). *Redução das desigualdades no período de uma geração. Igualdade na Saúde através da ação sobre os seus determinantes sociais*. Relatório Final da Comissão para os Determinantes em Saúde, WHO.

http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789248563706_por.pdf

World Health Organization, WHO (2010b). *World Health Report: financing for universal coverage*. WHO. http://www.who.int/whr/2010/whr10_en.pdf?ua=1

World Health Organization, WHO (2012). *Health 2020: a European policy framework supporting action across government and society for health and well-being*. World Health Organization, Copenhagen.

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/199536/Health2020-Short.pdf?ua=1

Yancey, A.K. et al. (2004). Physical Inactivity and overweight among Los Angeles county adults. *American Journal of Preventive Medicine*; 27 (2), 146-52.

<https://doi.org/10.1016/j.amepre.2004.03.012>

Yunes, M.A.M. (2003). Psicologia positiva e resiliência: o foco no indivíduo e na família. *Psicologia em Estudo*, 8, 75-84.

<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722003000300010>

Yunes, M.A.M. & Szymansky, H. (2001). Resiliência: noção, conceitos afins e considerações críticas. In Tavares, J. (Org.), *Resiliência e educação*. Cortez Editora, São Paulo.

Zaitune, M.A.A., et al. (2007). Fatores associados ao sedentarismo no lazer em idosos, Campinas, SP. *Cadernos de Saúde Pública*, 23 (6), 1329-38.

<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007000600008>

Zimmerman, M. A. & Arunkumar, R. (1994). Resiliency research: implications for schools and policy. *Social Policy Report: Society for Research in Child Development*, 8 (4), 1-18.

<http://srcd.org/sites/default/files/documents/spr8-4.pdf>

Zimmerman, R.S., et al (1995). Adolescents' perceived ability to say "no" to unwanted sex. *Journal of Adolescent Research*, 10 (3), 383-399.

<https://doi.org/10.1177%2F0743554895103005>

ANEXO 1

Instrumentos de recolha de dados

INQUÉRITO AOS ALUNOS

Ano Lectivo 2012-2013

O questionário que encontrarás a seguir faz parte de um estudo sobre a saúde dos adolescentes, que está a ser realizado por uma estudante de Doutoramento em Enfermagem da Universidade Católica Portuguesa, junto de jovens dos 15 aos 19 anos de idade.

O preenchimento deste questionário é voluntário. Por isso, caso não te importes de colaborar, lê com atenção cada pergunta ou afirmação e responde segundo o que pensas.

Pedimos-te que sejas sincero(a) nas respostas. Não há respostas certas ou erradas, o que interessa é a tua opinião.

Não escrevas o teu nome em nenhuma parte do questionário.

Garantimos-te que o anonimato e a confidencialidade das respostas será sempre mantido (ninguém nunca vai saber quem respondeu a este questionário).

Obrigado pela colaboração!

Questionário sociodemográfico

I- ALGUMAS QUESTÕES SOBRE TI E SOBRE AS PESSOAS COM QUEM VIVES...

1.1. Quantos anos tens?

1.2. Sexo F M

1.3. Naturalidade _____ 1.4. Freguesia onde vives _____

1.5. Naturalidade da tua mãe _____

1.6. Naturalidade do teu pai _____

1.7. Em que ano de escolaridade estás?

7º ano 10º ano CEF (equivalência ao 9º ano)
8º ano 11º ano CEF (equivalência ao 12º ano)
9º ano 12º ano Curso Profissional
Outro _____

1.8. Quantas vezes já reprovaste?

0 1 2 3 4

1.9. Com quem vives?

Ambos os pais Com outros familiares
Só com o pai Com outras pessoas
Só com a mãe

1.10. Quantos irmãos tens?

1.11. Quantos vivem contigo?

1.12. Qual a idade dos teus irmãos?

1.13. Qual o número de divisões do espaço onde habitas (sem contar com cozinha, casa de banho e corredores)

1.14. Dormes num quarto só para ti? Sim Não

1.15. Quantos computadores há na tua casa?

Nenhum Um Dois Mais de dois

II - SOBRE TI E O BAIRRO ONDE VIVES...

2.1. De um modo geral sentes-te seguro no bairro onde vives?

(escolhe só uma resposta)

Sempre Frequentemente Algumas vezes Nunca

2.2. Costumas participar em festas/convívios organizados pela tua comunidade de origem?

(escolhe só uma resposta)

Sempre Frequentemente Algumas vezes Nunca

2.3. No bairro onde vives, encontras bons locais para a prática de atividades relacionadas com a tua saúde e bem-estar como desporto, exercício físico, atividades ao ar livre (corrida, bicicleta, futebol)?

(escolhe só uma resposta)

Sempre Frequentemente Algumas vezes Nunca

2.4. No bairro onde vives encontras boas oportunidades para participar em atividades e projetos animados por associações, centro social paroquial, centro comunitário, grupo desportivo, de teatro, de dança, de música, outros?

(escolhe só uma resposta)

Sempre Frequentemente Algumas vezes Nunca

2.5. De um modo geral participas em atividades que promovam a tua saúde e bem-estar?

(escolhe só uma resposta)

Sempre Frequentemente Algumas vezes Nunca

III - SOBRE TI E A TUA ESCOLA...

3.1. Sinto que pertenço a esta escola.

(escolhe só uma resposta)

Sempre Frequentemente Algumas vezes Nunca

3.2. Sinto-me seguro nesta escola.

(escolhe só uma resposta)

Sempre Frequentemente Algumas vezes Nunca

3.3. Nesta escola encontras boas oportunidades para participar em atividades e projetos?

(escolhe só uma resposta)

Sempre Frequentemente Algumas vezes Nunca

IV- AS QUESTÕES DE 4.1 A 4.5 SÃO PREENCHIDAS PELO INVESTIGADOR DE ACORDO COM INFORMAÇÃO DADA PELA ESCOLA

4.1. Qual é a profissão do pai/responsável (masc.) _____

4.2. Nível de escolaridade do pai/responsável (masc.)

- | | | | |
|--|--------------------------|--------------|--------------------------|
| S/estudos ou 1º Ciclo incompleto | <input type="checkbox"/> | Licenciatura | <input type="checkbox"/> |
| 1º Ciclo (1º, 2º, 3º e 4º ano) | <input type="checkbox"/> | Mestrado | <input type="checkbox"/> |
| 2º Ciclo (5º e 6º ano) | <input type="checkbox"/> | Doutoramento | <input type="checkbox"/> |
| 3º Ciclo (7º, 8º e 9º ano) | <input type="checkbox"/> | | |
| Ensino Secundário (10º, 11º e 12º ano) | <input type="checkbox"/> | | |

4.3. Qual é a profissão da mãe/responsável (fem.) _____

4.4. Nível de escolaridade da mãe/responsável (fem.)

- | | | | |
|--|--------------------------|--------------|--------------------------|
| S/estudos ou 1º Ciclo incompleto | <input type="checkbox"/> | Licenciatura | <input type="checkbox"/> |
| 1º Ciclo (1º, 2º, 3º e 4º ano) | <input type="checkbox"/> | Mestrado | <input type="checkbox"/> |
| 2º Ciclo (5º e 6º ano) | <input type="checkbox"/> | Doutoramento | <input type="checkbox"/> |
| 3º Ciclo (7º, 8º e 9º ano) | <input type="checkbox"/> | | |
| Ensino Secundário (10º, 11º e 12º ano) | <input type="checkbox"/> | | |

4.5. O aluno beneficia de algum apoio no âmbito da Acção Social Escolar (livros escolares, alimentação, transporte)?

Sim Não

Perfil do Estilo de Vida II

Este questionário contém afirmações acerca do teu atual estilo de vida ou hábitos pessoais. Por favor responde a cada um dos itens o mais sincero possível, e tenta não saltar nenhum. Indica a frequência com que tens os diferentes comportamentos fazendo um círculo à volta da resposta mais adequada.

N - "Nunca" **O** - "Ocasionalmente" **F** - "Frequentemente" **S** - "Sempre"

	Nunca	Ocasionalmente	Frequentemente	Sempre
1. Discuto os meus problemas e preocupações com os que me são próximos	N	O	F	S
2. Escolho uma dieta pobre em gorduras, gorduras saturadas e colesterol	N	O	F	S
3. Informo o médico ou outro profissional de saúde de qualquer sinal ou sintoma fora do normal	N	O	F	S
4. Sigo um programa de exercício físico	N	O	F	S
5. Durmo o suficiente	N	O	F	S
6. Sinto que estou a crescer e mudar para melhor	N	O	F	S
7. Elogio facilmente os outros pelos seus êxitos	N	O	F	S
8. Limito o consumo de açúcar e alimentos que o contenham (doces)	N	O	F	S
9. Leio ou vejo programas de TV sobre como melhorar a saúde	N	O	F	S
10. Faço exercício físico vigoroso por 20 ou mais minutos, pelo menos três vezes por semana (tal como andar rápido, andar de bicicleta, dança aeróbica ou step)	N	O	F	S
11. Uso algum tempo para relaxamento todos os dias	N	O	F	S
12. Acredito que a minha vida tem um sentido	N	O	F	S
13. Mantenho relações significativas e enriquecedoras com os outros	N	O	F	S
14. Como 6-11 porções de pão ¹ , cereais ² , arroz ³ ou massa ³ por dia	N	O	F	S
15. Questiono os profissionais de saúde de modo a compreender as suas orientações	N	O	F	S
16. Pratico atividade física leve a moderada (como caminhar 30 a 40 minutos, 5 vezes por semana)	N	O	F	S
17. Aceito as coisas na minha vida que não posso mudar	N	O	F	S
18. Encaro o futuro de forma positiva	N	O	F	S
19. Passo tempo com os amigos mais próximos	N	O	F	S
20. Como 2-4 porções de fruta ⁴ por dia	N	O	F	S
21. Procuo uma 2ª opinião quando tenho dúvidas quanto aos conselhos dos profissionais de saúde	N	O	F	S
22. Participo em atividades de lazer e atividades físicas (como nadar, dançar, andar de bicicleta)	N	O	F	S
23. Penso em coisas agradáveis quando me deito	N	O	F	S
24. Sinto-me satisfeito e em paz comigo	N	O	F	S
25. Demonstro facilmente preocupação, amor e carinho para com os outros	N	O	F	S
26. Como 3-5 porções de vegetais ⁵ por dia	N	O	F	S

1. Uma porção = 50g
3. Uma porção = 4 colheres de sopa (110g)

2. Uma porção = 5 colheres de sopa (35g)
4. Uma porção = 160g

	Nunca	Ocasionalmente	Frequentemente	Sempre
27. Discuto as minhas preocupações de saúde com profissionais de saúde	N	O	F	S
28. Faço exercícios de alongamentos pelo menos 3 vezes por semana	N	O	F	S
29. Uso métodos específicos para controlar o meu stress	N	O	F	S
30. Trabalho para objetivos de longo prazo na minha vida	N	O	F	S
31. Toco e sou tocado por aqueles que me são queridos	N	O	F	S
32. Como 2-3 porções de leite ⁶ , iogurte ⁷ ou queijo ⁸ por dia	N	O	F	S
33. Inspeciono o meu corpo à procura de mudanças físicas e sinais de perigo, pelo menos 1 vez por mês	N	O	F	S
34. Faço exercício durante as atividades diárias (como caminhar à hora de almoço, usar as escadas em vez do elevador, estacionar longe e ir a pé)	N	O	F	S
35. Equilibro o tempo entre o trabalho e o lazer	N	O	F	S
36. Procuro que cada dia seja interessante e desafiador	N	O	F	S
37. Procuro formas de satisfazer as minhas necessidades de intimidade	N	O	F	S
38. Como apenas 2-3 porções diárias de carne ⁹ , aves ⁹ , peixe ⁹ (incluindo bacalhau), ovos ¹⁰ feijão seco ¹¹ ou nozes ¹¹	N	O	F	S
39. Peço informação aos profissionais de saúde sobre como me cuidar bem	N	O	F	S
40. Verifico a minha pulsação quando faço exercício	N	O	F	S
41. Pratico relaxamento ou meditação 15 a 20 minutos por dia	N	O	F	S
42. Tenho consciência do que me é importante para mim na vida	N	O	F	S
43. Tenho suporte de rede de pessoas que se preocupam comigo	N	O	F	S
44. Leio os rótulos para identificar os nutrientes, gorduras e sódio presentes nos alimentos embalados	N	O	F	S
45. Assisto a programas educativos sobre o cuidar da saúde pessoal	N	O	F	S
46. Atinjo a minha pulsação alvo ¹² quando faço exercício	N	O	F	S
47. Controlo-me para prevenir o cansaço	N	O	F	S
48. Sinto-me ligado a uma força superior a mim	N	O	F	S
49. Resolvo os conflitos com os outros através do diálogo e do compromisso	N	O	F	S
50. Tomo o pequeno-almoço	N	O	F	S
51. Procuro orientações ou conselhos quando necessário	N	O	F	S
52. Exponho-me a novas experiências e desafios	N	O	F	S

5. Uma porção = 3 colheres de sopa (80g)

6. Uma porção = 1 chávena (250ml)

7. Uma porção = 1 iog. líquido ou 1 e ½ iog.

8. Uma porção = 2 fatias finas (40g)

9. Uma porção = 25g

10. Uma porção = 1 ovo médio (55g)

11. Uma porção = 1 colher de sopa (25g)

12. Valor da pulsação que pretendo atingir para um melhor rendimento cardíaco

COMO EU SOU

Vais encontrar a seguir um conjunto de afirmações acerca da maneira como pensas sobre ti próprio. À frente de cada afirmação encontras 7 letras (de A a G). Se assinalares a letra A significa que discordas totalmente da afirmação e que ela não corresponde, de maneira nenhuma, ao que pensas de ti. Se assinalares a letra G significa que a afirmação corresponde totalmente ao que pensas sobre ti próprio/a. Entre esses dois extremos podes ainda escolher uma de 5 letras consoante estiver mais ou menos em desacordo com a tua maneira de pensar. Assinala uma das letras. Não há respostas certas ou erradas, todas as respostas que deres são igualmente correctas. Peço-te que penses bem na resposta de modo a que ela expresse correctamente a tua maneira de pensar.

	Discordo totalmente ↓	discordo um pouco discordo bastante ↓	discordo um pouco não concordo nem discordo ↓	concordo um pouco ↓	concordo bastante ↓	concordo totalmente ↓	
1- Quando faço planos tenho a certeza que sou capaz de realizá-los	A	B	C	D	E	F	G
2- Quando não consigo fazer uma coisa à primeira insisto e continuo a tentar até conseguir	A	B	C	D	E	F	G
3- Tenho dificuldade em fazer novos amigos	A	B	C	D	E	F	G
4- Se uma coisa me parece muito complicada, não tento sequer realizá-la	A	B	C	D	E	F	G
5- Quando estabeleço objectivos que são importantes para mim, raramente os consigo alcançar	A	B	C	D	E	F	G
6- Sou uma pessoa auto-confiante	A	B	C	D	E	F	G
7- Não me sinto capaz de enfrentar muitos dos problemas que se me deparam na vida	A	B	C	D	E	F	G
8- Normalmente desisto das coisas antes de as ter acabado	A	B	C	D	E	F	G
9- Quando estou a tentar aprender alguma coisa nova, se não obtenho logo sucesso, desisto facilmente	A	B	C	D	E	F	G
10- Se encontro alguém interessante com quem tenho dificuldade em estabelecer amizade, rapidamente desisto de tentar fazer amizade com essa pessoa	A	B	C	D	E	F	G
11- Quando estou a tentar tornar-me amigo de alguém que não se mostra interessado, não desisto logo de tentar	A	B	C	D	E	F	G
12- Desisto facilmente das coisas	A	B	C	D	E	F	G
13- As amizades que tenho foram conseguidas através da minha capacidade pessoal para fazer amigos	A	B	C	D	E	F	G
14- Sinto insegurança acerca da minha capacidade para fazer coisas	A	B	C	D	E	F	G
15- Um dos meus problemas, é que não consigo fazer as coisas como devia	A	B	C	D	E	F	G

LOCUS DE CONTROLO DE SAÚDE

Vais encontrar, a seguir, um conjunto de afirmações acerca da maneira como as pessoas pensam acerca da saúde. À frente de cada afirmação encontras 7 letras (de A a G) . Se assinalares a A significa que discordas totalmente da afirmação e que tu nunca a farias; se assinalares a letra G significa que concordas totalmente e que corresponde totalmente à tua maneira de pensar. Entre estes dois extremos tens ainda 5 possibilidades (5 letras) de escolha, consoante estiver mais em desacordo ou de acordo com a tua maneira de pensar. Assinala apenas uma das letras. Não há respostas certas ou erradas. Todas as respostas que deres são igualmente correctas. Peço-te que reflectas bem na resposta que deres, de modo que ela expresse a maneira como pensas.

		Discordo totalmente	Discordo bastante	Discordo um pouco	Não concordo nem discordo	Concordo um pouco	Concordo bastante	Concordo totalmente
1	Procurar o médico para fazer chek-ups regulares é um factor chave para se manter saudável	A	B	C	D	E	F	G
2	O facto das pessoas se sentirem bem, ou não, depende muitas vezes do acaso	A	B	C	D	E	F	G
3	As pessoas que nunca adoecem é porque têm muita sorte	A	B	C	D	E	F	G
4	Em saúde não se pode invocar quase nunca 'má sorte'	A	B	C	D	E	F	G
5	Para se recuperar de uma doença são necessários essencialmente bons cuidados médicos	A	B	C	D	E	F	G
6	Recuperar de uma doença não tem nada a ver com sorte	A	B	C	D	E	F	G
7	Ter ou não boa saúde é apenas uma questão de sorte	A	B	C	D	E	F	G
8	Se uma pessoa tiver cuidado com o que faz consegue evitar muitas doenças	A	B	C	D	E	F	G
9	Manter contacto regular com o médico é a única maneira de evitar ficar doente	A	B	C	D	E	F	G
10	No que diz respeito à saúde as pessoas têm apenas de seguir as instruções do médico	A	B	C	D	E	F	G
11	Quando alguém recupera de uma doença é normalmente porque alguma pessoa (médico, enfermeira, família, amigos) tomaram bem conta dela	A	B	C	D	E	F	G
12	Muitas das coisas que afectam a saúde das pessoas são fruto do acaso	A	B	C	D	E	F	G
13	A sorte desempenha um papel importante no tempo que uma pessoa leva a recuperar de uma doença	A	B	C	D	E	F	G
14	Consultar regularmente o médico é a única coisa que se pode fazer para não ter problemas de saúde	A	B	C	D	E	F	G

Questionário Orientação para a Vida (Sentido de Coerência)

Este questionário apresenta um conjunto de afirmações relacionadas com vários aspectos da tua vida. Por favor marca com um círculo o número que corresponde á tua resposta. Se achares que a expressão por debaixo do 1 se aplica a ti, marca um círculo à volta do 1; se achares que a expressão por baixo do 7 se aplica a ti, marca um círculo à volta do 7. Se achares que o que se aplica a ti corresponde aos outros algarismos, marca com um círculo aquele que expressa melhor o que tu sentes. Por favor responde apenas uma vez a cada questão.

1. Quando falas com outras pessoas, tens a impressão de que elas não te compreendem?

1	2	3	4	5	6	7
nunca tenho essa impressão						tenho sempre essa impressão

2. No passado, quando tiveste de fazer alguma coisa que dependia da cooperação de outras pessoas, tinhas o sentimento :

1	2	3	4	5	6	7
de que as coisas não iriam ser feitas						de que as coisas iam ser feitas

3. Pensa nas pessoas com quem contactas diariamente (que não sejam aquelas que te são mais chegadas). Até que ponto é:

1	2	3	4	5	6	7
que as sentes como pessoas estranhas						como pessoas que conheces muito bem

4. Tens a impressão de que não te interessas pelo que se passa à tua volta?

1	2	3	4	5	6	7
muito raramente						muito frequentemente não me interessa

5. Já te aconteceu no passado teres ficado surpreendido pelo comportamento de pessoas que julgavas conhecer bem?

1	2	3	4	5	6	7
nunca aconteceu						sempre aconteceu

6. Já te aconteceu ter sido desapontado por pessoas com quem, à partida, contavas?

1	2	3	4	5	6	7
nunca aconteceu						sempre aconteceu

7. A vida é:

1	2	3	4	5	6	7
cheia de interesse						absolutamente rotineira

8. Até hoje, na vida,

1	2	3	4	5	6	7
não conseguiste nem objectivos nem rumo próprio						conseguiste objectivos e um rumo próprio

9. Sentes que não és tratado/a com justiça?

1	2	3	4	5	6	7
muito frequentemente						raramente ou nunca

10. Nos últimos dez anos a tua vida tem sido:

1	2	3	4	5	6	7
cheia de mudanças sem ser capaz de prever o que vem a seguir						completamente consistente e previsível

11. A maior parte das coisas que irás fazer (no futuro) serão provavelmente:

1	2	3	4	5	6	7
completamente fascinantes						tremendamente aborrecidas

12. Tens sentido muitas vezes que te encontras numa situação pouco habitual, sem saberes o que fazer?

1	2	3	4	5	6	7
acontece frequentemente						nunca acontece

13. Indica o que melhor descreve a tua maneira de ver a vida:

1	2	3	4	5	6	7
consegue-se sempre encontrar uma solução para as situações difíceis da vida						nunca há solução para as situações difíceis da vida

14. Quando reflectes sobre a tua vida, frequentemente:

1	2	3	4	5	6	7
sentes quão bom é viver						perguntas-te a ti próprio porque razão vieste ao mundo

15. Quando enfrentas algum problema difícil, a escolha da solução é:

1	2	3	4	5	6	7
sempre confusa e difícil de encontrar						sempre fácil e sem dúvidas

16. Aquilo que fazes diariamente é:

1	2	3	4	5	6	7
uma fonte de profunda satisfação e prazer						uma fonte de sofrimento e aborrecimento

17. A tua vida futura será provavelmente:

1	2	3	4	5	6	7
cheia de mudanças sem preveres o que vem a seguir						perfeitamente coerente e previsível

18. Quando no passado te acontecia alguma coisa desagradável, a tua tendência era para:

1	2	3	4	5	6	7
afundares-te no problema						dizer para ti mesmo: "Paciência, tudo se há-de resolver" e seguias em frente

19. Tens sentimentos e ideias muito confusos?

1	2	3	4	5	6	7
muito frequentemente						muito raramente ou nunca

20. Quando fazes alguma coisa que te dá satisfação:

1	2	3	4	5	6	7
ficas com a certeza que essa satisfação vai perdurar						ficas com a certeza que qualquer coisa vai acabar por estragar essa satisfação

21. Acontece-te ter sentimentos que gostarias de não ter:

1	2	3	4	5	6	7
muito frequentemente						muito raramente ou nunca

22. Tens a expectativa que a tua vida pessoal, no futuro:

1	2	3	4	5	6	7
não terá nem sentido nem objectivo						terá pleno sentido e objectivo

23. Pensas que haverá sempre pessoas com quem possas contar no futuro?

1	2	3	4	5	6	7
estou certo que haverá						duvido que haja

24. Acontece-te sentir que não sabes exactamente o que está para acontecer?

1	2	3	4	5	6	7
muito frequentemente						muito raramente ou nunca

25. Muitas pessoas (mesmo as que têm forte carácter) muitas vezes, em certas situações, sentem-se uns falhados. Com que frequência já te sentiste assim no passado?

1	2	3	4	5	6	7
nunca aconteceu						muitas vezes

26. Quando deves enfrentar algum problema, geralmente acabas por verificar que:

1	2	3	4	5	6	7
avaliaste mal a importância do problema						avaliaste correctamente a importância do problema

27. Quando pensas nas dificuldades que vais ter de enfrentar em situações importantes da tua vida, tens a sensação de que:

1	2	3	4	5	6	7
conseguirás ultrapassar as dificuldades						não conseguirás ultrapassar as dificuldades

28. Com que frequência sentes que as coisas que fazes na tua vida diária têm pouco sentido?

1	2	3	4	5	6	7
muito frequentemente						muito raramente ou nunca

29. Com que frequência tens sentimentos que duvidas poder controlar?

1	2	3	4	5	6	7
muito frequentemente						muito raramente ou nunca

Escala de Resiliência (RS)

Este questionário apresenta um conjunto de afirmações relacionadas com vários aspectos da tua vida. Por favor marca com um círculo o número que expressa melhor o que tu sentes sendo 1 'discordo totalmente' e 7 'concordo totalmente'.

Responda a todas as frases.

**Discordo
Totalmente**

**Concordo
Totalmente**

1. Quando faço planos, levo-os até ao fim.

1 2 3 4 5 6 7

2. Eu normalmente acabo por conseguir alcançar os meus objectivos.

1 2 3 4 5 6 7

3. Sou capaz de depender de mim próprio mais do que de qualquer outra pessoa.

1 2 3 4 5 6 7

4. Manter-me interessado nas actividades do dia-a-dia é importante para mim.

1 2 3 4 5 6 7

5. Posso estar por conta própria se for preciso.

1 2 3 4 5 6 7

6. Sinto-me orgulhoso por ter alcançado objectivos na minha vida.

1 2 3 4 5 6 7

7. Normalmente faço as coisas conforme elas vão surgindo.

1 2 3 4 5 6 7

8. Sou amigo de mim próprio.

1 2 3 4 5 6 7

**Discordo
Totalmente**

**Concordo
Totalmente**

9. Sinto que consigo lidar com várias coisas ao mesmo tempo.

1 2 3 4 5 6 7

10. Sou determinado.

1 2 3 4 5 6 7

11. Raramente me questiono se a vida tem sentido.

1 2 3 4 5 6 7

12. Vivo um dia de cada vez.

1 2 3 4 5 6 7

13. Posso passar por tempos difíceis porque enfrentei tempos difíceis antes.

1 2 3 4 5 6 7

14. Tenho autodisciplina.

1 2 3 4 5 6 7

15. Mantenho-me interessado nas coisas.

1 2 3 4 5 6 7

16. Geralmente consigo encontrar algo que me faça rir.

1 2 3 4 5 6 7

17. A confiança em mim próprio ajuda-me a lidar com tempos difíceis.

1 2 3 4 5 6 7

18. Numa emergência, sou alguém com quem geralmente as pessoas podem contar.

1 2 3 4 5 6 7

**Discordo
Totalmente**

**Concordo
Totalmente**

19. Normalmente consigo olhar para uma situação de várias perspectivas.

1 2 3 4 5 6 7

20. Às vezes obrigo-me a fazer coisas quer queira quer não.

1 2 3 4 5 6 7

21. A minha vida tem sentido.

1 2 3 4 5 6 7

22. Eu não fico obcecado com coisas que não posso resolver.

1 2 3 4 5 6 7

23. Quando estou numa situação difícil, normalmente consigo encontrar uma solução.

1 2 3 4 5 6 7

24. Tenho energia suficiente para fazer o que deve ser feito.

1 2 3 4 5 6 7

25. Não tenho problema com o facto de haver pessoas que não gostam de mim.

1 2 3 4 5 6 7

OBRIGADO PELA COLABORAÇÃO

ANEXO 2

Quadros RSI Sintra e Amadora

RENDIMENTO SOCIAL DE INSERÇÃO (RSI)

Beneficiários de (RSI) por Freguesia e Escalão Etário no Concelho de Amadora

Ano 2011

Freguesias	<18 anos			18 anos			19 anos			20 a 29 anos			30 a 39 anos			40 a 49 anos			50 a 59 anos			>=60 anos			Total		TOTAL	
	F	M	Total	F	M	Total	F	M	Total	F	M	Total	F	M	Total	F	M	Total	F	M	Total	F	M	Total	F	M		
Alfornelos	67	42	109	5	5	10				0	20	19	39	29	20	49	21	20	41	18	18	36	13	7	20	173	131	304
Afragde	22	16	38		3	3	3			3	6	9	8	3	11	6	11	17	10	8	18	9	2	11	61	49	110	
Brandoa	369	380	749	14	25	39	19	19	38	138	113	251	169	92	261	116	94	210	100	75	175	45	29	74	970	827	1.797	
Buraca	417	391	808	17	26	43	22	16	38	157	124	281	154	81	235	136	99	235	99	75	174	64	46	110	1.066	858	1.924	
Damaia	182	178	360	8	10	18	5	8	13	76	40	116	86	54	140	70	46	116	38	53	91	31	22	53	496	411	907	
Falagueira	295	289	584	16	13	29	17	15	32	109	95	204	113	76	189	106	83	189	55	63	118	29	19	48	740	653	1.393	
Milna	276	292	568	16	11	27	11	17	28	112	78	190	105	74	179	86	85	171	57	56	113	38	40	78	701	653	1.354	
Reboleira	210	242	452	14	14	28	13	5	18	96	65	161	128	73	201	81	66	147	61	46	107	46	16	62	649	527	1.176	
São Brás	310	311	621	11	12	23	14	13	27	121	68	189	172	63	235	131	78	209	56	49	105	33	21	54	848	615	1.463	
Venda Nova	126	142	268	5	6	11	4	6	10	58	25	83	66	26	92	40	30	70	16	36	52	10	5	15	325	276	601	
Venteira	220	175	395	13	6	19	5	9	14	59	42	101	71	49	120	67	55	122	42	43	85	28	7	35	505	386	891	
Outros			0	1		1	2	1	3			0			0	1		1			0			0	4	1	5	
Total	2.494	2.458	4.952	120	131	251	115	109	224	949	675	1.624	1.101	611	1.712	861	667	1.528	552	522	1.074	346	214	560	6.538	5.387	11.925	

Outros: Situações não contempladas nos totais por Freguesia

Fonte: Instituto de Informática, IP - MSSS



SEGURANÇA SOCIAL



INSTITUTO DA SEGURANÇA SOCIAL, I.P.

RENDIMENTO SOCIAL DE INSERÇÃO (RSI)

Beneficiários de (RSI) por Freguesia e Escalão Etário no Concelho de Sintra - Ano 2011

FREGUESIAS	<18 anos			18 anos			19 anos			20 a 29 anos			30 a 39 anos			40 a 49 anos			50 a 59 anos			>=60 anos			Total		TOTAL
	F	M	Total	F	M	Total	F	M	Total	F	M	Total	F	M	Total	F	M	Total	F	M	Total	F	M	Total	F	M	
AGUALVA	312	289	601	9	14	23	15	18	33	117	62	179	148	39	187	122	91	213	48	47	95	25	14	39	796	574	1.370
ALGUEIRÃO-MEM MARTINS	558	511	1.069	23	27	50	21	36	57	173	108	281	277	121	398	210	127	337	97	102	199	45	29	74	1.404	1.061	2.465
ALMARGEM DO BISPO	31	45	76	5	5	10	3	3	6	8	24	21	14	35	18	15	33	10	11	21	4	4	8	100	105	205	
BELAS	160	152	312	5	9	14	8	11	19	49	35	84	67	28	95	63	50	113	25	28	53	10	12	22	387	325	712
CACÉM	193	197	390	12	14	26	10	9	19	73	37	110	102	47	149	68	57	125	32	32	64	20	9	29	510	402	912
CASAL DE CAMBRA	122	150	272	7	13	20	9	9	18	32	46	78	67	20	87	59	29	88	25	23	48	15	15	30	336	305	641
COLARES	38	28	66			0			0	15	4	19	14	9	23	15	6	21	19	6	25	11	7	18	112	60	172
MASSAMÁ	104	121	225	5	8	13	3	5	8	41	18	59	78	20	98	64	38	102	17	22	39	9	8	17	321	240	561
MIRA-SINTRA	61	71	132	6	6	12	6	6	12	23	22	45	15	13	28	24	17	41	16	18	34	7	7	14	152	154	306
MONTE ABRÃO	176	208	384	8	12	20	5	6	11	77	40	117	102	56	158	79	53	132	47	30	77	20	13	33	514	418	932
MONTELAVAR	23	18	41	3	3	6			0	5	5	10	14	9	23	5	5	10	8	4	12	4		4	59	44	103
PÉRO PINHEIRO	29	22	51			0			0	8	7	15	8	8	16	14	8	22	7	5	12	5		5	71	50	121
QUELUZ	353	381	734	18	24	42	19	24	43	117	81	198	135	68	203	138	107	245	60	66	126	35	21	56	875	772	1.647
RIO DE MOURO	378	421	799	15	27	42	24	29	53	122	76	198	193	88	281	138	89	227	71	49	120	34	34	68	975	813	1.788
SÃO JOÃO DAS LAMPAS	46	42	88			0			0	16	10	26	27	15	42	24	14	38	12	6	18	8	5	13	133	92	225
SÃO MARCOS	106	89	195	11	6	17	7	7	7	39	22	61	48	18	66	34	26	60	9	10	19	5		5	252	178	430
SANTA MARIA E SÃO MIGUEL	24	22	46			0			0	7	7	14	15	10	25	9	8	17	14	8	22	5	5	10	74	60	134
SÃO MARTINHO	10	12	22			0			0	7		7	6	3	9	4	8	12	6	7	13			0	33	30	63
SÃO PEDRO DE PENAFERRIM	27	21	48			0		3	3	4	6	10	15	7	22	12	10	22	9	12	21	3	7	10	70	66	136
TERRUGEM	23	34	57			0		3	3	5	8	13	20	9	29	10	7	17	12	8	20	7	5	12	80	71	151
OUTROS			0	9	5	14	6	10	16		1	1			0			0			0	1	7	8	16	23	39
TOTAL	2.774	2.834	5.608	122	173	295	129	170	299	946	603	1.549	1.372	602	1.974	1.110	765	1.875	544	494	1.038	273	202	475	7.270	5.843	13.113

Outros: Situações não contempladas nos totais por Freguesia

Fonte: Instituto de Informática, IP - MSSS



SEGURANÇA SOCIAL



INSTITUTO DA SEGURANÇA SOCIAL, I.P.

ANEXO 3

Guião de entrevista

GUIÃO DE ENTREVISTA

1. Que estilo de vida aspiras ter ?
2. Que estilo de vida os jovens da tua idade aspiram ter?
3. O que significa para ti, para a tua família amigos e pessoas do teu bairro, quando acontecem coisas más ?
4. Quais são as características de uma boa família ?
5. A tua família tem as características que mencionaste ?
6. Podes contar-me como é o teu relacionamento com cada um dos membros da família?
7. O que significa para ti andares numa boa escola ?
8. Que vida aspiras ter no futuro ?
9. Dormes num quarto só para ti ?
10. Tens roupa e sapatos suficientes ?
11. Recebes subsídio de ação social escolar ?
12. Costumas tomar o pequeno-almoço antes de ir para a escola ?
13. Quantas refeições fazes por dia ?
14. Que tipo de alimentos comes com mais frequência ?
15. Gostava que me falasses um pouco sobre a tua saúde.
16. Quais são as características de uma boa área residencial ?
17. A tua área residencial tem as características que mencionaste ?
18. O que significa para ti teres bons vizinhos ?
19. O que achas que os jovens da tua idade precisam para terem sucesso na vida, na escola e no relacionamento com as outras pessoas ?

- 20.** Como é que descreves as pessoas que procuram uma vida com saúde apesar dos muitos problemas que enfrentam ?
- 21.** Que tipo de coisas constituem para ti verdadeiros desafios ?
- 22.** O que é que fazes quando te confrontas com dificuldades na vida ?
- 23.** Podes partilhar comigo uma história acerca de outro jovem que tivesse crescido bem no teu bairro apesar de ter que enfrentar muitos desafios ?
- 24.** Podes partilhar comigo uma história acerca de como conseguiste ultrapassar desafios que tiveste de enfrentar no seio da tua família, na escola ou dentro do teu bairro ?

ANEXO 4

Registo definitivo do projeto de investigação



PROVA DE AVALIAÇÃO
PARA REGISTO DEFINITIVO DO PROJECTO DE INVESTIGAÇÃO

CANDIDATO: **Maria Margarida Nogueira Mota Guedes**

TÍTULO DO PROJECTO: *A saúde dos adolescentes e a superação da adversidade em contextos de pobreza*

DIA: 12 de Janeiro de 2012 - HORÁRIO: 12h00-13h30


LOCAL: Universidade Católica Portuguesa
Instituto de Ciências da Saúde
Palma de Cima - Lisboa

GRUPO DE AVALIAÇÃO: Prof. Doutor Alexandre Castro Caldas, Prof. Doutor José Amendoeira Martins e Prof^a Doutora Margarida Maria Silva Vieira (Orientadora).

PARECER:

A candidata apresentou o seu projecto de trabalho, tendo este sido comentado pelo Doutor José Amendoeira Martins. De seguida, a candidata clarificou adequadamente todas as questões colocadas, tendo demonstrado domínio do tema que pretende tratar, bem como capacidade para execução do projecto.

O Grupo de Avaliação considerou que estavam reunidas as condições para que se fizesse o respectivo registo definitivo do projecto.

Prof. Doutor Alexandre Castro Caldas _____ 

Prof. Doutor José Amendoeira Martins _____ 

Prof^a Doutora Margarida Maria Silva Vieira _____ 

ANEXO 5

Parecer da Comissão de Ética do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Parecer

A Comissão de Ética do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, na sua reunião plenária do dia 23 de Maio de 2012 procedeu à análise, numa perspectiva ética, do pedido de parecer sobre o projecto de tese de Doutoramento em Enfermagem denominado "A saúde do adolescente e a superação da adversidade em contexto de pobreza", de Maria Margarida Nogueira Mota Guedes. A avaliação científica do projecto, por não ser da sua competência, não foi sujeita à apreciação desta Comissão.

O presente estudo destina-se a tentar compreender os factores e os processos que estão subjacentes à construção de competências de tomada de decisão, favoráveis à saúde de adolescentes que vivem em condições adversas, como a pobreza, analisando as conexões que se estabelecem entre as variáveis individuais e o contexto sócio-ambiental e será realizado com a colaboração de Escolas Secundárias aí referidas.

A explicação dos propósitos aos participantes e dos seus encarregados de educação, a sua autorização e anonimização (na medida do possível, de acordo com a fase do projecto) asseguram as condições para a realização deste estudo.

A Comissão de Ética, por unanimidade, considerou não existirem objecções de natureza ética à aprovação deste projecto.

Dra Paula Martinho da Silva
(Presidente da Comissão)

ANEXO 6

Autorização dos autores das escalas: (HPLP II - versão portuguesa; Resilience Scale - versão portuguesa; Auto-Eficácia Geral; Locus de Controlo de Saúde e Questionário do Sentido de Coerência).

Estudo de Doutoramento

Cristiana Felgueiras [REDACTED]

Enviado: sexta-feira, 3 de Junho de 2011 15:58

Para: MARIA MARGARIDA NOGUEIRA MOTA Guedes

Cc: cmfestas@ics.porto.ucp.pt; mmvieira@ics.porto.ucp.pt

Anexos: 73 a 80.pdf (173 KB)

Boa tarde,

Respondo-lhe na sequência do email recebido pela Professora Constança Festas, do qual a própria me deu conhecimento.

Tem a minha autorização para aplicar a tradução e validação da Resilience Scale que realizei para a cultura portuguesa no âmbito da minha tese de mestrado.

Gostaria que me informásse mais concretamente sobre o tema/objectivos do seu estudo e respectiva orientação. Segue em anexo o artigo que escrevi sobre o meu trabalho que será publicado na revista "Cadernos de Saúde", que penso que ser-lhe-á útil. Encontro-me disponível para colaborar no que necessitar.

Poderá consultar a minha tese de mestrado na Universidade Católica Portuguesa - Instituto de Ciências da Saúde, no Porto.

Agradeça também a gentileza de me enviar uma cópia do seu trabalho quando este estiver concluído.

Obrigada e bom trabalho.

Com os melhores cumprimentos,

Cristiana Felgueiras

Re: escalas

José Luis Pais Ribeiro [jlpr@fpce.up.pt]

Enviado: quarta-feira, 21 de Dezembro de 2011 8:57

Para: MARIA MARGARIDA NOGUEIRA MOTA Guedes

Importância: Alta

Anexos: AutoEficacia.pdf (28 KB) ; LOcus de Controlo de Saude~1.pdf (133 KB)

Autorizo a utilização das escalas pedidas

A de coping reduzida não sei onde tenho o material pelo que não lhe posso enviar como pede

José Luis Pais Ribeiro

jlpr@fpce.up.pt

mobile phone: (351) 965045590

web page: <http://sites.google.com/site/jpaisribeiro/>

>

>

>

> Caro Doutor Pais Ribeiro:

>

> Sou professora adjunta na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa e estou a

> realizar uma tese de doutoramento na Universidade Católica de Lisboa sobre

> Pobreza e Estilos de Vida de Adolescentes dos 15 aos 18 anos.

>

> Para o estudo de algumas dimensões do meu trabalho necessito de utilizar

>

> Escala de Auto-Eficácia Geral,

> Escala de Coping Resiliente Reduzida,

> Escala de Locus de Controlo de Saúde,

>

> pelo que solicito informação disponível , autorização para a sua utilização e

> indicações sobre como poderei aceder-lhes.

>

> Grata pela sua atenção

>

> Um abraço

>

>

> Margarida Mota Guedes

> Professora Adjunta

> ESEL - Dep. Educação em Enfermagem

> Avenida do Brasil, 53-B; 1700-063 LISBOA

> E-mail: mmguedes@esel.pt<<mailto:mmguedes@esel.pt>>

>

>

>

>

>

>

>

>

>

>

>

>

Re: HPLP -II versao portuguesa

Filipe Pires [REDACTED]

Enviado: sexta-feira, 15 de Março de 2013 9:36

Para: MARIA MARGARIDA NOGUEIRA MOTA Guedes

Boa noite colega Margarida Guedes,

No seguimento do seu email, venho pelo presente email autorizar o uso da escala no contexto a que se refere, no âmbito do seu estudo de Doutoramento.

Estou disponível para esclarecer qualquer dúvida e no final gostaria de conhecer os seus resultados
Bom Trabalho

Cumprimentos,
Filipe Pires

No dia 14 de Março de 2013 à 17:51, MARIA MARGARIDA NOGUEIRA MOTA Guedes <mmguedes@esel.pt> escreveu:

Boa tarde colega Filipe Pires:

No desenvolvimento de um estudo de Doutoramento em Enfermagem na Universidade Católica Portuguesa sobre a saúde dos adolescentes em contextos de pobreza, solicito-lhe autorização para o uso da escala "Health Promoting Lifestyle Profile II", traduzida e validada para a população portuguesa.

Com os melhores cumprimentos,

Margarida Mota Guedes

Margarida Mota Guedes

Professora Adjunta

ESEL - Dep. Educação em Enfermagem

Avenida do Brasil, 53-B; 1700-063 LISBOA

E-mail: mmguedes@esel.pt

De: Filipe Pires [REDACTED]

Enviado: segunda-feira, 28 de Janeiro de 2013 0:25

Para: MARIA MARGARIDA NOGUEIRA MOTA Guedes

Assunto: HPLP -II versao portuguesa

Boa noite Colega,

Conforme combinado envio a minha dissertação de mestrado. Qualquer dúvida estou disponível para esclarecer ;D

--
Cumprimentos,
Filipe Pires

--
Cumprimentos,
Filipe Pires

RE: pedido de autorização - Questionário do Sentido de Coerência

Luís Saboga Nunes [saboga@ensp.unl.pt]

Enviado: segunda-feira, 18 de Março de 2013 23:27**Para:** MARIA MARGARIDA NOGUEIRA MOTA Guedes**Anexos:** SOC questionnaire in portu~1.pdf (65 KB)

Prezada Professora Maria Margarida

Agradecendo a sua mensagem gostaria de informá-la da total disponibilidade para usar a escala. Tem sido hábito sugerir aos que usam a escala em PT que no final do seu trabalho partilhem os elementos a seguir identificados de modo a ir desenvolvendo o conhecimento científico em torno do tema, e por isso ficaria grato se nos fizesse chegar esses elementos.

Title		Year	ISBN number	
Author(s)'s name				
e-mail		Tel/fax	Address	
Source/publication/Journal/ School/				
Questionnaire used :	Soc 29	Soc 13	Adapted Soc	Language
Sample	N	Variable	r	mean
			SD	Coefficient of variation

Reliability				Validity		
Internal Consistency		Test-retest		content	face	consensual
alpha	other	correlation	Time in between	convergent		discriminant
				Criterion validity	Factor structure of soc component	
Abstract						
Key words						

Qualquer questão ou elementos adicionais que deseje explorar sobre este instrumento disponha pf

Nos melhores cumprimentos

LSN

From: MARIA MARGARIDA NOGUEIRA MOTA Guedes [mailto:mmguedes@esel.pt]

Sent: sexta-feira, 15 de Março de 2013 12:12

To: Luís Saboga Nunes

Subject: pedido de autorização - Questionário do Sentido de Coerência

Importance: High

Exmo Sr. Professor Doutor Luis Saboga Nunes

No desenvolvimento de um estudo de Doutoramento em Enfermagem na Universidade Católica Portuguesa sobre a saúde dos adolescentes em contextos de pobreza, solicito-lhe autorização para o uso do questionário do sentido de coerência traduzido e validado para a população portuguesa.

Com os melhores cumprimentos,

Margarida Mota Guedes

Margarida Mota Guedes
 Professora Adjunta
 ESEL - Dep. Educação em Enfermagem
 Avenida do Brasil, 53-B; 1700-063 LISBOA
 E-mail: mmguedes@esel.pt

ANEXO 7

Autorização das Direções dos Agrupamentos de Escolas

RE: estudo de doutoramento - pedido de autorização

Paula Isabel Almeida Costa [paula.costa@aerm.pt]

Enviado: segunda-feira, 18 de Fevereiro de 2013 15:25

Para: MARIA MARGARIDA NOGUEIRA MOTA Guedes

Cc: direccao@eslc.pt

Ex^a Sr^a Dr^a Margarida Mota

Vimos por este meio autorizar a realização do estudo de doutoramento infra junto dos alunos da nossa escola.

Com os melhores cumprimentos.

Paula Isabel Costa

Vice Presidente da Comissão Administrativa Provisória

do Agrupamento de Escolas de Rio de Mouro

Telf. 219169310

De: MARIA MARGARIDA NOGUEIRA MOTA Guedes [mmguedes@esel.pt]

Enviado: quinta-feira, 14 de Fevereiro de 2013 22:07

Para: Paula Isabel Almeida Costa

Assunto: estudo de doutoramento - pedido de autorização

À Direção do Agrupamento de Escolas de Rio de Mouro

Na sequência de contacto com a Dr^a Paula Costa passo a descrever alguns aspetos do estudo de doutoramento que estou a desenvolver na Universidade Católica sobre "A saúde dos adolescentes em contextos de pobreza". Este estudo é dirigido a adolescentes dos 15 aos 19 anos de idade e versa a temática dos comportamentos dos adolescentes e estilos de vida. Será pedido aos adolescentes que preencham alguns questionários sobre comportamentos relacionados com a sua saúde. Alguns dos adolescentes participantes serão ainda convidados a indicar a sua disposição para participar em entrevistas, na segunda parte do estudo. O investigador garante a confidencialidade e o uso exclusivo dos dados recolhidos para o presente estudo para o qual foi pedida e obtida autorização da Comissão de Ética para as Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, do Ministério da Educação e da Comissão Nacional de Proteção de Dados. Será ainda necessária para a recolha de dados, a **autorização da Direção do Agrupamento de Escolas**, dos pais e dos alunos. A identificação dos adolescentes participantes nunca será tornada pública e os contactos com os mesmos serão feitos na escola, no espaço turma quando se tratar do preenchimento dos questionários e, ainda na escola, mas em ambiente de privacidade, no caso das entrevistas.

Solicito deste modo a autorização da Direção do Agrupamento de Escolas para a realização da recolha de dados .

Com os melhores cumprimentos,
Margarida Mota Guedes

Margarida Mota Guedes

Professora Adjunta

ESEL - Dep. Educação em Enfermagem

Avenida do Brasil, 53-B; 1700-063 LISBOA

Re: estudo de doutoramento-pedido de autorização

Carmo Passos [REDACTED]

Enviado: quarta-feira, 13 de Fevereiro de 2013 12:01

Para: MARIA MARGARIDA NOGUEIRA MOTA Guedes

É dada autorização para ser realizado, neste agrupamento, o estudo em questão.

Cumprimentos,

Maria do Carmo Passos, Vice Presidente da CAP (Comissão Administrativa Provisória)

Em 13 de fevereiro de 2013 11:58, MARIA MARGARIDA NOGUEIRA MOTA Guedes <mmguedes@esel.pt> escreveu:

Á Direção do Agrupamento de Escolas D. Maria II, Cacém

Na sequência de contacto com a Dr^a Maria do Carmo Passos a descrever alguns aspetos do estudo de doutoramento que estou a desenvolver na Universidade Católica sobre "A saúde dos adolescentes em contextos de pobreza". Este estudo é dirigido a adolescentes dos 15 aos 19 anos de idade e versa a temática dos comportamentos dos adolescentes e dos estilos de vida. Será pedido aos adolescentes que preencham alguns questionários sobre comportamentos relacionados com a sua saúde. Alguns dos adolescentes participantes serão ainda convidados a indicar a sua disposição para participar em entrevistas, na segunda parte do estudo. O investigador garante a confidencialidade e o uso exclusivo dos dados recolhidos para o presente estudo para o qual foi pedida e obtida autorização da Comissão de Ética para as Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, do Ministério da Educação e da Comissão Nacional de Proteção de Dados. Será ainda necessária para a recolha de dados, a **autorização da Direção do Agrupamento de Escolas**, dos pais e dos alunos. A identificação dos adolescentes participantes nunca será tornada pública e os contactos com os mesmos serão feitos na escola, no espaço turma quando se tratar do preenchimento dos questionários e, ainda na escola, mas em ambiente de privacidade, no caso das entrevistas.

Solicito deste modo a autorização da Direção do Agrupamento de Escolas para a realização da recolha de dados.

Com os melhores cumprimentos,

Margarida Mota Guedes

Margarida Mota Guedes

Professora Adjunta

ESEL - Dep. Educação em Enfermagem

Avenida do Brasil, 53-B; 1700-063 LISBOA

E-mail: mmguedes@esel.pt

Estudo de Doutoramento - Pedido de Autorização

CAP AE Mem Martins [ce@secmemmartins.pt]

Enviado: sexta-feira, 15 de Fevereiro de 2013 22:04

Para: MARIA MARGARIDA NOGUEIRA MOTA Guedes

Exma Senhora Dr^a Maria Margarida Nogueira Mota Guedes

Venho por este meio autorizar a recolha de dados tendo em vista o estudo de doutoramento que está a desenvolver na Universidade Católica cujo tema é " A Saúde do Adolescente em Contextos de Pobreza". Informo-a que a Professora Gabriela Pintão irá acompanhar o seu trabalho na Escola.

Com os melhores cumprimentos

A Presidente da CAP

Professora Maria Teresa Oliveira

Fw: ESTUDO DE DOUTORAMENTO - PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO

executivo@esanpt.net [executivo@esanpt.net]

Enviado: sexta-feira, 2 de Novembro de 2012 11:52

Para: MARIA MARGARIDA NOGUEIRA MOTA Guedes

Importância: Alta

From: [José Diamantino Biscaia](#)

Sent: Wednesday, October 17, 2012 4:05 PM

To: [Direcção- Executivo](#)

Subject: RE: ESTUDO DE DOUTORAMENTO - PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO

Dig Professora,

Com os melhores cumprimentos. Deve ser considerada a resposta como positiva.

Com s melhores cumprimentos

José Biscaia

From: executivo@esanpt.net

To: prof.jdebiscai@██████████

Subject: Fw: ESTUDO DE DOUTORAMENTO - PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO

Date: Wed, 17 Oct 2012 11:08:11 +0100

From: [MARIA MARGARIDA NOGUEIRA MOTA Guedes](#)

Sent: Wednesday, October 17, 2012 10:53 AM

To: [executivo@esanpt.net](#)

Subject: FW: ESTUDO DE DOUTORAMENTO - PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO

Ao Diretor da Escola Secundária, Azevedo Neves

Sr. Professor José Biscaia

Reencaminho email enviado no passado dia 11 de Outubro na expectativa de que possam dar resposta ao solicitado.

Grata, mais uma vez, pela atenção que possam dar a este meu pedido.

Com os melhores cumprimentos

MMGuedes

Margarida Mota Guedes

Professora Adjunta

ESEL - Dep. Educação em Enfermagem

Avenida do Brasil, 53-B; 1700-063 LISBOA

E-mail: mmguedes@esel.pt

De: MARIA MARGARIDA NOGUEIRA MOTA Guedes
Enviado: quinta-feira, 11 de Outubro de 2012 22:46
Para: ebatalha.esan@...
Assunto: estudo de doutoramento - pedido de autorização

Ao Diretor da Escola Secundária, Azevedo Neves
Sr. Professor José Biscaia

Chamo-me Margarida Mota Guedes e sou doutoranda do IV Curso de Doutoramento em Enfermagem da Universidade Católica, em Lisboa, onde estou a desenvolver um estudo sobre a saúde dos adolescentes em contexto de pobreza.

Atendendo a que a Escola Secundária Azevedo Neves se enquadra nos critérios estabelecidos no estudo que estamos a desenvolver, solicitamos á Direção da Escola autorização para a realização da recolha de dados, junto de adolescentes com idades compreendidas entre os 15 e os 19 anos de idade, num total de cerca de 360. Dizer ainda que a recolha de dados já foi autorizada por diferentes entidades, a saber, Comissão Nacional de Proteção de Dados, Comissão de Ética e Direção Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular do Ministério da Educação. Este estudo é ainda do conhecimento da equipa de saúde escolar do Agrupamento de Centros de Saúde da Amadora VII, com quem já tive oportunidade de fazer uma reunião.

Para dar a conhecer a finalidade e objetivos deste trabalho, solicito á Direção da Escola Azevedo Neves o agendamento de uma reunião, na próxima semana, em dia e hora que vos sejam favoráveis.

Grata pela atenção que possam dar a este meu pedido,

Com os melhores cumprimentos
MMGuedes

Margarida Mota Guedes

Professora Adjunta

ESEL - Dep. Educação em Enfermagem

Avenida do Brasil, 53-B; 1700-063 LISBOA

E-mail: mmguedes@esel.pt

Tlm: 965062604 begin_of_the_skype_highlighting GRÁTIS 965062604end_of_the_skype_highlighting

RE: estudo de doutoramento-pedido de autorização

Escola Mães d'Água [escolaquamater@mail.telepac.pt]

Enviado: quinta-feira, 7 de Fevereiro de 2013 15:19

Para: MARIA MARGARIDA NOGUEIRA MOTA Guedes

Cc: Maria Ester Guerreiro [ester.guerreiro@██████████]

Boa tarde

Serve o presente para autorizar o estudo supracitado.

Os melhores cumprimentos

O Diretor

Jorge Gomes

De: MARIA MARGARIDA NOGUEIRA MOTA Guedes [mailto:mmguedes@esel.pt]

Enviada: sexta-feira, 14 de Dezembro de 2012 09:52

Para: Escola Mães d'Água

Assunto: RE: estudo de doutoramento-pedido de autorização

Bom dia

Confirmo a minha disponibilidade para a reunião no dia 9 de Janeiro de 2013 pelas 14,30h.

Serão informados previamente do nº de alunos/turmas para poder convocar os respetivos Diretores de Turma.

Retribuo os votos de Boas Festas

MMGuedes

De: Escola Mães d'Água [escolaquamater@mail.telepac.pt]

Enviado: sexta-feira, 14 de Dezembro de 2012 9:31

Para: MARIA MARGARIDA NOGUEIRA MOTA Guedes

Cc: aseber@sapo.pt; ester.guerreiro@██████████

Assunto: RE: estudo de doutoramento-pedido de autorização

Bom dia

No seguimento da vossa solicitação agendamos a reunião para o dia 9 de Janeiro de 2013 pelas 14,30h.

Temos de ser informados previamente do nº de alunos/turmas para poder convocar os respetivos Diretores de Turma.

Com os desejos de boas festas,

O Diretor

Jorge Gomes

De: MARIA MARGARIDA NOGUEIRA MOTA Guedes [mailto:mmguedes@esel.pt]

Enviada: quinta-feira, 13 de Dezembro de 2012 14:32

Para: escolaquamater@mail.telepac.pt

Assunto: estudo de doutoramento-pedido de autorização

Importância: Alta

À Direção do Agrupamento de Escolas Mães D'Água:

Na sequência da reunião desta manhã com a Sr^a Professora Ester Guerreiro passo a descrever alguns aspetos do estudo de doutoramento que estou a desenvolver na Universidade Católica sobre "A saúde dos adolescentes em contextos de pobreza". Este estudo é dirigido a adolescentes dos 15 aos 19 anos de idade e versa a temática dos comportamentos dos adolescentes e dos estilos de vida. Será pedido aos adolescentes que preencham alguns questionários sobre comportamentos relacionados com a sua saúde. Alguns dos adolescentes participantes serão ainda convidados a indicar a sua disposição para participar em entrevistas, na segunda parte do estudo. O investigador garante a confidencialidade e o uso exclusivo dos dados recolhidos para o presente estudo para o qual foi pedida e obtida autorização da Comissão de Ética para as Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, do Ministério da Educação e da Comissão Nacional de Proteção de Dados.

Será ainda necessária para a recolha de dados, a **autorização da Direção do Agrupamento de Escolas Mães D'Água**, dos pais e dos alunos. A identificação dos adolescentes participantes nunca será tornada pública e os contactos com os mesmos serão feitos na escola, no espaço turma quando se tratar do preenchimento dos questionários e, ainda na escola, mas em ambiente de privacidade, no caso das entrevistas.

Por forma a melhor explicitar a finalidade, os objetivos do estudo e clarificar alguns aspetos que julguem de interesse, disponibilizo-me para reunir com a Direção do Agrupamento, com o responsável do Programa de Educação para a Saúde, e diretores de turma, no próximo dia 19 de Dezembro ou 2 de Janeiro pelas 10 horas ou noutra dia e hora que julguem mais convenientes.

Solicito deste modo a autorização da Direção do Agrupamento de Escolas Mães D'Água para a recolha de dados cujo início se prevê para o mês de Janeiro de 2013.

Grata pela atenção que possam dar a este meu pedido,
Com os melhores cumprimentos
MMGuedes

Margarida Mota Guedes

Professora Adjunta

ESEL - Dep. Educação em Enfermagem

Avenida do Brasil, 53-B; 1700-063 LISBOA

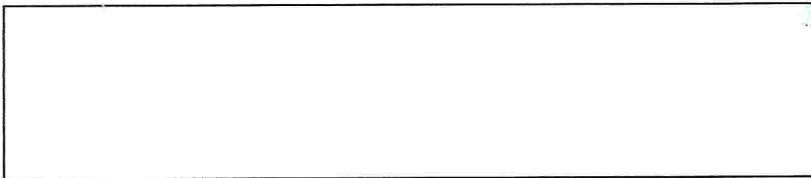
E-mail: mmguedes@esel.pt

Fwd: estudo de doutoramento - pedido de autorização

Direção Miguel Torga [direcao.migueltorga@gmail.com]

Enviado: quinta-feira, 9 de Maio de 2013 16:52

Para: MARIA MARGARIDA NOGUEIRA MOTA Guedes



----- Mensagem encaminhada -----

De: José Cruz <josemoraiscruz@[REDACTED]>

Data: 4 de Abril de 2013 à 23 12:17

Assunto: Re: estudo de doutoramento - pedido de autorização

Para: Direção Miguel Torga <direcao.migueltorga@gmail.com>

Senhora Professora

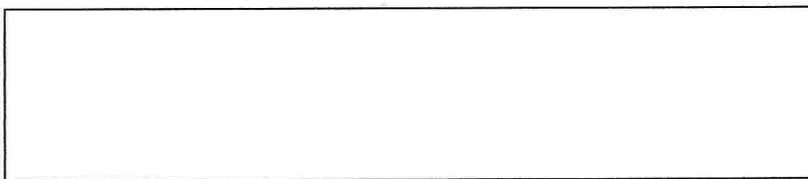
Pela importância do estudo e por estarem preenchidas as questões legais autorizamos a realização do estudo na nossa escola.

Votos de sucesso no trabalho

Disponha

José Carlos Cruz

Em 3 de abril de 2013 17:17, Direção Miguel Torga <direcao.migueltorga@gmail.com> escreveu:



----- Mensagem encaminhada -----

De: MARIA MARGARIDA NOGUEIRA MOTA Guedes <mmguedes@esel.pt>

Data: 3 de Abril de 2013 à 10 17:16

Assunto: estudo de doutoramento - pedido de autorização

Para: "direcao.migueltorga@gmail.com" <direcao.migueltorga@gmail.com>

À Direção do Agrupamento de Escolas Miguel Torga

Na sequência de contacto com o Sr. Diretor do Agrupamento de Escolas Miguel Torga, Dr. José Carlos, passo a descrever alguns aspetos do estudo de doutoramento que estou a desenvolver na Universidade Católica sobre "A saúde dos adolescentes em contextos de pobreza". Este estudo é dirigido a adolescentes dos 15 aos 19 anos de idade e versa a temática dos comportamentos dos adolescentes e estilos de vida. Será pedido aos adolescentes que preencham alguns questionários sobre comportamentos relacionados com a sua saúde. Alguns dos adolescentes serão ainda convidados a indicar a sua disposição para participar em entrevistas. O investigador garante a confidencialidade e o uso exclusivo dos dados recolhidos para o presente estudo para o qual foi pedida e obtida autorização da Comissão de Ética para as Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, do Ministério da Educação e da Comissão Nacional de Proteção de Dados. Será ainda necessária para a recolha de dados, a **autorização da Direção do Agrupamento de Escolas**, dos pais/encarregados de educação e dos alunos. A identificação dos adolescentes participantes nunca será tornada pública e os contactos com os mesmos serão feitos na escola, no espaço turma quando se tratar do preenchimento dos questionários e, ainda na escola, mas em ambiente de privacidade, no caso das entrevistas.

Solicito deste modo a **autorização da Direção do Agrupamento de Escolas** para a realização da recolha de dados .

Com os melhores cumprimentos,
Margarida Mota Guedes

Margarida Mota Guedes

Professora Adjunta

ESEL - Dep. Educação em Enfermagem

Avenida do Brasil, 53-B; 1700-063 LISBOA

E-mail: mmguedes@esel.pt

--
José Carlos da Cruz

ANEXO 8

Formulários de consentimento informado: participantes e pais/encarregados de educação

Formulário de Consentimento Informado

Pais / Encarregados de Educação



Investigação no âmbito do Doutoramento em Enfermagem

Autora: Maria Margarida Nogueira Mota Guedes

(Enfermeira/Professora – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa)

Código: _____

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. No caso de não estar completamente esclarecido não hesite em solicitar mais informações. Se houver a necessidade de contactar o investigador, poderá fazê-lo junto da direção da escola frequentada pelo seu educando, onde encontrará os contactos de telemóvel e de e-mail. Se entender que tudo está em conformidade e, se estiver de acordo com a proposta que lhe é feita, queira assinar este documento.

Este documento contém informação acerca de um estudo intitulado “A saúde do adolescente em contextos de pobreza” a ser realizado por Maria Margarida Nogueira Mota Guedes, professora na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa e doutoranda em Enfermagem na Universidade Católica Portuguesa, em Lisboa, sob orientação da Sr^a Prof^a Dr^a Margarida Vieira. No caso do seu educando ser menor de 18 anos este documento ajudá-lo-á a decidir se autoriza a sua participação no referido estudo podendo, como encarregado de educação, recusar assinar este pedido de consentimento informado, ou declinar a participação do seu educando neste estudo, em qualquer momento.

Finalidade:

A finalidade deste estudo é compreender a razão porque alguns adolescentes que vivem e frequentam escolas situadas em zonas socialmente desprotegidas, escolhem ter uma vida saudável. Espera-se que este conhecimento contribua para melhorar as intervenções de enfermagem no âmbito da promoção da saúde na escola e na comunidade.

Que tipo de colaboração se espera do seu educando se aceitar de modo voluntário participar?

Será pedido ao seu educando que durante cerca de uma hora e trinta minutos, responda a alguns questionários sobre comportamentos relacionados com a saúde dos adolescentes. Estes questionários têm no total cerca de 150 perguntas. Aos questionários será atribuído um código que é aquele que consta neste pedido de consentimento informado. O seu educando será informado de que não deve, em sítio nenhum, colocar o seu nome e tem o direito de se recusar a responder a qualquer questão em particular. Estes questionários serão preenchidos na escola na presença do investigador e/ou de um professor. Dez a doze participantes no estudo, que obtiverem a pontuação mais elevada num dos questionários, serão convidados a indicar a sua disposição para participar em entrevistas, na segunda parte do estudo. Esta entrevista terá lugar na escola, no tempo livre do participante e será áudio-gravada.

Confidencialidade e anonimato: O investigador garante a confidencialidade e o uso exclusivo dos dados recolhidos para o presente estudo para o qual foi pedida e obtida autorização da Comissão de Ética para as Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, do Ministério da Educação e da Comissão Nacional de Proteção de Dados. A identificação dos participantes nunca será tornada pública e os contactos com os mesmos serão feitos na escola, no espaço turma quando se tratar do preenchimento dos questionários e, ainda na escola, mas em ambiente de privacidade, no caso das entrevistas.

Assinatura: Margarida Mota Guedes

Declaro ter lido e compreendido este documento. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar a participação do meu educando neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma aceito que o meu educando participe neste estudo e confio nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo investigador.

Nome: _____

Assinatura: _____ Data:...../...../.....

Assinatura: (o menor deve também assinar , se consentir)

ANEXO 9

Autorização do Ministério da Educação/Direção Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular (DGIDC)

Monotorização de Inquéritos em Meio Escolar: Inquérito nº 0323200003

mime-noreply@gepe.min-edu.pt [mime-noreply@gepe.min-edu.pt]

Enviado: quarta-feira, 5 de Setembro de 2012 14:42

Para: MARIA MARGARIDA NOGUEIRA MOTA Guedes; MARIA MARGARIDA NOGUEIRA MOTA Guedes

Exmo(a)s. Sr(a)s.

O pedido de autorização do inquérito n.º 0323200003, com a designação *A saúde do adolescente e a superação da adversidade em contextos de pobreza*, registado em 16-08-2012, foi aprovado.

Avaliação do inquérito:

Exmo(a) Senhor(a)Dr(a). Maria Margarida Nogueira Mota Guedes
Venho por este meio informar que o pedido de realização de inquérito em meio escolar é autorizado uma vez que, submetido a análise, cumpre os requisitos de qualidade técnica e metodológica para tal.
Com os melhores cumprimentos
Isabel Oliveira

DGE

Observações:

a) Compete à Direção de cada Agrupamento/Escola autorizar a realização/aplicação deste estudo. b) Conforme se explicita na autorização nº 6515/2012 da CNPD, deverá ser garantido o anonimato dos participantes e a confidencialidade dos dados recolhidos para além de se obter a prévia recolha do consentimento expresso e informado da pessoa que participa no estudo (quando maior de idade) e também dos alunos (menores de idade) pelo seu encarregado de educação ou seu representante legal. Não deve em caso algum comprometer-se a protecção do cidadão e dos seus dados pessoais (Lei nº67/98 de 26 de Outubro e Lei nº41/2004 de 18 de Agosto) para efeitos de tratamento de dados pessoais por meios total ou parcialmente automatizados.

Pode consultar na Internet toda a informação referente a este pedido no endereço <http://mime.gepe.min-edu.pt>. Para tal terá de se autenticar fornecendo os dados de acesso da entidade.

ANEXO 10

Autorização da Comissão Nacional de Proteção de Dados (CNPd)



AUTORIZAÇÃO N.º 6515 /2012

I. Do Pedido

Maria Margarida Nogueira Mota Guedes, no âmbito da sua Tese de Doutoramento, notificou à CNPD um tratamento de dados pessoais com a finalidade de realização de um estudo sobre o tema “A saúde do adolescente em contextos de pobreza”.

O estudo pretende analisar os padrões de comportamento dos adolescentes que vivem e frequentam escolas em áreas de maior vulnerabilidade social, no que respeita à adoção de estilos de vida saudáveis.

Serão incluídos no estudo adolescentes de ambos os sexos entre os quinze e os dezanove anos de idade, de escolas do ensino básico e secundário dos concelhos de Amadora e de Sintra.

A participação no estudo consistirá no preenchimento pelos alunos de alguns questionários, nos quais será aposto um código, e na realização de uma entrevista aos doze participantes que obtiverem a pontuação mais elevada num dos questionários.

A entrevista será gravada em formato áudio e posteriormente transcrita, sendo o ficheiro áudio imediatamente destruído após a sua transcrição.

Por intermédio dos professores, a investigadora solicitará consentimento informado aos participantes, cuja declaração conservará em local de acesso reservado.

Aos titulares dos dados é assegurado o direito de conhecer e corrigir os dados que lhes respeitem.

A segurança das informações é garantida pela manutenção dos dados em local de acesso reservado.



II. Da Análise

Porque em grande parte referentes à saúde e à vida privada, os dados recolhidos pela requerente têm a natureza de sensíveis, razão pela qual o respectivo tratamento só pode basear-se no consentimento expresso, esclarecido e livre dos titulares dos dados, ou dos seus legais representantes nos termos do disposto no n.º 2 do artigo 7.º da Lei n.º 67/98, de 26 de Outubro.

Por esta razão é necessário o «consentimento expresso do titular», entendendo-se por consentimento qualquer manifestação de vontade, livre, específica e informada, nos termos da qual o titular aceita que os seus dados sejam objecto de tratamento, o qual deve ser obtido através de uma “declaração de consentimento informado” onde seja utilizada uma linguagem clara e acessível.

Nos termos do artigo 10.º da Lei n.º 67/98, a declaração de consentimento tem de conter a identificação do responsável pelo tratamento e a finalidade do tratamento, devendo ainda conter informação sobre a existência e as condições do direito de acesso e de rectificação por parte do respectivo titular.

Os titulares dos dados, de acordo com a declaração de consentimento informado junta aos autos, apõem as suas assinaturas na mesma, deste modo satisfazendo as exigências legais.

A informação tratada é recolhida de forma lícita (artigo 5.º, n.º1 alínea a) da Lei n.º 67/98), para finalidades determinadas, explícitas e legítimas (cf. alínea b) do mesmo artigo).

O fundamento de legitimidade é o consentimento dos titulares dos dados. Porque haverá recolha de dados de menores, terá de haver consentimento a prestar pelos legais representantes. Os próprios menores devem ser ouvidos, e prestar o seu consentimento atendendo à sua idade e maturidade. O estudo deve ter em conta o superior interesse da criança.



III. Da Conclusão

Em face do exposto, a Comissão Nacional de Protecção de Dados (CNPD) autoriza o tratamento de dados pessoais *supra* apreciado, nos termos do n.º 2 do artigo 7.º, da alínea a) do n.º 1 do art. 28.º e do n.º 1 do art. 30.º da Lei n.º 67/98, de 26.10, consignando-se o seguinte:

Responsável pelo tratamento: Maria Margarida Nogueira Mota Guedes

Finalidade: Estudo sobre o tema “A Saúde do adolescente em contextos de pobreza”.

Categoria de Dados pessoais tratados: código do participante, dados sócio demográficos (idade, sexo, país de origem, país de origem dos pais, escolaridade do inquirido e dos seus pais, profissão dos pais, n.º de reparações, com quem vive, n.º e idade dos irmãos, n.º de divisões da habitação), beneficia de apoio no âmbito da Acção Social Escolar, características da zona onde habita, oportunidades de participar em projetos e atividades na escola, escala de resiliência, questionário do sentido de coerência, questionário sobre o local de controlo de saúde, questionário de autoavaliação da personalidade e questionário de perfil do estilo de vida do adolescente.

Entidades a quem podem ser comunicados: Não há.

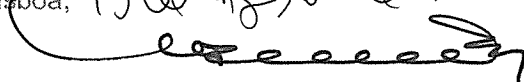
Formas de exercício do direito de acesso e retificação: Junto da responsável pelo tratamento dos dados.

Interconexões de tratamentos: Não há.

Transferências de dados para países terceiros: Não há.

Prazo de conservação dos dados: As gravações devem ser destruídas imediatamente após a sua transcrição. Já o código dos participantes deve ser destruído um mês após a defesa da Tese.

Lisboa, 13 de Agosto de 2012



Helena Delgado António (Relatora)

