



**AVENTURA SOCIAL:
PROMOÇÃO DE COMPETÊNCIAS E
DO CAPITAL SOCIAL PARA UM
EMPREENDEDORISMO COM SAÚDE
na ESCOLA e na COMUNIDADE**

VOL. 1 ESTADO DA ARTE

**MARGARIDA GASPAR DE MATOS
Gina TOMÉ**

COORDENADORES

 **placebo
EDITORA**

C5



**Aventura Social: Promoção de Competências e do
Capital Social para um Empreendedorismo com Saúde na
Escola e na Comunidade**

Volume 1 - Estado da Arte: Princípios, actores e contextos

Gina Tomé & Margarida Gaspar de Matos (eds)

*Titulo: Aventura Social: Promoção de Competências e do Capital
Social para um Empreendedorismo com Saúde na Escola e na
Comunidade*

Volume 1 - Estado da Arte: Princípios, actores e contextos

1ª Edição.

Abril 2012

ISBN- 978-989-8463-33-3

Capa: Paula Mangia

Logotipia Aventura Social: Pedro Leitão

Composição: Paula Mangia

Fotos: Ricardo Machado

Lisboa: Placebo, Editora LDA.

Membros da Equipa Aventura Social que colaboraram neste trabalho:



Margarida Gaspar de Matos, Psicóloga, Professora Catedrática na ULisboa, doutorada pela FMH/ UTL com agregação pelo IHMT/UNL. Membro da Comissão Coordenadora do CMDT/IHMT, Coordenadora Nacional do projeto Aventura Social que inclui os projetos europeus HBSC/OMS, KIDSCREEN/EU, TEMPEST/EU; DICE/EU; RICHE/EU; Y- SAV- Youth Sexual

Violence/EU. Coordenadora do Projeto UL Saudável /Gabinete de apoio Psicológico ULisboa. Coordenadora do Projeto DreamTeens



Celeste Simões, Doutora em Educação Especial, Mestre em Psicologia Social, Fisioterapeuta, Professora auxiliar com agregação na FMH/ UTL & CMDT/ IHMT/UNL. Membro do CMDT/UNL. Co-Coordenadora Nacional do projeto Aventura Social que inclui os projetos europeus HBSC/OMS, KIDSCREEN/EU, TEMPEST/EU; RICHE/EU; Y- SAV- youth Sexual Violence/EU.

Coordenadora do Projeto Europeu RESCUR. Membro da equipa Dreamteens



Luis Calmeiro; Lic Educação Física e Desporto, Mestre em Psicologia do Desporto, doutorado na Florida State University, EUA, em Psicologia de Educação, (com especialização em Psicologia do Desporto). Professor de Psicologia do Exercício e da Saúde na Universidade de Abertay, Reino Unido. Pertence a equipa portuguesa do HBSC/OMS.



Tania Gaspar, Psicóloga, Doutorada em Psicologia, Mestre em Saúde Pública. Diretora do Instituto de Psicologia e Ciências da Educação na Universidade Lusíada de Lisboa. Diretora do Jornal da Criança e do Adolescente Psicologia. Coordenadora executiva nacional do Estudo Europeu TEMPEST /UE e KIDSCREEN / UE . Membro do HBSC/OMS e do

CMDT/UNL; Investigadora dos projetos europeus HBSC/ OMS; RICHE/EU; Y- SAV- Youth Sexual Violence/EU. Membro da equipa Dreamteens



Inês Camacho, Psicóloga, Mestre em Terapias Comportamentais e Cognitivas e Doutorada em Ciências da Educação especialidade em Educação para a Saúde. Pertence à equipa do Projeto “Aventura Social”. Desenvolvimento de trabalhos de investigação na área de promoção de comportamentos de saúde e prevenção de comportamentos de risco na adolescência e no relacionamento dos jovens com a família. Integra a equipa de intervenção do Gabinete de Aconselhamento Psicológico (GAP) da ULisboa. Investigadora do CMDT/IHMT. Membro da equipa Dreamteens. Investigadora posdoc no CMDT/IHMT.



Gina Tomé, Psicóloga, Mestre em Terapias Comportamentais e Cognitivas e Doutorada em Ciências da Educação, especialidade em Educação para a Saúde. Investigadora da equipa do projeto “Aventura Social”, nas áreas da Promoção da Saúde, Resiliência, Promoção das Competências Pessoais e Sociais, Promoção e Prevenção de Comportamentos de Risco na Adolescência, Relação dos Adolescentes com o Grupo de Pares. Integra a equipa de intervenção do Gabinete de Aconselhamento Psicológico (GAP) da ULisboa. Investigadora do CMDT/IHMT. Coordenadora executiva do projeto europeu RICHE. Membro da equipa Dreamteens. Membro da equipa Dreamteens: Investigadora posdoc na FCM/UNLisboa,



Mafalda Ferreira, Psicóloga, Doutorada em Ciências da Educação, especialidade em Educação para a Saúde. Pertence à equipa do Projeto “Aventura Social”. Desenvolvimento de trabalhos e investigação na área da Promoção das Competências Pessoais e Sociais, na Promoção de Comportamentos de Saúde e Prevenção de Comportamentos de Risco na Adolescência, Resiliência, Formação de Pares e Mentoria nomeadamente na área do Consumo de Substâncias. Integra a equipa de intervenção do Gabinete de Aconselhamento Psicológico (GAP) da ULisboa. Investigadora do CMDT/IHMT. Coordenadora executiva do projecto europeu DICE. Membro da equipa Dreamteens



Marta Reis, Psicóloga Clínica, Mestre em Sexologia, Pós-graduada na Abordagem da Sexualidade do Adolescente e Doutorada em Ciências da Educação, especialidade em Educação para a Saúde. Trabalha em Investigação e Intervenção no Projeto "Aventura Social" no âmbito da Promoção das Competências Pessoais e Sociais, da Promoção de Comportamentos de Saúde e Prevenção de Comportamentos de Risco dos Jovens, nomeadamente na área da Saúde Sexual e Reprodutiva, Educação Sexual e VIH/Sida. Integra a equipa de intervenção do Gabinete de Aconselhamento Psicológico (GAP) da UTL. Investigadora do CMDT/IHMT. Coordenadora executiva do projeto europeu Y- SAV- Youth Sexual Violence/EU. Investigadora posdoc no CMDT/IHMT. Membro da equipa Dreamteens



Lúcia Ramiro, Professora, Mestre em Sexologia, Pós-graduada na Abordagem da Sexualidade do Adolescente e Doutorada em Ciências da Educação, especialidade em Educação para a Saúde. Trabalha em Investigação e Intervenção no Projeto "Aventura Social" no âmbito da Promoção das Competências Pessoais e Sociais, da Promoção de Comportamentos de Saúde e Prevenção de Comportamentos de Risco dos Jovens, nomeadamente na área Educação Sexual e VIH/Sida. Integra a equipa de intervenção do Gabinete de Aconselhamento Psicológico (GAP) da ULisboa. Investigadora do CMDT/IHMT. Coordenadora executiva do projeto europeu Y- SAV- Youth Sexual Violence/EU. Membro da equipa Dreamteens



Paula Lebre Lic Educação Especial Reabilitação, Mestre em Educação Especial, Professora Auxiliar, doutorada pela FMH/ULisboa. Coordenadora Nacional do projeto Leonardo/CE e PEPE/CE. Membro do CMDT/UNL. Membro da equipa Dreamteens



Lúcia Canha, Lic Educação Especial Reabilitação, Mestre em Terapias Comportamentais e Cognitivas, bolsista de doutoramento da FCT. Diretora Técnica da Associação de Paralisia Cerebral de Odemira. Trabalho de investigação na área da Promoção de Competências Pessoais e Sociais e na Promoção da Saúde em crianças e jovens com deficiência.



Teresa Santos, Licenciada e Mestre em Psicologia Clínica, frequenta Pós-Graduação em Psicoterapia Cognitiva-Comportamental e Doutoranda CMDTLA/UNL e FMH/ULisboa, bolsista de doutoramento da FCT. Trabalha no Projeto "Aventura Social" e colabora como psicóloga clínica na equipa de intervenção do Gabinete de Aconselhamento Psicológico (GAP) da ULisboa e no Gabinete de Aconselhamento Psicológico e Promoção de Saúde (GAPPS) da Universidade Lusíada de Lisboa (ULL). Membro da equipa Dreamteens



Nuno Loureiro, Professor de Educação Física, Mestre em Ciências da educação especialidade Educação para a Saúde pela Faculdade de Motricidade Humana no ano de 2004. Doutor em Ciências da Educação especialidade Educação para a Saúde pela Faculdade de Motricidade Humana no ano de 2011. Docente na Escola Superior de Educação de Beja/ Instituto Politécnico de Beja desde o ano de 1999. Membro da equipa Projeto Aventura Social, do CMDT/IHMT .



António Borges, Tem feito percurso académico na área das Ciências Humana, nomeadamente na Psicologia e Ciências da Educação. Doutorado em Ciências da Educação, especialidade em Educação para a Saúde Nos últimos anos tem integrado a Equipa Aventura Social da Faculdade de Motricidade Humana, Universidade de Lisboa, onde tem levado a cabo alguns estudos sobre o bem-estar e a saúde positiva dos adolescentes portugueses. Foi na Especialidade da Educação para a Saúde que desenvolveu a sua dissertação de doutoramento. Ao longo dos anos tem organizado e participado em múltiplas actividades com adolescentes. Também se tem dedicado à formação de pais, animadores sócio-culturais e professores.



Susana Veloso Psicóloga Clínica e Desportiva, pela Universidade de Coimbra e do Minho, Doutorada em Ciências da Educação, especialidade em Educação para a Saúde, pela Universidade de Lisboa. Assistente na Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologia



Paulo Gomes, Licenciado em Psicologia do Desporto e Actividades Físicas e Mestre em Terapias Comportamentais e Cognitivas pela Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias. Doutorando da Faculdade de Motricidade Humana, Bolseiro da Fundação para a Ciência e a Tecnologia. O seu trabalho está centrado nos processos de Savoring (Capacidade para Usufruir) e Resiliência, com vista à promoção da saúde e estilos de vida saudáveis.

Membro da equipa Dreamteens

Outros colaboradores (ordem alfabética):

Ana Guisantes Zayas
Edwiges Silvares
Electra González
Francisca Cruz Sanchez
Isa Figueira
João Sixpenxe
José Messias
Juan Mila Demarchi
Julieta Rodríguez Rojas
Márcia Melo
Maria Alba Correia
Matilde Molina Cintra
Noemí Coello Pérez
Paulo César Ribeiro
Silvia León Reyes
Terezinha Rocha de Almeida

Índice

Introdução	9
Margarida Gaspar de Matos	
Saúde e desenvolvimento	11
Margarida Gaspar de Matos	
A saúde constrói-se	15
Margarida Gaspar de Matos	
Resiliência, saúde e desenvolvimento	19
Celeste Simões	
Contextos, competências e bem-estar dos	43
António Borges	
Savoring: perante um acontecimento positivo	61
Paulo Gomes	
Saúde e diversidade cultural	74
Tânia Gaspar	
O grupo de pares na adolescência	89
Gina Tomé	
A família na adolescência	100
Inês Camacho	
Prática de Atividade Física e Desporto	111
Nuno Loureiro	
Intervenção na obesidade pediátrica	147
Susana Veloso	
Competências de vida e estilos de vida ativos	174
Luis Calmeiro	
Jovens e Sexualidade	193
Marta Reis e Lúcia Ramiro	
Comportamentos auto-lesivos na adolescência	205
Marta Reis, Isa Figueira, Lúcia Ramiro e Margarida Gaspar de Matos	
Violência entre pares no contexto escolar	219
Margarida Gaspar de Matos, Celeste Simões e Tânia Gaspar	
Adolescência, estilos de vida e lazer	241
Mafalda Ferreira	
Doença crónica na adolescência	252
Teresa Santos	
La promoción de la salud durante de la adolescencia	269
Julietta Rodriguez Rojas	
Adolescencia necesidades & problemas	290
Francisca Sanches, Matilde Cintra, Silvia Reyes Ana Zayas e Noemi Pérez	
Depresion subclinica en la adolescencia	300
Francisca Cruz Sanches	
Educación Sexual en Chile	310
Electra González	
Programa de Educación Psicomotriz en Jardines Públicos de Uruguay.	312
Juan Mila Demarchi	
Livre do desconhecimento sobre o HIV, SIDA e ITS	314
João Sixpenxe	
Crianças com dificuldades de interação no ambiente escolar: uma intervenção multifocal	317
Edwiges F.M. Silvares e Márcia H.S. Melo	
Programa Saúde na Escola do Governo de Minas Gerais	321
Paulo César Pinho Ribeiro	
Programa de Estudos da Saúde do Adolescente	328
Terezinha Rocha de Almeida e Maria Alba Correia	

Introdução

Margarida Gaspar de Matos

A primeira versão escrita do trabalho “*Comunicação e gestão de conflitos na escola*” teve a forma de tese de doutoramento da autora-editora, em 1993. A primeira edição da obra aconteceu em 1997, a segunda em 1998. A terceira versão apareceu em 2005 com um formato em capítulos, publicada sob a forma de manual universitário, em que os capítulos foram escritos por diversos elementos da equipa Aventura Social e, grosso modo, corresponderam às grandes linhas de produção teórica e científica desenvolvidas neste âmbito entre 1993 e 2005. Em 2014 este percurso foi totalmente revisto e atualizado dando origem a esta nova publicação com especial foco na revisão de programas de intervenção utilizados.

A equipa do projeto Aventura Social tem trabalhado em áreas como a promoção de competências pessoais e sociais e a saúde da criança e do adolescente, baseando-se em dados do projeto Europeu HBSC/OMS (havendo para este projeto uma versão nacional, uma versão “autárquica”, uma versão “fora da escola”, uma versão “necessidades educativas especiais” uma versão “universitários” e uma versão “on-line”) e mais recentemente o Kidscreen/EU; o TEMPEST/EU; o DICE/EU; o RICHE/EU; Y-SAV e Dream Teens. Os estudos nacionais e internacionais de financiamento nacional foram inicialmente financiados pelo PES/ME (1994-95), pelo Projeto Vida, pelo Gabinete de Prevenção da Toxicodependência da Câmara Municipal de Lisboa e pelo PEPT 2000-Saúde. Posteriormente, o financiamento foi obtido através da Fundação para a Ciência e Tecnologia, Coordenação da infeção VIH/Sida, Alto Comissariado da Saúde; Instituto da Droga e da Toxicodependência, Ministério da Educação e Casa Pia de Lisboa. Os projetos Internacionais são financiados por agências Europeias.

A equipa agradece ainda à Fundação Calouste Gulbenkian, de quem a editora foi bolseira na sua licença sabática em Brisbane/Austrália (2000). A equipa agradece ainda à FCT os financiamentos de projetos de investigação, de projetos editoriais e de apoio à organização de reuniões,

através do qual foi possível ter dado continuidade a este trabalho (2000-2014), através do qual foi possível integrar na equipa bolsistas de doutoramento da FCT e ainda beneficiar de uma Bolsa de Licença Sabática na América do Sul em 2008.

A equipa é composta por um conjunto de investigadores, alunos de doutoramento e pós doutoramento da FMH/Universidade de Lisboa, do Centro da Malária e Doenças Tropicais/IHMT/UNL e Universidade Lusíada (www.aventurasocial.com).

A presente obra inicia-se com três capítulos introdutórios de carácter de enquadramento geral e sistémico. Seguem-se 14 capítulos temáticos de diversas áreas da saúde e da educação. Continuamos com algumas ilustrações de programas educativos na área da saúde, educação e comportamento social que desenvolvemos nos últimos anos. Terminamos com alguns contributos Latino Americanos.

Saúde e desenvolvimento

Margarida Gaspar de Matos

Desenvolver, etimologicamente significa “des-envolver”, “cessar a confusão” (Dicionário da Língua Portuguesa da Academia das Ciências de Lisboa, vol. I, 2001). Implica um aumento de complexidade mas também de clareza de processos e inclui o aumento de possibilidades para todos, nomeadamente na área da saúde e da educação, com aumento de recursos necessários à qualidade de vida. O progresso económico, a nível dos países, não se identifica totalmente com uma melhor situação em matéria de saúde. Os cuidados de saúde são até prejudicados por alguns fatores nefastos ligados ao progresso económico.

A transição em saúde tem implicações sérias em termos de cuidados e serviços de saúde. Numa perspetiva mundial a globalização leva a que alguns países tenham um contacto simultâneo com o melhor e o pior dos países industrializados. Associado ao desenvolvimento vem o consumo abusivo de bebidas alcoólicas, o consumo de tabaco e drogas, a alimentação sem qualidade e rica em gorduras, o sedentarismo, os acidentes (nomeadamente sob o efeito de álcool e drogas), os comportamentos sexuais de risco (nomeadamente sob o consumo de álcool e drogas) e ainda o forte apelo ao consumo com um potencial efeito secundário em termos de criminalidade para os mais desfavorecidos.

A ajuda humanitária de emergência em resposta a catástrofes naturais ou a conflitos armados começa muitas vezes por ser assistencial nos casos em que há problemas de fome, sede, abrigo, sanidade básica, mas logo que possível urge uma mudança de estratégia de intervenção mais virada para a capacitação e participação da população, para o desenvolvimento de recursos locais, para ações sustentáveis. Só então se poderá verdadeiramente falar de qualidade de vida das populações.

Antes dos anos 70, a intervenção de ajuda externa baseava-se num modelo assistencial em situações limite e não aumentava a competência, a participação e autonomia das regiões nem o desenvolvimento de recursos locais. Nos últimos 40 anos o estudo e investigação na área da Saúde

Internacional tiveram dois focos principais – as doenças tropicais e a saúde infantil. O interesse pelas doenças tropicais veio dos antigos regimes coloniais e cresceu com as doenças dos expatriados das colónias que eram raras ou mesmo inexistentes na Europa. O foco em doenças infantis veio da constatação de que a mortalidade infantil em países em desenvolvimento tinha a ver com um pequeno número de doenças contagiosas (em conjunto com peso baixo à nascença, subnutrição e fatores ambientais adversos) tornando eficazes processos de vacinação e redução de exposição aos riscos e dando origem ao que agora se chama saúde materno-infantil. Os países foram desenvolvendo programas nestas áreas deixando desprotegida a chamada saúde do adulto: cancro, doenças cardiovasculares, problemas pulmonares crónicos obstrutivos, diabetes, e IST (com exceção do VIH/Sida).

Atualmente, a população-alvo da Saúde Pública nos países jovens enfrenta uma industrialização e uma urbanização desordenadas, crises económicas generalizadas e, muitas vezes, alguma turbulência e instabilidade política que dificultam uma continuidade na organização dos serviços de educação e de saúde e noutras medidas de promoção da saúde das populações. Esta alteração ambiental acarretou novos riscos, novos comportamentos. A urbanização associou-se a mudanças da estrutura da família, à violência doméstica e duplicou a taxa de alcoolismo. Do ponto de vista da distribuição demográfica, previa-se que de 1990 a 2025, a população urbana nos países em desenvolvimento iria triplicar de 1400 milhões para 3800 milhões (Relatório das Nações Unidas de 1987¹). A maior parte destas pessoas irá viver em bairros suburbanos descaracterizados, poluídos e com graves perigos para a saúde. O relatório da Conferência de Alma-Ata promovida pela OMS em 1978 recomenda que os serviços de saúde, nomeadamente os que estão ligados a intervenções transculturais não se obstinem num desenvolvimento impessoal, quando pretendem ir ao encontro da intimidade das populações em questões como a vida, a morte, o amor, a felicidade, a doença. Constata-se que muitos aspetos da vida do quotidiano, das relações entre as pessoas e das pessoas com o ambiente são relevantes para a sua saúde. A generalização abusiva de estratégias de organização

¹ Phillips, D. & Verhasselt, Y. (1994) Health and Development, NY: Routledge

de cuidados de saúde a contextos, culturas e religiões diferentes de onde primeiro se implementaram tem custos graves e contornos de “*condescendência e etnocentrismo*” entre culturas.

Falando de especificidade cultural verifica-se que várias condições de doença são ainda atribuídas a causas de carácter místico e mágico: o fado, o astral, a má sorte, à violação de um tabu, a espíritos ou bruxaria² sublinhando o papel das crenças e das expectativas das populações na adoção de medidas de proteção da sua própria saúde e o papel que pode ter a obtenção da sua confiança por interação com “equivalentes” locais (agentes de saúde local, curandeiros, magos). Hofstede³ refere algumas especificidades culturais com efeitos nas relações entre as pessoas: a dimensão **coletivismo-individualismo** (coletivismo mais comum no Panamá e Equador e individualismo nos EUA e Austrália); a distância interpessoal para relações de poder (alta na Malásia; baixa na Dinamarca); o **sentimento de ameaça pelo desconhecido**, associada à defesa e à agressão (máximo na Grécia e Portugal, mínimo na Dinamarca e Singapura); a dimensão das **diferenças feminino-masculino** (máximo no Japão e Áustria, mínimo na Suécia e Noruega), a dimensão do **curto e longo prazo** (mais longo na China e o mais curto no Paquistão e Nigéria).

Os hábitos específicos associados a comportamentos de risco e de proteção para a saúde apresentam alguma estabilidade entre culturas, embora as motivações das pessoas para a proteção da sua saúde só ocorram quando há alguma estabilização prévia dos processos de sobrevivência e segurança pessoais, isto é em geral fora de contextos de guerra ou catástrofe. A escolarização das populações é um pilar fundamental e têm-se vindo cada vez mais a demonstrar os efeitos positivos da educação e formação na melhoria de vida das populações. A educação das mães influencia a saúde dos filhos muito para além da procura e da adesão aos cuidados de saúde, através de práticas domésticas saudáveis no dia a dia, do acesso a uma maior diferenciação económica e da maior complexidade verbal e cognitiva. Um complexo e urgente caminho decorre desde a escolarização das mães até uma redução da mortalidade e da

² Basch, P. (1990) Textbook of International health, Oxford: Oxford press

³ Gallois, C. & Callan, V. (1997). Communication and culture. Brisbane: Wiley

fertilidade⁴ e aumento da escolha e manutenção de estilos de vida com mais saúde. Mas estes fatores têm um efeito de acumulação entre gerações e apontam para o futuro.



As transições em saúde, positivas e negativas, caracterizam as condições do nosso tempo. Com otimismo descreve-se a diminuição da mortalidade infantil, o aumento da esperança de vida à nascença e o desaparecimento ou controlo da maior parte das doenças contagiosas. Uma visão mais negativa aponta o aumento descontrolado do HIV/sida, as perturbações da saúde mental, os conflitos étnicos e o aumento da violência e dos consumos. De salientar que nos últimos dois anos o empobrecimento e endividamento dos “países desenvolvidos” e o enriquecimento dos “países em desenvolvimento” vêm juntar a este movimento outros contornos curiosos, em relação a cujas consequências apenas podemos especular. Aumentam em número e em riqueza os “ricos dos países pobres” e aumentam em número e em pobreza os “pobres dos países ricos”. Neste mosaico cruzam-se fatores como a saúde (a valorização da saúde e o acesso à saúde), com fatores como a escolarização (a valorização da escolarização e o acesso à escolarização), com outros fatores de caráter mais sociopolítico (a valorização da democracia e o acesso à democracia; a valorização de um clima social de não violência; a valorização da solidariedade social e das relações de vizinhança; a valorização e preservação do património cultural) e ainda fatores essencialmente económico (o acesso a bens de consumo, o desemprego, o endividamento das famílias). Com otimismo, descreve-se a uma nova ordem social e o aparecimento de novas oportunidades que exigem novas competências.

⁴ LeVine, R.; LeVine, S. Richman, A.; Uribe, F. & Correa, C. (1994) Schooling and survival: the impact of maternal education on health and reproduction in the third world, in L. Chen, A. Kleinman & N. Ware (Eds.) Health and Social Change in International perspective (303-338), Boston: Harvard press

A saúde constrói-se

Margarida Gaspar de Matos

O relatório *Reduzindo riscos e promovendo uma vida saudável* que a OMS publicou em 2002 sublinha a importância dos comportamentos na saúde. Ali, a OMS aponta dez fatores evitáveis que contribuem para o risco na Saúde Global e que são responsáveis por um terço de mortes no mundo: o sexo não protegido, o consumo de tabaco, o abuso do álcool, a hipertensão, a utilização de água não potável, a falta de saneamento básico e de higiene, a subalimentação, a obesidade, o fumo de combustíveis sólidos no interior das habitações, a hipercolesterémia e a deficiência de ferro. Acrescentaríamos aqui os acidentes rodoviários e a violência (autoviolência, social, sexual e doméstica). A todos estes fatores se associam graves problemas de saúde tais como as doenças cardiovasculares, as doenças cérebro-vasculares, o cancro do pulmão e outras doenças crónicas do pulmão, a infeção pelo VIH/Sida e ainda os problemas de saúde mental.

Curiosamente, uma das causas de morte nos países em desenvolvimento, a subnutrição, é no seu oposto uma das causas de morte nos países chamados desenvolvidos, a obesidade e doenças relacionadas. A obesidade aparece associada ao desenvolvimento de um país com o aumento do sedentarismo, excesso de ingestão calórica e ingestão de alimentos muito gordos, salgados e doces e com pouca fibra, que vêm rapidamente substituir a alimentação tradicional mais saudável e rica em fibra. A obesidade substitui a subnutrição ou coexiste com ela (por exemplo crianças obesas mas subnutridas no que respeita a nutrientes fundamentais para o seu crescimento saudável). Diz-se por vezes que a obesidade é a doença dos “ricos de países pobres” e dos “pobres dos países ricos”. Com a crescente rapidez do desenvolvimento de países novos, o grande desafio é mesmo que não se torne “a doença de todos”. A prevenção da doença e a promoção da saúde tomam cada vez maior importância para a melhoria da saúde global. A transição demográfica (o aumento da população mais velha devido ao aumento da esperança média de vida e à diminuição do número de nascimentos) acompanha-se de uma transição dos riscos: uma

coexistência das doenças infecciosas tradicionais e das doenças crônicas não contagiosas, associadas à poluição, ao consumo de álcool, tabaco e drogas, à alimentação industrial, ao sedentarismo. À medida que nos tornamos uma “aldeia global” aumenta a probabilidade de coexistência das duas situações: juntam-se a (ainda) fraca organização dos serviços de saúde, as lacunas da saúde preventiva, as deficiências em termos do acesso à saúde e da implementação de programas específicos de saúde (saúde sexual e reprodutiva, saúde materno-infantil, saúde do adolescente), com o pior dos países fortemente industrializados (poluição, doenças do stress, perturbações da saúde mental, necessidade de serviços para condições crônicas de saúde, cuidados continuados, cuidados paliativos). Lalonde⁵ tinha sublinhado a poluição ambiente, a vida citadina com stress familiar e laboral, o anonimato social, os hábitos de sedentarismo, a apatia e desinteresse pela vida, o abuso de álcool, tabaco e drogas e a mudança nos padrões alimentares (*os prazeres dos sentidos para além das necessidades do corpo*), e alertou para a necessidade da reorganização dos Serviços de Saúde. Richmond⁶ já reconhecia que a maior taxa de doença e mortalidade prematura tem a ver com o consumo de tabaco, álcool e drogas, e os riscos de acidentes, nomeadamente motorizados referindo que 50% das mortes prematuras têm a ver com comportamentos de risco e estilos de vida pouco saudáveis.

As intervenções no âmbito da promoção da saúde sofreram alterações desde os anos 80 associadas a mudanças sociais mais vastas, nomeadamente no que diz respeito à redefinição do papel da mulher (no trabalho e no casal), à mudança do conceito de família (famílias com um só progenitor ou pelo contrário muito numerosas), às grandes migrações, aos conflitos armados, às desigualdades económicas e no acesso à saúde e à educação, à alteração do padrão de vida nas sociedades do mundo global (com as grandes superfícies anónimas dos *Shoppings* em vez das lojas de bairro), ao acesso ao crédito bancário, à ausência de padrões de interação

⁵ Lalonde, M. (1974) A new perspective on the health of Canadians. Ottawa: Information Canada

⁶ Richmond (1979) Healthy people: The surgeon general's report on health promotion and disease prevention, (doc. 017 001-0041602) USA Dept of health, Education and welfare: Washington DC: US Gov Printing Office

familiar (p. e. sem refeições em família ou sem convívio entre pais e filhos) e ainda ao aumento da consciência ambiental e da própria saúde. Para ter qualidade de vida precisamos de ter saúde e de nos sentir felizes. A sociedade moderna acarreta novos desafios que podem comprometer essa qualidade de vida. O “pós-modernismo” é (foi?) sem dúvida um tempo de excesso, de abundância e de desperdício, e as transições económicas bruscas apresentam um risco acrescido de desequilíbrio no confronto com o “poder da imagem” e na coexistência de vários níveis de problemas. Por um lado as (ainda) frágeis condições de vida (com situações de pobreza, desigualdade de acesso aos serviços de educação, saúde e justiça, carências de habitação, falta de emprego ou empregos precários), por outro lado, os estilos de vida pouco saudáveis (alimentação ou bebida em excesso, consumo de tabaco e drogas, sedentarismo, sexo não protegido, stress no dia a dia, violência doméstica, social, sexual ou sobre menores), Há por outro lado uma profunda mudança nas redes sociais de apoio (família, vizinhos, amigos, grupos na escola ou emprego, igreja, clubes) que favorece o isolamento e a solidão. São tempos de desafio onde, apesar de se caminhar no sentido de um modelo ecológico da saúde existe ainda um longo caminho até ao reconhecimento de que a promoção e proteção da saúde e a prevenção e tratamento das doenças são duas faces da mesma moeda e que tanto as pessoas como a comunidade como os governos têm responsabilidades na saúde das populações. A escolarização das populações é um forte aliado.

A mensagem é clara: a saúde constrói-se e mantém-se **na família**, através de uma boa comunicação interpessoal, de um interesse dos pais pela vida dos filhos e de um apoio dos pais na autonomia e na tomada responsável de decisões, **no grupo social**, através da construção e da partilha emocional e afetiva no espaço interpessoal, **na escola e no local de trabalho**, através da valorização pessoal e profissional e **dentro de cada um**, através da promoção de competências pessoais e interpessoais que permitam uma eficaz autorregulação e uma escolha de estilos de proteção da saúde face aos riscos, desafios, ameaças e problemas que todos temos no dia a dia. Não se pode perder o “bosque pelas árvores”: a promoção da

saúde e da educação de um País implica uma grande responsabilidade por parte dos decisores políticos no sentido de a tornar possível, continuada e parte integrante da rotina da sociedade, na escola, nos locais de trabalho, nas unidades de saúde e pelas ruas das aldeias e cidades. Relatórios de saúde que incluem jovens adolescentes em idade escolar indicam que tanto em Portugal como noutros países, a saúde e a educação dos jovens tem vindo a melhorar num grande conjunto de indicadores desde 2002⁷. Poderemos sem esforço sugerir que as medidas na área da Educação para a Saúde tomadas a nível nacional e internacional a partir de meados desta década (2000-2010) que deram força e sustentabilidade a preocupações e ações que já anteriormente se desenhavam junto dos profissionais, das famílias e dos decisores políticos, foram a revitalização necessária para esta melhoria da qualidade de vida da população jovem e permitiram a Portugal situar-se na vanguarda da inovação europeia na área da Educação para a Saúde^{8 9 10}. Em situações de contenção é necessária uma análise criteriosa das situações antes da opção relativa à orientação e efeitos dessa contenção. Parafraseando um dito comum “se a saúde e a educação ficam caras, tente-se fazer contas à ignorância e à doença”.

⁷ Matos, MG et al, 2002, 2006,2010 em www.aventurasocial.com e Currie, C. et al 2004, 2008, 2012 em www.hbsc.org

⁸ **Matos, M.G.**, Batista, M. I., Simões, C., Gaspar, T., Sampaio, D., Diniz, J. A., Goulão, J., Mota, J., Barros, H., Boavida, J., & Sardinha, L. (2008). Portugal: from research to practice – promoting positive health for adolescents in schools. In *Social cohesion for mental well-being among adolescents*. WHO/HBSC FORUM 2007. Copenhagen, Denmark

⁹ **Matos, M.G.**, Fonseca, H., Tavares, H., Batista, I., Goulão, J., Pereira, A., Sampaio, D., Vilar, D., Frasquilho, M., Ramos, S., Diniz, A., Tavira, L., Simões, C., Lebre, P., Gaspar, T. & The Social Adventure Project Team (2009). Portugal: Youth-friendly health services and policies. In Baltag, V. & Mathieson, A. (Eds.), *Youth Friendly Health policies and services in the European region. Sharing experiences* (based upon the presentations and group discussions at the Meeting on Youth-Friendly Health Policies and Services held in Edinburgh on 2009). WHO

¹⁰ **Matos, M.G.**, Simões, C., & Gaspar, T. (2009). Nationality versus poverty: highlights and recommendations regarding interventions with migrants adolescents in Portugal based on findings from HBSC survey: Case Study 4: Portugal (pp. 35-59). In *In International Organization for Migration (IOM). Foreign-born Children in Europe: an Overview from Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) study*. Copenhagen WHO & International Organization for Migration (IOM). Brussels, Belgium

Resiliência, saúde e desenvolvimento

Celeste Simões

Ao longo da nossa vida somos confrontados com desafios que nos proporcionam fascinantes descobertas acerca de nós próprios e do mundo que nos rodeia. No entanto, estes desafios também podem constituir fatores de risco para um bom ajustamento. Tavares (2001) refere-se à pessoa resiliente como alguém “...flexível, aberto, criativo, livre, inteligente, emocionalmente equilibrado, autêntico, empático, disponível, comunicativo, capaz de resistir às mais variadas situações mais ou menos complicadas e difíceis, sem partir, sem perder o equilíbrio, por mais adversas que essas situações se lhe apresentem, p.57”. Uma das questões que levantou o interesse por esta área de estudo relativamente recente foi precisamente o facto de indivíduos perante situações de risco não apresentarem sinais de desajustamento, como à partida era esperado, ou um desajustamento a longo prazo ou para toda a vida (Luthar & Zigler, 1991).

De acordo com a sua origem etimológica (do latim, *resillire*), resiliência quer dizer “saltar para trás”. Segundo Garnezy (1993), por definição, a resiliência constitui uma qualidade elástica, que envolve a capacidade de distender sob o efeito do stress e depois voltar ao normal. A resiliência pode assim ser conceptualizada como um tipo de plasticidade ou flexibilidade. A plasticidade fornece um índice através do qual a mudança pode ser medida e, deste modo, a flexibilidade da pessoa para lidar com essa mesma mudança (Staudinger, Marsiske, & Baltes, 1993). Trzesniak, Libório, e Koller (2011) referem que os conceitos de plasticidade e flexibilidade parecem muito similares ao conceito de resiliência. De acordo com os autores, a resiliência requer um sistema (um corpo, uma estrutura ou um aparelho) com um comportamento esperado, um objetivo ou uma finalidade, não sendo apenas um mero processo de deformação ou recuperação. Os autores acrescentam ainda que a resiliência tem em conta o funcionamento do sistema e como tal espera-se que o sistema continue a funcionar dentro

dos limites da normalidade após a sua submissão ao stress, não sendo relevante neste processo a forma que o sistema assume após esta tensão.

Um dos princípios da definição de resiliência é o de que tem de haver risco ou experiências stressantes num determinado período da vida do sujeito (McGloin & Widom, 2001). Nas crianças, o atributo de resiliente envolve a capacidade de ultrapassar fatores de risco aos quais estão expostas e, conseqüentemente, o evitar de conseqüências negativas, tais como a delinquência, problemas de comportamento, desajustamento psicológico, dificuldades académicas e problemas a nível físico (Hauser, Vieyra, Jacobson, & Wertreib, 1985). Alguns autores colocam nas suas definições de resiliência uma ênfase especial nas conseqüências atingidas perante situações de risco. Por exemplo, Rutter (1987) define resiliência como o resultado de processos de proteção que permitem ao indivíduo lidar com sucesso com adversidades. Para Garmezy (1999), a resiliência traduz-se na manifestação de competência, apesar da exposição a fatores de risco significativos. Segundo Masten (1999), a resiliência geralmente refere-se à apresentação de comportamentos desejados, em situações em que o funcionamento adaptativo ou o desenvolvimento estão significativamente ameaçados por acontecimentos ou situações de vida adversas.

Mangham, McGrath, Reid, e Stewart (1995a) definem resiliência como “a capacidade que os indivíduos e sistemas (famílias, grupos e comunidades)



têm para lidar com sucesso com adversidades ou riscos significativos. Esta capacidade desenvolve-se e modifica-se ao longo do tempo, é aumentada por fatores de proteção do indivíduo, sistema ou envolvimento, e contribui para a manutenção ou promoção da saúde, p.4”. Esta definição salienta o facto da

resiliência não se tratar de um traço fixo e estável ao longo do tempo, mas sim sujeito a mudança em função das variações nos fatores de risco e de proteção. A resiliência é assim um processo dinâmico, que se desenvolve a partir das relações que se estabelecem com o meio ao longo da vida (Pereira, 2001), pelo que ser classificado de resiliente numa determinada

altura não implica que essa pessoa continue sempre a ter um bom ajustamento. Também Ungar (2008) apresenta o conceito de resiliência como um processo dinâmico ao referir-se a ele como a capacidade de navegar através dos seus recursos psicológicos, sociais e culturais necessários à manutenção do bem-estar e simultaneamente a capacidade de negociar de forma individual e coletiva, e de forma culturalmente significativa, o acesso a estes recursos. O dinamismo associado ao conceito de resiliência, deixa em aberto a possibilidade de poder promover fatores a ela associados. A resiliência é geralmente vista como um balanço entre o stress e a adversidade, por um lado, e a capacidade para lidar e a disponibilidade de apoio, por outro (Mangham, McGrath, Reid, & Stewart, 1995b). Como diz Werner (1989, 1994), para a resiliência é necessário um equilíbrio entre fatores de risco e de proteção, isto é, se existem mais fatores de risco também são necessários mais fatores de proteção para os compensar. E são precisamente estes fatores de proteção que se podem desenvolver, estimular, ou melhorar, para que seja possível fazer face a riscos que muitas vezes são extremamente difíceis, e por vezes mesmo impossíveis de mudar. Sendo a resiliência um processo positivo que conduz à saúde (Mangham et al., 1995b), parece extremamente importante concentrar esforços na promoção de recursos internos e externos a ela aliados.

Grotberg (1997) apresenta uma definição de resiliência, onde salienta os aspetos base deste conceito, isto é, sucesso apesar da adversidade, mas coloca um enfoque especial no sucesso. Segundo a autora, a resiliência permite em certas situações atingir níveis superiores de desenvolvimento, comparativamente com aquele que existia antes da ocorrência do problema. Para Grotberg, a resiliência é a capacidade que as pessoas têm para suportar, superar e, possivelmente, saírem "superiores" de experiências de adversidade. Esta superioridade, em termos de força e maturidade, é algo bem vincado no conceito de resiliência sugerido pela autora. Como diz Grotberg, a resiliência pode ser encontrada em pessoas, grupos ou comunidades e pode fazer mais forte a vida dos que são resilientes. Um outro aspeto interessante, e de certo modo inovador nesta conceção de

resiliência em relação a outras definições, é a de que esta pode ser promovida não necessariamente por causa da adversidade, mas como antecipação a adversidades inevitáveis (Grotberg, 1995).

O conceito de resiliência perspectiva-se sob a forma de um processo ou resultado de processos que permitem ultrapassar riscos significativos. Esta posição tendo vindo a ser cada vez mais apoiada por diversos autores que referem ser mais conveniente olhar para a resiliência como um processo e não como um traço de personalidade (Luthar, Cicchetti, & Becker, 2000; Trzesniak, et al., 2011) como foi perspectivado em tempos anteriores (apesar de ainda o continuar a ser). Enquadrado nesta última perspectiva a resiliência começou por ser vista por alguns autores como uma capacidade excepcional, que envolveria uma resistência extrema, ou seja como invulnerabilidade. Cowen e Work (1988), por exemplo, referem-se ao conceito de resiliência como sendo análogo ao conceito de invulnerabilidade. Revisões realizadas por alguns autores, encontraram outros termos utilizados como sinónimo de resiliência, e que vão precisamente no sentido de ser inatingível: sobreviventes, heróis, pessoas-modelo (Tarter & Vanyukov, 1999), crianças de ouro (Beauvais & Oetting, 1999), invencíveis (McGloin & Widom, 2001), e invulneráveis (Kaplan, 1999). A invulnerabilidade implica que a pessoa não é atingida (Garmezy, 1993). Contudo, não é isso que geralmente acontece com as pessoas, quer sejam elas resilientes ou não. Ralha-Simões (2001) fala de uma menor vulnerabilidade apresentada por alguns indivíduos, como base da resiliência. Refere ainda que esta menor vulnerabilidade não é devida a um bloqueio à entrada de estímulos do envolvimento, mas sim resultado de uma maior capacidade de adaptação a esses estímulos que lhe permite um continuado ajuste às circunstâncias da vida, mesmo as menos favoráveis. Como referem Beauvais e Oetting (1999), este tipo de perspectiva, de algo fantástico ou transcendente, talvez tivesse lugar pelo facto de se desconhecerem os processos que deram origem ao sucesso. Atualmente alguns desses processos são conhecidos, e a perspectiva que prevalece é a de que a resiliência é hoje entendida mais como um fator de equilíbrio pessoal e social (Tavares, 2001), que permite ter um funcionamento adaptado em situações adversas (Callahan, Rogé, Cardénal,

Cayrou, & Sztulman, 2001), do que como um fator impossível de desestabilizar.

Fatores e Processos Envolvidos na Resiliência

Fatores de Risco

Segundo Kaplan (1999), os fatores de risco são preditores de consequências desfavoráveis ou são manifestações precoces de futuros comportamentos. Coie et al. (1993) referem que os fatores de risco consistem em variáveis que aumentam a probabilidade de aparecimento, de maior gravidade e maior duração de problemas de saúde mental. De acordo com os autores, estes fatores podem ser agregados em diversas categorias, nomeadamente: circunstâncias familiares (baixo estatuto social, conflitos familiares, doença mental, famílias numerosas, fracas ligações com os pais, desorganização familiar, modelos desviantes); dificuldades emocionais (abuso, apatia, imaturidade emocional, acontecimentos de vida stressantes, baixa autoestima, descontrolo emocional); problemas escolares (insucesso escolar, falta de interesse pela escola); contexto ecológico (desorganização comunitária, racismo, desemprego, pobreza extrema); problemas interpessoais (rejeição pelos pares, alienação ou isolamento); défice de competências (baixo Q.I., défice de competências sociais, défice de atenção, dificuldades de aprendizagem, fracos hábitos e competências de trabalho). Para Rutter (1987), o risco refere-se a variáveis cuja presença leva à patologia ou desajustamento. A investigação realizada nesta área está repleta de dados que confirmam a existência deste tipo de associações entre o risco e o desajustamento (Barocas, Seifer, & Sameroff, 1985; Garnezy, 1991a, 1993; Hauser et al., 1985; Masten et al., 1999; Nettles & Pleck, 1996; Robins, John, Caspi, Moffitt, & Stouthamer-Loeber, 1996; Rutter, 1979, 1996; Rutter, Harrington, Quinton, & Pickles, 1994; Werner, 1989, 1994; Werner & Smith, 2001).

O impacto que os fatores de risco têm sobre os indivíduos varia em função de múltiplas variáveis, nomeadamente, das características dos fatores de risco, das características dos indivíduos expostos a estes riscos, e da interação entre os indivíduos e o risco. Masten et al. (1988) realizaram um

estudo, no qual verificaram que as crianças em desvantagem familiar e social eram de um modo geral menos competentes. Os rapazes eram menos competentes socialmente do que as raparigas, e quando o stress era elevado, pareciam menos protegidos pelas qualidades positivas da família, apresentando mais comportamentos disruptivos e de oposição. Nas raparigas, a competência da mãe, em termos de estilo parental, apareceu como uma variável fundamental. As raparigas com poucos recursos, particularmente aquelas que não tiveram uma mãe competente, parecem estar em maior risco de comportamento disruptivo. Parece assim, que uma das características pessoais em interação com os fatores de risco é o género dos indivíduos. O estudo longitudinal de Werner e Smith (2001), realizado no Havai, mostrou também que os fatores que mais contribuem para uma má adaptação aos 40 anos de idade são diferentes para os homens e para as mulheres. Para os homens, os fatores que mais se destacaram foram: o número de acontecimentos de vida stressantes experienciados na primeira década de vida, a necessidade de educação especial aos 10 anos, a exposição a um pai com problemas com o álcool ou problemas mentais na infância e adolescência, os problemas com o consumo de substâncias entre os 18 e os 40 anos, e o número de acontecimentos de vida stressantes na quarta década de vida, constituíram os fatores mais influentes para uma má adaptação aos 40 anos de idade. Para as mulheres, a ocorrência de uma doença grave ou acidentes entre o nascimento e os dois primeiros anos de vida, a morte de um irmão entre os 2 e os 10 anos, a necessidade de cuidados de saúde mental aos 10 anos, a exposição a um pai com problemas com o álcool ou problemas mentais na adolescência, os conflitos na relação com a mãe, e o número de referências em serviços de saúde para problemas de saúde mental durante a adolescência, foram os principais fatores que contribuíram para uma má adaptação na idade adulta.

É importante não confundir fatores de risco com processos de risco. Em qualquer altura da vida, a pobreza e a desvantagem social estão acompanhadas por um aumento do risco de psicopatologia. A pobreza tem um papel crítico no mau desenvolvimento de muitas crianças. Persiste um

ciclo natural nos ambientes empobrecidos que envolve um mau estatuto de saúde, abandono escolar e oportunidades de emprego limitadas. Existe evidência de continuidade entre duas gerações, em cerca de metade das famílias em desvantagem socioeconómica, em relação à inteligência, realização educacional, ocupação, crime e desordens psiquiátricas (Garmezy, 1991b). No entanto, a investigação tem mostrado que é pouco provável que os processos de risco se encontrem na pobreza ou nas más condições de vida por si. Os dados empíricos têm sugerido que os efeitos destas desvantagens estão associados à desorganização e quebra na estrutura familiar geralmente associadas a esses contextos (Rutter, 1996).

A estrutura social da família ou o *background* familiar tem constituído precisamente um dos fatores utilizados para operacionalizar o risco na investigação conduzida na área da resiliência (Gore & Eckenrode, 1996). A família constitui um dos contextos mais importantes ao longo do desenvolvimento do indivíduo. Como tal, é natural que os fatores e processos com ela relacionados se reflitam no ajustamento dos jovens. Fatores relacionados com a estrutura física, social e psicológica das famílias e dos seus elementos, podem ser fatores determinantes para o encontro de dificuldades e, conseqüentemente, de desajustamento a vários níveis. Por exemplo, Werner (1989) apresenta como fatores negativos ligados à família, os irmãos com pouca diferença de idade, ser criado por uma mãe solteira, pai ausente, disrupções familiares e separações durante o primeiro ano de vida. Alguns dos problemas na estrutura familiar mais estudados, inclusive através de estudos longitudinais, são o divórcio, as famílias monoparentais, os maus tratos, as perturbações mentais e a desvantagem socioeconómica.

Também os fatores de stress singulares (Gore & Eckenrode, 1996) têm constituído fatores de risco alvo, no estudo da resiliência. A perceção de um acontecimento como stressante é fundamental para o despoletar do stress. Segundo Lazarus e Folkman (1984), os acontecimentos podem ser vistos como positivos, negativos ou neutros em termos de conseqüências, sendo designados como benignos, stressantes ou irrelevantes. São os acontecimentos percecionados como stressantes que geram stress. A este propósito, Rutter (1996) salienta o papel ativo que as pessoas têm no

impacto dos fatores de risco. As pessoas selecionam e moldam os seus envolvimentos. Um determinado fator de stress ou acontecimento não é vivido por todos indivíduos de uma família da mesma maneira, devido a fatores individuais, à forma como se percebe o acontecimento, ao grau de envolvimento, às interações que se estabelecem e à forma como se percebem e processam essas interações. Assim, é fácil perceber que a forma como se percebe e age sobre os acontecimentos determina uma parte significativa do impacto da adversidade e do stress.

A avaliação de um acontecimento como stressante pode desencadear reações de ansiedade, medo, tristeza, falta de esperança, culpa, zanga, hostilidade, etc. (Garmezy & Rutter, 1985; Ribeiro, 2005). São múltiplos os acontecimentos que podem ser percecionados como ameaças ao bem-estar. Encontram-se referências a pequenos problemas do dia a dia, baixo estatuto socioeconómico (Luthar & Zigler, 1991), perdas pessoais, relações interpessoais cronicamente perturbadas (Garmezy & Rutter, 1985), divórcio, abandono, abuso, alcoolismo, acidentes, doença, morte, assaltos, perda do emprego, mudanças significativas na vida (Grotberg, 1997), fatores relacionados com a saúde física, fatores relacionados com a casa e a vizinhança, fatores relacionados com os filhos, com a família alargada e com os amigos (Moss & Swindle, 1990, cit. in Ogden, 1996), e a perceção de riscos ambientais (Lima, 2004). Evans e Cohen (1987, cit. in Israel & Schurman, 1990) apresentam uma divisão dos acontecimentos stressantes em cinco categorias: acontecimentos significativos de vida, como por exemplo, morte de uma pessoa querida, casamento, divórcio, perda de emprego, nascimento de uma criança, mudança de residência; incómodos do dia a dia, como por exemplo, cumprir os prazos dos trabalhos, reparações em casa, falta de dinheiro, falta de tempo livre; tensões crónicas, que envolvem por exemplo, dificuldades mantidas ao longo do tempo (pobreza, desemprego a longo prazo, racismo, conflitos familiares); acontecimentos catastróficos ou traumáticos, onde se incluem dilúvios, tremores de terra, tempestades, acidentes nucleares, guerras, aprisionamento; stressores ambientais, os mais permanentes e menos modificáveis e que são, entre outros, o caso da poluição do ar e da água, ou

a exposição a ruído crónico no ambiente. Apesar da estrutura familiar e dos fatores de stress singulares constituírem importantes fatores na operacionalização do risco na investigação na área da resiliência, os mais frequentemente utilizados neste campo são os acontecimentos de vida stressantes acumulados (Gore & Eckenrode, 1996).

Os fatores de risco têm influências diretas ou indiretas uns sobre os outros, para além dos seus efeitos aditivos. Um fator de stress pode ter uma influência forte, se existir um ou mais fatores de risco (Kaplan, 1999). O autor dá como exemplo os problemas de saúde mental dos pais que aumentam a probabilidade dos acontecimentos stressantes darem, por sua vez, origem à depressão. Gore e Eckenrode (1996) apresentam resultados de estudos conduzidos por Brown e Harris (1978, 1989), que indicam que a ocorrência de um determinado acontecimento prediz episódios de depressão, mas a sua probabilidade triplica se esse acontecimento ocorrer num contexto de um stressor crónico, como por exemplo, dificuldades a longo prazo. Masten et al. (1988) salientam que as crianças com baixo quociente de inteligência, baixo estatuto socioeconómico, e qualidades familiares menos positivas, têm mais probabilidade de ser disruptivas na presença de níveis elevados de stress. Forehand, Biggar, e Kotchick (1998) referem que apenas uma única disrupção na vida da família, independentemente do tipo (por exemplo, divórcio, humor deprimido dos pais), pode apenas ter um pequeno efeito, mas múltiplas disrupções podem acumular para interferir com o ajustamento psicossocial dos jovens nestas famílias. O autor refere que os resultados de alguns estudos vão no sentido de encontrar uma relação positiva entre o número de fatores de risco na família e os problemas de ajustamento social dos jovens.

O facto do número de fatores de risco constituir uma peça fundamental na compreensão dos processos aliados ao desajustamento, foi levantado por Rutter (1979) que verificou que a combinação de quatro fatores de stress quadruplicava a probabilidade de desajustamento em relação à combinação de três fatores de stress. Esta hipótese, conhecida como risco acumulado (*cumulative risk*), destaca como questão crucial o número de fatores de risco, e não propriamente o tipo ou um grupo particular de fatores de risco,

no ajustamento psicossocial a curto ou a longo termo (Daeater-Deckard, Dodge, Bates, & Pettit, 1998; Forehand et al., 1998; Gorman & Pollitt, 1996). De acordo com esta hipótese, a acumulação de acontecimentos de vida stressantes está aditivamente associada com a predição de consequências negativas. Assim, lidar com múltiplos stressores é uma tarefa que se torna cada vez mais difícil à medida que aumentam os fatores de stress (Kupersmidt, Burchinal, & Patterson, 1995). Esta hipótese tem sido testada e confirmada em alguns estudos. Por exemplo, Werner (1996) verificou que dois terços de um grupo de participantes no estudo longitudinal realizado na ilha de Kauai no Havai, que tinham quatro ou mais fatores de risco, incluindo pobreza, baixo nível educacional dos pais, psicopatologia dos pais e discórdia na família, desenvolveram problemas de ajustamento no futuro. Forehand et al. (1998) verificaram através de um estudo longitudinal, que acompanhou os participantes desde o início da adolescência até ao início da vida adulta, que um aumento de três para quatro fatores de risco estava associado com um aumento significativo dos problemas de internalização e externalização no início da vida adulta e com um decréscimo significativo da realização académica. Também o estudo de Simões, Matos, Tomé, e Ferreira (2008) confirmou esta hipótese. O estudo, realizado com adolescentes com necessidades educativas especiais, mostrou a existência de uma relação negativa e significativa, mas fraca, entre os acontecimentos de vida negativos e o bem-estar global. No entanto, uma análise mais detalhada, tendo em atenção diversos níveis de acontecimentos de vida (nenhum; poucos - entre 1 a 3 acontecimentos de vida com impacto significativo; ou muitos - 4 ou mais acontecimentos de vida negativos com impacto significativo) mostrou que os adolescentes parecem ser especialmente vulneráveis à presença de muitos acontecimentos de vida, dado que se verifica uma quebra nos seus níveis de bem-estar, comparativamente com os adolescentes que referem nenhum ou poucos acontecimentos de vida negativos.

Forehand et al. (1998) referem que não se conhece a razão do "colapso" a partir dos quatro stressores. Talvez os adolescentes consigam lidar com um, dois e até três stressores, mas o confronto com quatro fatores de stress em

simultâneo poderá traduzir-se, como dizem Forehand e colaboradores “na palha que partiu as costas do camelo”, ou na conhecida expressão “a gota de água que faz transbordar o copo”. Estes autores salientam que o acumular de vários stressores, poderá não ter um efeito aditivo simples, como referem Kupersmidt et al. (1995), mas talvez um efeito exponencial mais complexo. Nesta linha de análise, Garmezy (1987) refere também que o estatuto de risco aumenta exponencialmente com a acumulação de fatores de risco. Os efeitos da acumulação dos fatores de risco são negativos, na medida em que vão desgastando os recursos do indivíduo e do envolvimento, e como tal diminuem a resiliência com o tempo (Garmezy, 1993). Como nos referem Kupersmidt et al. (1995), lidar com múltiplos stressores é uma tarefa que se torna cada vez mais difícil à medida que aumentam os fatores de stress, visto que diminui também a competência para lidar com eles. Em alguns casos parece existir um efeito a longo prazo das sequelas do stress e das adversidades vividas numa fase precoce da vida, o que reflete uma crescente vulnerabilidade ao stress e aos acontecimentos adversos (Rutter, 1996). Uma das questões interessantes em relação ao impacto dos fatores de risco tem a ver com o momento em que surgem os problemas. Será que os problemas surgem de imediato após a exposição ao risco? Será que os seus efeitos só se manifestam anos mais tarde? Ou será que se manifestam desde a exposição ao risco até longos anos após este confronto? Forehand et al. (1998) verificaram que, para a realização académica, os fatores de risco estavam associados com uma pior prestação, quer no momento da exposição quer ao longo do tempo. No entanto, quer para os problemas de externalização quer para os de internalização, o número de fatores de risco familiares estavam associados com os problemas de ajustamento a longo prazo, mas não a curto prazo. A justificação que os autores apresentam para este resultado vai ao encontro das posições de Garmezy (1993) e Kupersmidt et al. (1995). Segundo os autores, o facto de os problemas de internalização e externalização não surgirem a curto prazo após a exposição, o que o autor denomina de “efeito adiado”, poderá ser justificado pelo facto dos adolescentes poderem ter recursos para lidar com o stress inicial. No entanto, com o decorrer do tempo, o desgaste dos recursos e/ou a iniciação de outros processos

relacionados com as dificuldades de ajustamento (por exemplo, a associação com pares desviantes) pode dar origem a dificuldades posteriores. Os resultados deste estudo mostram que as consequências de múltiplos fatores de risco podem não ser evidentes de imediato, mas possivelmente apenas alguns anos mais tarde. Torna-se assim claro que o número total de fatores de risco é uma questão importante (Beauvais & Oetting, 1999). A combinação entre fatores de risco individuais e envolvimento tem mais probabilidade de produzir consequências negativas. Estas consequências dependem de fatores como: o número de stressores do envolvimento alargado, o número de stressores no envolvimento familiar, a vulnerabilidade do indivíduo, o tipo de acontecimentos e o momento em que têm os acontecimentos lugar. Mas é preciso não esquecer que estas consequências dependem ainda de aspetos ligados aos fatores de proteção individuais, do envolvimento familiar e do envolvimento alargado (Rae-Grant, 1991).

Fatores de Proteção

Quando atrás se apresentaram dados do estudo longitudinal do Kauai, referiu-se que cerca de dois terços dos indivíduos com múltiplos problemas ao longo do seu desenvolvimento, apresentavam problemas na idade adulta. No entanto, estes resultados também querem dizer que cerca de um terço das crianças e adolescentes que cresceram em ambientes adversos se tornaram adultos competentes e confiantes (Werner, 1996). Foram vários os fatores que contribuíram para uma boa adaptação aos 40 anos de idade: estar satisfeito com o trabalho, com as relações interpessoais e apresentar uma autoavaliação positiva. Entre os fatores mais importantes encontram-se: as boas relações familiares, um bom nível educacional e poucos acontecimentos stressantes, não só no momento atual mas também em etapas anteriores das suas vidas, nomeadamente na adolescência (Werner & Smith, 2001). Esta capacidade para ultrapassar as dificuldades, os problemas, os acontecimentos negativos, ou as adversidades em geral, é desenvolvida e alimentada por vários fatores. Grotberg (1995, 1998) apresenta alguns destes fatores: fatores de apoio e recursos externos, que envolvem relações de confiança, acesso à saúde, educação, serviços de

segurança social ou equivalentes, apoio emocional fora da família, estrutura e regras em casa, encorajamento parental da autonomia, envolvimento escolar estável, modelos adequados, organizações religiosas; forças pessoais, onde se podem encontrar um sentido de ser amado, fé, crença em Deus, moralidade, confiança, empatia, altruísmo, *locus* de controlo interno; competências sociais, como por exemplo, a criatividade, persistência, humor, comunicação, resolução de problemas, autocontrolo, procura de relações de confiança. Segundo a autora, a resiliência pode ser promovida por fatores de proteção no envolvimento da criança, por fatores promovidos e desenvolvidos dentro da criança, e por fatores adquiridos pela criança.

Os fatores de proteção referem-se a variáveis que servem para diminuir ou eliminar as influências negativas de estar exposto ao risco. Como se verá mais adiante, definições mais restritas de fatores de proteção referem que estes apenas influenciam o ajustamento nas situações de alto risco, mas não em situações em que o risco é baixo (Mangham et al., 1995a). Na literatura estes fatores surgem geralmente categorizados em três grupos: fatores de proteção individuais ou disposicionais, familiares e comunitários (Garmezy, 1991a, 1993; Mangham et al., 1995a, 1995b; Werner, 1989; Werner & Johnson, 1999). Esta divisão é geralmente denominada a tríade protetora ou tríade da resiliência. Nos fatores individuais encontram-se fatores como o temperamento, a capacidade de reflexão, e as competências cognitivas. Nos familiares, o afeto e a coesão familiar. Nos comunitários, o apoio de professores, de assistentes sociais ou instituições sociais (Garmezy, 1991a, 1993). Os fatores de proteção individuais são fundamentais para fazer face aos problemas. Baixos níveis de fatores de proteção individuais poderão contribuir para uma maior vulnerabilidade face ao risco. Werner e Smith (2001) apontam um poderoso efeito destes fatores, na medida em que referem que fatores de proteção individuais como autonomia, maturidade social, competência escolar, e autoeficácia, parecem ter mais impacto na vida dos jovens vulneráveis do que os efeitos de fatores de risco e acontecimentos de vida stressantes.

Também os fatores envolvimentoais, familiares e comunitários, são fundamentais a este nível. Um dos papéis mais importantes dos fatores envolvimentoais é o apoio social que dão aos indivíduos que deles dispõem. O apoio da família e dos amigos é apontado por Werner e Smith (2001) como um dos fatores fundamentais para superar as adversidades. O apoio social traduz-se no conjunto de relações interpessoais do indivíduo que lhe fornecem um apoio emocional, apoio instrumental e apoio informacional. O apoio emocional envolve uma ligação afetiva positiva, fonte de amizade, amor e confiança. O apoio instrumental traduz-se no fornecimento de ajuda e serviços que assistam às necessidades do indivíduo. O apoio informacional envolve os conselhos, sugestões e informações relativamente ao próprio, às situações do dia a dia, mas também informações e avaliações relativas a uma situação de ameaça (Bruchon-Schweitzer & Dantzer, 1998; House, 1981, cit. in Israel & Schurman, 1990). Um fraco apoio social (ou a sua perceção) aumenta a vulnerabilidade dos indivíduos, na medida em que este fator desempenha um papel moderador do stress (Bruchon-Schweitzer & Dantzer, 1998). Segundo Bernard (2004), a literatura na área da resiliência mostra claramente que as características da família e da comunidade podem alterar ou reverter consequências negativas esperadas e, como tal, conduzir à manifestação de resiliência. Estes fatores de proteção podem ser agrupados, de acordo com Benard, em três grandes categorias: relações afetivas e de apoio; expectativas positivas elevadas; e oportunidades para participação.

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

Grotberg (1997) refere que o enfrentar das adversidades requer uma interação dinâmica e equilibrada entre os diversos fatores de proteção, na medida em que nenhum fator por si só é suficiente. É ainda importante salientar, que este confronto requer um balanço entre fatores de risco e de proteção, isto é, se existem mais fatores de risco também são necessários mais fatores de proteção para os compensar (Werner & Smith, 2001). Para além deste aspeto, Masten (1999) chama ainda a atenção para questões temporais aliadas aos fatores de proteção, quando refere que um atributo pessoal ou do envolvimento pode ser vantajoso num período da vida, mas representar uma desvantagem num outro período ou situação. O contributo que os fatores de proteção podem ter no ajustamento varia ainda em função de outros fatores, entre os quais o género dos indivíduos. Os resultados do estudo do Kauai, indicam que os fatores de proteção individuais tendem a ter um maior impacto no ajustamento na vida adulta para as mulheres de alto risco, do que para os homens de alto risco. Por outro lado, as fontes de apoio externo têm um maior impacto para os homens de alto risco do que para as mulheres de alto risco. Também Garmezy (1987) chama a atenção para o facto da resiliência não ser conseguida apenas com empenho pessoal ou familiar. É necessário que também as comunidades e as instituições governamentais desenvolvam esforços para a promoção da resiliência nos seus membros.

Processos de Proteção e de Vulnerabilidade

Como já se teve oportunidade de referir, uma das questões que se levanta como prioritária na investigação na área da resiliência é o estudo dos processos que bloqueiam ou atenuam os efeitos dos fatores de risco. Segundo Rutter (1987) é importante fazer a distinção entre processos ou mecanismos de proteção, de vulnerabilidade e de risco. De acordo com o autor, o termo mecanismo de proteção é utilizado quando uma trajetória de risco é mudada para uma outra com maior probabilidade de consequências adaptativas. O termo vulnerabilidade é usado quando uma trajetória que era adaptada anteriormente é mudada para uma com menor probabilidade de consequências adaptativas. Enquanto que os processos de risco levam diretamente à desordem, os processos de vulnerabilidade ou de proteção

operam indiretamente através da interação de variáveis individuais ou contextuais com a variável de risco. Entre estas variáveis encontram-se, o género, temperamento, relações pais-filhos, apoio marital, capacidades de planeamento, experiências escolares, perda precoce dos pais, e pontos de viragem na vida. Este efeito de interação, necessário para se verificarem os mecanismos de proteção, implica que estes processos atuem apenas em situações de alto risco, não apresentando efeito na ausência da variável de risco ou quando esta variável apresenta valores baixos (Garmezy, 1987; Rutter, 1996). E estes mecanismos são, para alguns autores, aqueles a que a investigação se deve dedicar a pesquisar, ou seja, os fatores e os processos que reduzem o impacto do stress mas que são menos influentes em condições de baixo stress (Gore & Eckenrode, 1996). No entanto, para outros autores é também importante identificar os fatores que predizem um bom ajustamento, quer no alto quer no baixo risco, dado que devem ser fatores a promover nas intervenções preventivas (Tiêt et al., 1998). Estes fatores que protegem os indivíduos, diga-se que permanentemente, são denominados fatores de recurso ou compensatórios (Garmezy, 1987), e envolvem, não um efeito de interação com a variável de risco, mas sim um efeito principal. Em termos de tipo de efeito, encontra-se assim um paralelo entre fatores de risco como oposto ao fator de recurso ou compensador, na medida em que ambos se traduzem num efeito principal. Do mesmo modo, os fatores de vulnerabilidade estão em oposição aos fatores de proteção, na medida em que pressupõem um efeito de interação com a variável de risco, atuando apenas quando os valores desta variável são elevados.

Esta posição apresentada por Garmezy (1987) e Rutter (1996), não é de todo consensual entre os investigadores da resiliência. Isto é, nem todos os investigadores reservam o termo fator de proteção para os casos em que se verificam processos interativos. E de facto, se um fator está associado a consequências positivas em situações de baixo risco e em situações de risco elevado ele é um fator protetor. De acordo com Luthar, Cicchetti, e Becker (2000), os fatores com um efeito significativo nos resultados independente da condição de risco elevado ou baixo devem ser identificados como fatores de proteção. Os fatores que têm um efeito

moderador (isto é que apresentam uma interação com a variável de risco) podem ser identificados como: a) protetores estabilizadores (que pressupõe uma estabilidade nos resultados em condições de risco baixo ou elevado); b) protetores promotores (que pressupõe uma melhoria nos resultados na presença de elevados níveis de risco); c) protetores reativos (que pressupõe uma descida nos resultados na presença de elevados níveis de risco, apresentando contudo melhores resultados do que na ausência desse fator). Uma outra alternativa para esta questão poderá ser a sugerida por Beauvais e Oetting (1999) que referem o termo fator de proteção para os fatores que atuam de forma constante (que pressupõe um efeito principal) e o termo fator de resiliência para os fatores que têm um efeito moderador que pressupõe uma interação com a variável de risco.

Os fatores de proteção atuam sobre o risco produzindo diversos efeitos. Estes efeitos traduzem-se numa melhoria, manutenção, ou diminuição do ajustamento. No entanto, para se chegar a estes resultados, estes efeitos pressupõem processos que, quando o resultado perante o risco é igual ou superior ao anterior, se denominam de processos de proteção. Rutter (1984, 1987) aponta quatro processos de proteção que conduzem à resiliência. O primeiro processo envolve a redução do impacto dos fatores de risco no indivíduo. Segundo o autor, este é um mecanismo crucial, que pode ocorrer de duas formas: alterando o significado ou o perigo que esse fator representa para o indivíduo; ou alterando a exposição do indivíduo à situação de risco ou o seu envolvimento próximo com essa situação. Um segundo mecanismo apresentado envolve a redução das consequências negativas da exposição: as consequências da exposição ao risco são geralmente nefastas, traduzindo-se assim em mais risco. Esta reação cíclica de causa-efeito tem, como será de esperar, consequências adversas a longo prazo. Um outro processo protetor envolve a promoção da autoestima e da autoeficácia, salientando Rutter neste âmbito o papel fundamental das relações seguras e harmoniosas na proteção contra envolvimento de risco, na promoção de um sentimento de valor pessoal e na crença de saber lidar com sucesso com os desafios que a vida coloca. Por último, o autor fala na abertura de oportunidades, que muitas vezes constituem pontos de viragem

na vida dos indivíduos. Estas oportunidades poderão traduzir-se na participação em atividades, ou programas, que promovam o desenvolvimento de competências sociais e o investimento em atividades pró-sociais. Poderão ser experiências positivas na escola, no desporto, música, ou em outras áreas onde o indivíduo tenha sucesso ou prazer. Estas oportunidades poderão ainda aumentar as expectativas em relação ao futuro e, simultaneamente, o esforço e a persistência para alcançar os objetivos. Para além destes processos, Rutter (1984) salienta ainda como fundamental para a resiliência, a capacidade de saber resolver problemas e a capacidade de saber lidar com a mudança.

Benard (1995) aponta três processos de proteção que podem ocorrer em casa, na escola, na comunidade, ou na relação com os pares. Estes processos, que vão ao encontro dos mecanismos apresentados por Rutter (1984, 1987), envolvem os seguintes fatores: relações afetivas, elevadas expectativas e oportunidades para contribuir para os outros. A ligação afetiva com pessoas nos contextos significativos (o pai, a mãe, um irmão, um amigo, um professor, um técnico de saúde) permite ao jovem obter um apoio para um desenvolvimento saudável. Bernard salienta a existência de pelo menos uma pessoa de apoio, como um dos fatores mais importantes para um bom ajustamento face ao risco. As expectativas elevadas constituem um outro fator poderoso que despoleta processos de proteção. O sentimento de que os outros, seja em casa, na escola, na comunidade ou no contexto de pares, esperam algo de positivo do jovem e acreditam que ele é capaz de dar o seu melhor, leva os indivíduos a desenvolverem sentimentos de autoestima, autoeficácia, autonomia e otimismo. Por último, as oportunidades de participação nos contextos significativos surgem como consequência das elevadas expectativas. Estas oportunidades que, por exemplo, ao nível da escola, envolvem o encorajamento do pensamento crítico e do diálogo, da participação no planeamento curricular, na decisão das regras, ajudam a desenvolver um sentido de pertença e de responsabilidade, e a capacidade de tomar decisões. De acordo com o modelo desenvolvido pelo Programa *WestEd's Health and Human Development* (Hanson & Kim, 2007), baseado no trabalho desenvolvido por

Benard, os processos protetores que têm lugar na família, na escola, na comunidade e no contexto de pares promovem o desenvolvimento de competências pessoais e sociais, como as capacidades de comunicação e cooperação, resolução de problemas, empatia, autoeficácia, autoconhecimento e objetivos e aspirações. Por sua vez, estes recursos apresentam um impacto direto na promoção de resultados positivos ao nível da saúde e do bem-estar, bem como a nível académico e social.

Um dos estudos que procurou analisar o efeito moderador dos fatores de proteção sobre as consequências dos acontecimentos de vida negativos ao nível do bem-estar foi o estudo realizado pela equipa do Projeto Aventura Social com adolescentes com necessidades educativas especiais, enquadrado no projeto “Risco e resiliência na adolescência” (Simões, Matos, Ferreira, et al., 2009; Simões, et al., 2008; Simões, Matos, Tomé, et al., 2009). Os resultados deste estudo mostraram que os recursos externos (presentes no contexto familiar, escolar, comunitário e de pares), bem como os recursos internos (capacidades de comunicação e cooperação, resolução de problemas, empatia, autoeficácia, autoconhecimento e objetivos e aspirações) têm um papel protetor em relação ao bem-estar destes adolescentes, dado que os adolescentes que têm níveis elevados destes recursos (externos e internos) apresentam níveis mais elevados de bem-estar independentemente de serem confrontados com muitos, poucos ou nenhuns acontecimentos de vida negativos. Contudo apenas alguns destes fatores apresentam uma interação com os acontecimentos de vida negativos, isto é apresentam um efeito moderador desta variável de risco. Mais concretamente verificou-se que apenas quatro destes recursos conseguem mudar a trajetória negativa que é experienciada no confronto com muitos acontecimentos de vida negativos. São eles a família, a resolução de problemas, a autoeficácia e a empatia (Simões, Matos, Morgan, & Equipa do Projeto Aventura Social, in prep.; Simões, et al., 2008). No caso da família (ligações afetivas, expectativas elevadas e oportunidades de participação) e da resolução de problemas verificou-se que níveis elevados ou médios destes recursos apresentam um efeito protetor estabilizador, o que quer dizer que os níveis de bem-estar dos

adolescentes se mantêm, independentemente do número de acontecimentos de vida negativos. No caso da autoeficácia verificou-se que apenas níveis elevados desta variável conseguem manter os níveis de bem-estar (efeito protetor estabilizador) na presença de diferentes níveis de risco, enquanto que no caso da empatia são os níveis médios que apresentam um efeito protetor perante os diferentes níveis de acontecimentos de vida negativos.

Conclusões

Entre as múltiplas definições de resiliência que é possível encontrar, talvez a mais consensual, como refere Windle (1999), seja a de uma adaptação com sucesso às tarefas da vida em condições de desvantagem social ou situações fortemente adversas.

Um dos fatores necessariamente presente na resiliência é o risco. A resiliência traduz-se na adaptação perante o risco. O risco pode ser encontrado em vários domínios, pessoal, familiar ou comunitário. A nível pessoal encontram-se determinadas características que, em interação com o envolvimento, podem precipitar os indivíduos para o perigo (Antonovsky & Sagy, 1986). O risco poderá também estar num envolvimento próximo, nomeadamente na família, nos amigos ou no local onde vive. O risco pode ainda ter origem em acontecimentos de vida stressantes gerados nos contextos significativos para o indivíduo. Outros fatores aliados à resiliência são os fatores de proteção. Tal como no risco, também estes fatores podem ser individuais, familiares ou comunitários. Dentro dos fatores individuais encontram-se as competências cognitivas, emocionais e relacionais. Estas competências são fundamentais para atuar diretamente sobre o risco, mas também para o recrutamento de fatores de proteção na família e na comunidade. Na família destaca-se a importância do apoio afetivo e das boas práticas parentais. Na comunidade destaca-se, para além das oportunidades de participação nas atividades comunitárias, o papel fundamental que a escola tem na promoção de fatores de resiliência. Os fatores de risco e de proteção atuam através de diversos mecanismos que produzem resultados mais ou menos favoráveis para o ajustamento do indivíduo. Estes fatores podem cruzar as suas trajetórias ou, por outro lado,

atuar de forma completamente independente. Podem atuar diretamente ou indiretamente sobre os indivíduos. Os riscos poderão mesmo não chegar a atuar, no caso de serem prevenidos. É pois possível encontrar múltiplos processos associados ao fenômeno da resiliência, e múltiplos modelos que tentam simplificar a complexidade entre fatores de proteção e de risco e as suas consequências.

Alguns dos processos interessantes aliados à resiliência estão relacionados com a coocorrência de fatores de risco. A investigação nesta área tem mostrado que a ocorrência simultânea de quatro ou mais fatores de risco, está associada a um aumento significativo de problemas de internalização e de externalização. Mas não só os fatores de risco se acumulam causando graves danos a quem com eles é confrontado. Também múltiplos fatores de proteção em situações de risco são recrutados para atuarem e para fazerem face ao perigo. Como salientam Werner e Smith (2001), a resiliência requer um equilíbrio entre fatores de risco e fatores de proteção. Perante o exposto fica claro que o surgimento do conceito de resiliência, e a investigação que esta nova ideia suscitou, trouxe importantes contributos para as ciências sociais e humanas destacando-se, entre outros, a orientação da teoria para uma perspetiva mais desenvolvimental, e da prática para a procura e promoção de fatores de proteção ao longo do desenvolvimento.

Referências

- Antonovsky, H., & Sagy, S. (1986). The development of sense of coherence and its impact on responses to stress situations. *Journal of Social Psychology*, 126, 213-285.
- Barocas, R., Seifer, R., & Sameroff, A. J. (1985). Defining environmental risk: Multiple dimensions of psychological vulnerability. *American Journal of Community Psychology*, 13(4), 433-447.
- Beauvais, F., & Oetting, E. R. (1999). Drug use, resilience, and the myth of golden child. In M. D. Glantz & J. L. Johnson (Eds.), *Resilience and development: Positive life adaptations* (pp. 101-107). New York: Klumer Academic / Plenum Publishers.
- Benard, B. (2004). *Resiliency: What have we learned?* San Francisco: WestEd.
- Benard, B. (1995). Fostering resilience in children. Retirado em 06-06-2002, de http://www.ed.gov/databases/ERIC_Digests/ed386327.html
- Bruchon-Schweitzer, M., & Dantzer, R. (1998). Introduction à la psychologie de la santé (2^e ed.). Paris: Presses Universitaires de France.
- Callahan, S., Rogé, B., Cardénel, M., Cayrou, S., & Sztulman, H. (2001). Le contrôle et la résilience du moi: Traduction des Échelles et premiers éléments des études de la fidélité et de la validité. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 11(4), 144-150.
- Coie, J., Watt, N. F., West, S. G., Hawkins, J. D., Asarnow, J. R., Markman, H. J., et al. (1993). The science of prevention: A conceptual framework and some directions for a National Research Program. *American Psychologist*, 48(10), 1013-1022.
- Cowen, E. L., & Work, W. C. (1988). Resilient children, psychological wellness, and primary prevention. *American Journal of Community Psychology*, 16(4), 591-607.

- Daeater-Deckard, K., Dodge, K. A., Bates, J. E., & Pettit, G. S. (1998). Multiple risk factors in the development of externalizing behavior problem: Group and individual differences. *Development and Psychopathology*, 10, 469-493.
- Forehand, R., Biggar, H., & Kotchick, B. A. (1998). Cumulative risk across family stressors: Short- and long-term effects for adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*. Retirado em 20-09-2002, de www.findarticles.com
- Garnezy, N. (1987). Stress, competence, and development: Continuities in the study of schizophrenics adults, children vulnerable to psychopathology, and the search for stress-resistant children. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57(2), 159-174.
- Garnezy, N. (1991a). Resilience in children's adaptation to negative life events and stressed environments. *Pediatrics Annals*, 20(9), 462-466.
- Garnezy, N. (1991b). Resiliency and vulnerability to adverse developmental outcomes associated with poverty. *American Behavioral Scientist*, 34(4), 416-430.
- Garnezy, N. (1993). Children in poverty: Resilience despite risk. *Psychiatry*, 56, 127-136.
- Garnezy, N. (1999). Resilience: An interview with Norman Garnezy. In J. L. Johnson (Ed.), *Resilience and development: Positive life adaptations* (pp. 5-14). New York: Klumer Academic/Plenum Publishers.
- Garnezy, N., & Rutter, M. (1985). Acute reactions to stress. In L. Hersov (Ed.), *Child and adolescent psychiatry: Modern approaches* (pp. 152-176). London: Blackwell Scientific Publications.
- Gore, S., & Eckenrode, J. (1996). Context and process in research on risk and resilience. In M. Rutter (Ed.), *Stress, risk, and resilience in children and adolescents: Processes, mechanisms, and interventions* (pp. 19-63). New York: Cambridge University Press.
- Gorman, K. S., & Pollitt, E. (1996). Does schooling buffer the effects of early risk? *Child Development*, 67, 314-326.
- Grotberg, E. H. (1995). *A guide to promoting resilience in children: Strengthening the human spirit*. The Hague: The Bernard van Leer Foundation.
- Grotberg, E. H. (1997). The international resilience project. Annual Convention, International Council of Psychologists. Retirado em 20-06-2002, de <http://resilnet.uiuc.edu/library/grotb98a.html>
- Grotberg, E. H. (1998). I am, I have, I can: What families worldwide taught us about resilience. *Reaching Today's Youth*, 2(3), 36-39.
- Hanson, T. L., & Kim, J.-O. (2007). Measuring resilience and youth development: the psychometric properties of the Healthy Kids Survey (Issues & Answers Report, REL 2007-No. 034) Available from <http://ies.ed.gov/ncee/edlabs>
- Hauser, S. T., Vieyra, M. A., Jacobson, A. M., & Wertreib, D. (1985). Vulnerability and resilience in adolescence: Views from the family. *Journal of Early Adolescence*, 5(1), 81-100.
- Israel, B. A., & Schurman, S. J. (1990). Social Support, control and the stress process. In B. K. Rimer (Ed.), *Health behavior and health education: Theory research and practice* (pp. 187-215). San Francisco: Jossey-Bass Inc.
- Kaplan, H. B. (1999). Toward an understanding of resilience: A critical review of definitions and models. In J. L. Johnson (Ed.), *Resilience and development: Positive life adaptations* (pp. 17-83). New York: Klumer Academic/Plenum Publishers.
- Kupersmidt, J. B., Burchinal, M., & Patterson, C. J. (1995). Developmental patterns of childhood peer relations as predictors of externalizing behavior problems. *Development and Psychopathology*, 7, 825-843.
- Lima, M. L. (2004). On the influence of risk perception on mental health: Living near an incinerator. *Journal of Environmental Psychology*, 24(1), 71-84.
- Luthar, S. S., & Zigler, E. (1991). Vulnerability and competence: A review of research on resilience in childhood. *American Journal of Orthopsychiatry*, 61(1), 6-22.
- 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.
- Mangham, C., McGrath, P., Reid, G., & Stewart, M. (1995a). Resiliency: Relevance to health promotion - Detailed analysis. Retirado em 05-07-1999, de www.hc-sg.gc.ca/hppb/alcohol-otherdrugs/pube/resilncy/analysis.htm.
- Mangham, C., McGrath, P., Reid, G., & Stewart, M. (1995b). Resiliency: Relevance to health promotion - Discussion paper. Retirado em 05-07-1999, de www.hc-sg.gc.ca/hppb/alcohol-otherdrugs/pube/resilncy/analysis.htm.

- Masten, A. S. (1999). Resilience comes of age: Reflections on the past and outlook for the next generation of research. In J. L. Johnson (Ed.), *Resilience and development: Positive life adaptations* (pp. 281-296). New York: Klumer Academic/Plenum Publishers.
- Masten, A. S., Garmezy, N., Tellegen, A., Pellegrini, D. S., Larkin, K., & Larsen, A. (1988). Competence and stress in school children: The moderating effects of individual and family qualities. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 29(6), 745-764.
- Masten, A. S., Hubbard, J. J., Gest, S. D., Tellegen, A., Garmezy, N., & Ramirez, M. (1999). Competence in the context of adversity: Pathways to resilience and maladaptation from childhood to late adolescence. *Developmental Psychology*, 11, 143-169.
- McGloin, J. M., & Widom, C. S. (2001). Resilience among abused and neglected children grown up. *Development and Psychopathology*, 13, 1021-1038.
- National Advisory Mental Health Council. (1995). A national investment. Retirado em 22-10-2001, de <http://www.nimh.nih.gov/publicat/>
- Nettles, S. M., & Pleck, J. H. (1996). Risk, resilience, and development: The multiple ecologies of black adolescents in the United States. In M. Rutter (Ed.), *Stress, risk, and resilience in children and adolescents: Processes, mechanisms, and interventions* (pp. 147-181). New York: Cambridge University Press.
- Pereira, A. M. S. (2001). Resiliência, personalidade, stress e estratégias de coping. In J. Tavares (Ed.), *Resiliência e educação* (pp. 77-94). São Paulo: Cortez Editora.
- Rae-Grant, N. (1991). Primary prevention. In M. Lewis (Ed.), *Child and adolescent Psychiatry: A comprehensive textbook* (pp. 918-929). Baltimore: Williams & Wilkins.
- Ralha-Simões, H. (2001). Resiliência e desenvolvimento pessoal. In J. Tavares (Ed.), *Resiliência e educação* (pp. 95-113). São Paulo: Cortez Editora.
- Ribeiro, J. L. P. (2005). *Introdução à Psicologia da Saúde*. Coimbra: Quarteto.
- Robins, R. W., John, O. P., Caspi, A., Moffitt, T. E., & Stouthamer-Loeber, M. (1996). Resilient, overcontrolled, and undercontrolled boys: Three replicable personality types. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 157-171.
- Rutter, M. (1979). Protective factors in children's responses to stress and disadvantage. In J. E. Rolf (Ed.), *Primary prevention of psychopathology: Social competence in children* (Vol. 3, pp. 49-74). Hanover: University Press of New England.
- Rutter, M. (1984). Resilient children. *Psychology Today*, March, 57-65.
- Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57(3), 316-331.
- Rutter, M. (1996). Stress research: Accomplishments and tasks ahead. In M. Rutter (Ed.), *Stress, risk, and resilience in children and adolescents: Processes, mechanisms, and interventions* (pp. 354-385). New York: Cambridge University Press.
- Rutter, M., Harrington, R., Quinton, D., & Pickles, A. (1994). Adult outcome of conduct disorder in childhood: Implications for concepts and definitions of patterns of psychopathology. In M. E. Lamb (Ed.), *Adolescent problem behavior: Issues and research* (pp. 57-80). New Jersey: Laurence Erlbaum Associates.
- Simões, C., Matos, M. G., Ferreira, M., Tomé, G., Diniz, J. A., & Equipa do Projeto Aventura Social (2009). *Risco e Resiliência em adolescentes com NEE: Estado da arte*. Lisboa: Aventura Social e Saúde/Faculdade de Motricidade Humana.
- Simões, C., Matos, M. G., Morgan, A., & Equipa do Projeto Aventura Social (in prep.). Well being threats: The role of internal assets as moderators of the impact of negative life events.
- Simões, C., Matos, M. G., Tomé, G., & Ferreira, M. (2008). Impact of Negative Life Events on Positive Health in a population of adolescents with special needs, and protective factors. *Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies*, 8(1), 53-65.
- Simões, C., Matos, M. G., Tomé, G., Ferreira, M., Diniz, J. A., & Equipa do Projeto Aventura Social (2009). *Risco e Resiliência em adolescentes com NEE: Da teoria à prática*. Lisboa: Aventura Social e Saúde/Faculdade de Motricidade Humana.
- Staudinger, U. M., Marsiske, M., & Baltes, P. B. (1993). Resilience and levels of reserve capacity in later adulthood: Perspectives from life-span theory. *Development and Psychopathology*, 5, 541-566.
- Tarter, R. E., & Vanyukov, M. (1999). Revisiting the validity of the construct of resilience. In J. L. Johnson (Ed.), *Resilience and development: Positive life adaptations* (pp. 85-100). New York: Klumer Academic/Plenum Publishers.
- Tavares, J. (2001). A resiliência na sociedade emergente. In J. Tavares (Ed.), *Resiliência e educação* (pp. 43-75). São Paulo: Cortez Editora.

- Tiêt, Q. Q., Bird, H., Davies, M., Hoven, C., Cohen, P., Jensen, P., et al. (1998). Adverse life events and resilience. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 1191-1200.
- Trzesniak, P., Libório, R. C., & Koller, S. H. (2011). Resilience and children's work in Brazil: Lessons from Physics for Psychology. In M. Ungar (Ed.), *The social ecology of resilience: The social ecology of resilience: A handbook of theory and practice*. New York/Philadelphia/Secaucus: Springer Science+Business.
- Ungar, M. (2008). Resilience across cultures. *British Journal of Social Work*, 38, 218-235.
- Werner, E. E. (1989). High-risk children in young adulthood: A longitudinal study from birth to 32 years. *American Journal of Orthopsychiatry*, 59, 72-81.
- Werner, E. E. (1994). Overcoming the odds. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 15, 131-136.
- Werner, E. E. (1996, March). Comunicação apresentada em "Fostering resiliency in kids: Overcoming adversity", Consortium of Social Science Associations, Washington.
- Werner, E. E., & Johnson, J. L. (1999). Can we apply resilience? In J. L. Johnson (Ed.), *Resilience and development: Positive life adaptations* (pp. 259-268). New York: Klumer Academic/Plenum Publishers.
- Werner, E. E., & Smith, R. S. (2001). *Journeys from childhood to midlife: Risk, resilience and recovery*. New York: Cornell University Press.
- Windle, M. (1999). Critical conceptual and measurement issues in the study of resilience. In J. L. Johnson (Ed.), *Resilience and development: Positive life adaptations* (pp. 161-176). New York: Klumer Academic/Plenum Publishers.

Contextos, competências e bem-estar dos adolescentes

Antônio Borges

Promover o desenvolvimento saudável dos adolescentes é considerado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pela Direção Geral de Saúde (DGS 2005; 2006; WHO, 2003) um investimento de futuro de qualquer sociedade consciente, uma vez que opções saudáveis durante a adolescência produzem resultados no bem-estar não apenas na adolescência, mas igualmente na vida adulta. Como adianta Bekaert (2003) é na adolescência que adquirem consistência as fundações da saúde futura, os estilos de vida, as atitudes e os padrões de comportamento que podem garantir ou não o bem-estar e uma melhor realização da pessoa.

Numa histórica declaração, no preâmbulo dos primeiros estatutos oficiais da OMS afirma-se que “a saúde é um estado completo de bem-estar físico, psíquico e social e não a mera ausência de doença ou incapacidade” (WHO, 1948). Este enquadramento da saúde tem marcado presença nos documentos posteriores da OMS, considerando a saúde/bem-estar um recurso da vida quotidiana, mais do que o objetivo da vida. Este recurso fundamental da vida quotidiana carece de investimento, de cuidado, de preocupação, de promoção para que os indivíduos possam viver com mais qualidade, com mais satisfação com a vida, com maior felicidade, com realização mais completa, contribuindo mais para o bem comum (Matos, 2005).

Sendo a saúde/bem-estar um recurso da vida, os recursos pessoais que mobilizam a maneira de analisar e interpretar a realidade, a forma de orientar o pensamento e a reflexão, as opções comportamentais, os estilos de vida, deveriam ser trabalhados em função desse recurso maior para a vida pessoal e comunitária (Dowdell, 2006).

A quantidade e qualidade dos recursos pessoais, por sua vez, parecem muito associados à qualidade e número de oportunidades disponibilizadas pelos contextos socializadores. Contextos pouco atentos às questões da saúde adolescente podem colocar em risco o presente e o futuro da

sociedade, que se tornará incapaz de suportar os custos de uma população pouco saudável, com comportamentos de risco, com estilos de vida desviantes, com uma força de trabalho pouco produtiva e com poucos hábitos de cidadania (Nabors, Troillett, Nash, & Masiulis, 2005).

Como referem Seligman e colaboradores (2005), o funcionamento ótimo do indivíduo passa por ampliar e alargar o foco da intervenção para além do risco e da sua conseqüente redução. Não se trata apenas de transladar o foco da investigação/intervenção do negativo para o positivo, mas de abordar o estudo do ser humano a partir de uma perspectiva integradora, sobre a qual o indivíduo se concebe como um agente ativo que constrói a sua própria realidade (Prada, 2005; Seligman et al., 2005). Os contextos socializadores são assim indispensáveis à consolidação de comportamentos positivos que ajudem os adolescentes a lidar de forma saudável com as mudanças, com as oportunidades, com os novos interesses, com as propostas quotidianas, com as adversidades (Guldbrandsson & Bremberg, 2005).

A saúde/bem-estar desenvolve-se ao longo de um *continuum*, numa interação dinâmica consigo próprio e com os outros que integram os contextos. Os estudos permitem identificar fatores que favorecem a construção e estruturação de recursos interiores, que se refletem em ações deliberadas do indivíduo sobre a realidade e se tornam promotoras de maior bem-estar/saúde, satisfação com a vida e felicidade. Entre outros, os contextos deveriam adequar estratégias e linhas de ação de modo a fomentar o “bonding”/ligação, a resiliência, o *insight*, as competências sociais e interpessoais, a autorregulação emocional, a coragem, a racionalidade, o otimismo, as competências afetivo-emocionais, a assertividade, as competências de vida, a honestidade, a perseverança, a capacidade para desfrutar prazer, a análise objetiva da realidade, a capacidade para colocar os problemas em perspectiva, a autodeterminação, as competências de comunicação, a autonomia na tomada de decisão, a espiritualidade, o encontrar propósito e orientação para o futuro, o envolvimento pró-social, o compromisso com os próprios objetivos, o lidar

com o *stress* e resolver conflitos (Lyubomirsky, 2008; Matos & Sampaio, 2009; Prada, 2005).

Se o indivíduo em interação conseguir construir e estruturar positivamente os seus recursos interiores, o bem-estar tenderá a oferecer em todos os âmbitos da vida produtos secundários positivos como o aumento das experiências de alegria, a satisfação, o amor, o orgulho, o respeito, a percepção de autoeficácia, a energia e vitalidade, o melhor funcionamento do sistema imunitário, a dedicação ao trabalho e aos outros, a saúde física e mental, a sensação de autoconfiança, a autoestima, o ultrapassar frustrações, tensões, dificuldades e desilusões, o sentir mais preparado para se recompor e adotar uma perspectiva construtiva e positiva, a criatividade, o ver desafios onde outros veem ameaças (Ceballos, 2008; Lyubomirsky, 2008; Lyubomirsky, King & Diener, 2005; Matos & Sampaio, 2009; Trallero, 2010). Como é óbvio, estes efeitos secundários da maior saúde/bem-estar não só beneficia o próprio indivíduo, como os que lhe são mais próximos, como é o caso da família e dos pares, e mesmo a comunidade local e a sociedade em geral (Lyubomirsky, 2008; Lyubomirsky, King & Diener, 2005; Matos & Sampaio, 2009).

A promoção de saúde/bem-estar implica que os contextos socializadores adotem um apoio ativo do bem-estar físico, mental e social dos indivíduos (Detmar & European Kidscreen Group, 2006). A saúde e o bem-estar implicam, mais do que a ausência de maus-tratos e *deficits*, qualidades positivas nos contextos do adolescente. O desenvolvimento psicossocial deve ser considerado sob uma perspectiva ecológica, focando múltiplos níveis de análise: o adolescente, os pais e família, os pares, a comunidade e sociedade, os *media* (Bronfenbrenner, 2005; Gaspar, Matos, Gonçalves, Ferreira & Linhares, 2006; Matos e Equipa do Projeto Aventura Social e Saúde, 2006; Matos, Gonçalves & Gaspar, 2005).



Influências socioeconómicas

Os estudos têm sugerido o impacto negativo do estatuto socioeconómico baixo sobre a saúde/bem-estar: a pertença a comunidades deprimidas ou a classes sociais baixas repercute-se tanto física como emocionalmente, tanto cognitiva como comportamentalmente, nas crianças e adolescentes, fazendo experimentar índices mais elevados de morbidade e mortalidade (Marmot, 2005; Trallero, 2010). A influência negativa do estatuto socioeconómico baixo sobre o desenvolvimento cognitivo e afetivo-emocional torna-se evidente durante a infância, intensificando-se ao longo da adolescência. Os efeitos mais usuais passam pelo *deficit* nas capacidades cognitivas e verbais, pior rendimento em provas de conhecimentos, maior frequência de retenções/repetições no percurso académico, necessidade de ajudas pedagógicas especiais, maior absentismo escolar, menor finalização dos estudos regulares, menor nível de alcance dos estudos superiores (Najman, Aird, Bor, O'Callaghan, Williams & Shuttlewood, 2004; Spurrier, Sawyer, Clark & Baghurst, 2003), maior número e mais intensos sintomas depressivos, mais perturbações interiorizadas (emocionais) e exteriorizadas (comportamentais), assim como maior risco de disfunções e enfermidades físicas (Compas, 2004; von Rueden & the European Kidscreen group, 2006). O estatuto socioeconómico baixo, a pobreza, é considerado o marcador mais significativo da aparição de problemas, tanto de saúde física como mental nos adolescentes. O persistente estatuto socioeconómico baixo, mantido desde a infância e prolongado ao longo da adolescência, constitui um fator de risco estável, atraindo mais consequências para o adolescente do que uma situação transitória, uma vez que significa manter em permanente atuação indutores de *stress* concomitantes (Compas, 2004; Trallero, 2010), com menores expectativas de oportunidades, com dificuldades de acesso a recursos materiais e a apoio social (von Rueden et al., 2006; Stansfeld et al., 2003).

Influência da família

Há evidências de associações significativas entre as características da interação pais-filhos e os níveis de ajuste psicológico, de autonomia, de identidade, de competências sociais, de competências académicas, de

resiliência, de desenvolvimento integral dos adolescentes, dos recursos individuais, com repercussões na sua saúde física e mental (Berlin, Cassidy & Appleyard, 2008; Brooks & Goldstein, 2010; Carrillo, Ripoll-Nuñez, Cabrera & Bastidas, 2009; Çiviti & Çiviti, 2009; Laursen & Mooney, 2008). A má percepção familiar associa-se significativamente a sintomas depressivos e comportamentos antisociais, a conduta antisocial, a má percepção da escola, a má percepção dos pares e a mais sintomas depressivos (Whiteman & Christiansen, 2008).

A boa comunicação com os pais, o suporte emocional e social, as relações familiares positivas, a monitorização parental construtiva e consistente estão positivamente associados com o bem-estar e negativamente com os sintomas de mal-estar (Weitof, Hjern, Haglund & Rosen, 2003), relacionam-se com maiores índices de recursos pessoais e de ajustamento na adolescência (Field, Diego & Sanders, 2002), conduzem a menor envolvimento em comportamentos de risco e em grupos de pares desviantes (Ardelt & Day, 2002), têm a ver com maior autocontrolo e resiliência por parte dos adolescentes (Brooks & Goldstein, 2010), são preditores de uma maior satisfação com a vida e alimentam uma relação de confiança, de afeto e de compreensão com os pais (McElhaney, Porter, Thompson & Allen, 2008), prenuncia níveis elevados de autoestima, de competências sociais e menores problemas de comportamento (Rubin, Dwyer, Booth-LaForce, Kim, Burgess, & Rose-Krasnor, 2004), torna os adolescentes menos agressivos, menos deprimidos e mais simpáticos (Laible & Thompson, 2000), diminui o envolvimento no consumo de substâncias (Camacho & Matos, 2008), melhora a probabilidade de um bom desenvolvimento cognitivo uma vez que o comportamento do adolescente é guiado pelas atitudes dos pais (Le Roux, 2009).

A ausência de monitorização dos pais, nomeadamente quanto aos novos interesses do adolescente, aos ambientes que frequenta, as atividades e comportamentos em que se envolve, ainda que, no imediato, possa evitar alguns conflitos, a médio e a longo prazo pode resultar perigosa, uma vez que não previne eventuais comportamentos de risco (Fröjd, Kaltiala-Heino & Rimpelä, 2007; Sussman, Pokhrel, Ashmore, & Brown, 2007).

Influência dos Pares

Ter amigos permite aprender a resolver conflitos, partilhar experiências e sentimentos (Pérez, Maldonado, Andrade & Díaz, 2007), experimentar suporte social e sentir-se aceite (Corsano, Majorano, & Champretavy, 2006), ter representações de afeto mais estáveis, competências emocionais mais apropriadas para lidar com situações conflituosas, menos hostilidade e índices de ansiedade social menos elevados (Zimmermann, 2004), possuir uma autoestima mais elevada e relatar mais experiências positivas em tarefas relacionadas com o desenvolvimento pessoal e social (Tarrant, Mackenzie & Hewitt, 2006), transmitir confiança e segurança, diminuir os sentimentos de culpa, vergonha, medo ou inferioridade e possibilitar a experiência de novos papéis (Souza, Borges, Medeiros, Teles & Munari, 2004), criar oportunidades para discutir temáticas comuns ou diferentes das familiares (Bourne, 2001), gerar um ambiente propício ao desenvolvimento saudável, a bons níveis de pertença à escola e a bons resultados académicos (Vaquera & Kao, 2008), predizer felicidade e satisfação com a vida (Demir, & Weitekamp, 2007; Suldo & Huebner, 2006), providenciar suporte social, partilha de interesses, sentimentos e emoções (Chung & Furnham, 2002), contribuir para a formação da identidade positiva, desenvolvendo atitudes, opiniões, prioridades e objetivos juntamente com os pares (Sussman, Unger & Dent, 2004), ajudar a construir uma imagem consistente de si próprios (Claudino, Cordeiro & Arriaga, 2006), trabalhar e incrementar o desenvolvimento de competências sociais (Mouratidis & Sideridis, 2009), diminuir as queixas somáticas (Jellesma, Rieffe & Terwogt, 2008), aumentar a autoestima e prevenir sentimentos de tristeza e infelicidade (Tomé, Matos & Diniz, 2008), ajudar a reduzir o *stress* emocional e os sintomas de depressão; promover comportamentos pró-sociais, práticas altruístas e inclusivamente bom rendimento académico (Steinberg, 2005).

A falta de integração com os pares e relações negativas ou conflituosas podem levar a sentimentos de mal-estar, a insatisfação, a sentimentos de solidão e de infelicidade (Corsano et al., 2006; Suldo & Huebner, 2006; Tomé, Matos & Diniz, 2008).

Influência da Escola

Juntamente com a família, a escola é um âmbito fundamental e estruturante do desenvolvimento saudável de crianças e adolescentes (Matos, 2005; Morales & López-Zafra, 2009). Os adolescentes que abandonam precocemente a escola perdem numerosas oportunidades durante toda a vida, têm menos capacidades de desenvolver o seu potencial, são mais vulneráveis à pobreza, à exploração, às doenças, com consideráveis repercussões negativas sobre a sua família, a sociedade e as gerações futuras (UNICEF, 2003; WHO, 2002a; 2002b). Além disso, tendem a envolver-se mais em comportamentos desviantes tais como consumo substâncias e atividade sexual precoce (Blum & Nelson-Mmari, 2004). Os estudantes que se envolvem na escola possuem mais hipóteses de sucesso académico e de ter comportamentos mais saudáveis (Oddrun, Dür, & Freeman, 2004) e menos comportamentos de risco (Murphey, Lamonda, Carney, & Duncan, 2004).

A escola é referenciada como local propício à educação para a saúde/bem-estar, não apenas porque nela se encontra a maioria dos adolescentes, onde passam grande parte do seu tempo, mas também porque permite a inclusão da educação para a saúde nos *curricula*, bem como uma multiplicidade de intervenções de carácter transversal e convergente (Cohall, Cohall, Dye, Dini, Vaughan, & Coots, 2007; Guldbrandsson & Bremberg, 2005). As escolas permitem a participação dos alunos na construção da sua própria saúde, a promoção de atitudes positivas face aos outros (acolhimento, valorização, atenção à diversidade), a integração dos componentes afetivos e cognitivos, o desenvolvimento de múltiplas inteligências e de aprendizagens significativas, a aquisição e adoção de estilos de vida saudáveis e propiciadores de bem-estar não só no presente como nos horizontes futuros (Marujo & Neto, 2004; Matos & Equipa do Projeto Aventura Social e Saúde, 2003; Ministério da Saúde, 2004).

A qualidade do contexto escolar parece absolutamente fundamental ao desenvolvimento de um ambiente físico e emocional facilitador de escolhas saudáveis, geradoras de bem-estar, ao envolvimento dos adolescentes em relações serenas e construtivas, à criação de espaços de comunicação e de

aconselhamento, à definição de momentos de formação do pessoal docente e de apoio, à iniciativa de atividades promotoras de saúde para além da sala de aula, ao investimento na relação com a comunidade local e com os encarregados de educação, ao fomento dos recursos pessoais dos adolescentes, que os capacitem para incrementar comportamentos de saúde positivos e alterar comportamentos menos saudáveis (Duncan, Duncan, Strycker, & Chaumeton, 2007).

Influência do Tempo de Ecrã

Os adolescentes de hoje têm um acesso sem precedentes aos antigos e novos *media* e usam-nos de maneiras esperadas e inesperadas (Jones & Fox, 2009). A pesquisa sugere influências negativas e benéficas dos *media* na saúde/bem-estar dos mais jovens.

Pela positiva, a investigação mostra que o tempo de ecrã pode aumentar a empatia e a aceitação da diversidade através da modelagem de comportamentos pró-sociais (Hogan & Strasburger, 2008), pode desenvolver competências de alfabetização precoce das crianças, através de programação educacional (Linebarger & Walker, 2005), pode transmitir atitudes antiviolença, empatia, tolerância para com pessoas de outras raças e etnias, e respeito pelos mais velhos (Strasburger, Wilson & Jordan, 2009), pode melhorar o ajustamento com regimes de quimioterapia em adolescentes com cancro (Kato, Cole, Bradlyn & Pollock, 2008), pode integrar mensagens públicas importantes e úteis para a saúde em programas populares entre adolescentes (Rideout, 2008), pode estimular a ligação social entre adolescentes através da comunicação e autorrevelações *online* (Valkenberg & Peter, 2009). Os efeitos sadios da televisão podem ser melhorados e os efeitos nocivos atenuados pela presença de um moderador adulto (Anderson, 2002).

Pela negativa, o tempo de ecrã dos adolescentes permite visualizar e fazer *download* de filmes e vídeos violentos, o que, entre outras coisas, pode modelar comportamentos e tornar a violência aceitável ou levar à ansiedade e ao medo (Bushman, & Anderson, 2009; Strasburger et al., 2009; Worth, Chambers, Naussau, Rakhra & Sargent, 2008); permite maior exposição a conteúdo sexual, enviar mensagens eróticas ou de sexo explícito, podendo

ter como consequência a iniciação mais precoce da atividade sexual (Bleakley, Hennessy, Fishbein, & Jordan, 2008a), maior risco de gravidez não planejada (Chandra, Martino, Collins, Elliott, Berry, Kanouse, & Miu, 2008), e doenças sexualmente transmissíveis (Bleakley et al., 2008); permite formar as crenças dos adolescentes sobre o comportamento de homens e mulheres nos relacionamentos românticos (Brown & L'Engle 2009); permite estar mais exposto ao uso e consumo de substâncias e a comprar cigarros e cerveja na *internet*, sem se dar relevo às consequências negativas (Martino, Collins, Ellickson, Schell, & McCaffrey, 2006); permite contribuir para a atual epidemia de obesidade no mundo inteiro, levando a um maior consumo de alimentos com mais teor de gordura, mais farináceos, com baixo teor nutricional (Harris, Bargh, & Brownell, 2009; Kunkel, McKinley, & Wright, 2009), aumentando a atividade sedentária e diminuindo a atividade física (Strasburger, 2011), suprimindo os sinais de saciedade e aumentando o apetite e o consumo de alimentos durante a visualização (Jordan, et al., 2008; Zimmerman, 2010); permite transmitir o modelo cultural da magreza e visualizar realisticamente intervenções estéticas, com consequências na insatisfação corporal dos adolescentes, em sintomas de perturbação do comportamento alimentar e na perda de autoestima (Bardone-Cone & Cass, 2007; Mazzeo, Trace, Mitchell & Gow, 2007), permite alterar a atenção e a concentração prolongada a tarefas menos emocionantes, como poderá ser o caso dos trabalhos da escola (Edward, Douglas, Craig, & David, 2010), permite afetar, deslocar ou perturbar os padrões de sono (Johnson, Cohen, Kasen, First, & Brook, 2004), permite fazer-se passar por outras pessoas, influenciar crenças e comportamentos (Strasburger, Jordan, & Donnerstein, 2010); permite usar a *internet* como mecanismo de intimidação (cyber bullying) e assédio, frequentemente correlacionado com outros comportamentos de risco e problemas psicossociais, como é o caso das autoagressões (Berkman Center for Internet and Society, 2008; Donnerstein, 2009); permite comunicar com estranhos ou entrar em formas solitárias com consequências negativas sobre a conectividade social (Valkenberg, & Peter, 2009).

Os adolescentes estão cada vez mais envolvidos em múltiplas tarefas simultâneas com os *media* (Rideout, 2010), mas não é claro se mitigam os efeitos dos *media* ou se afetam o processamento cognitivo. Alguns neurocientistas começam a preocupar-se com o impacto de todas estas novas tecnologias no desenvolvimento do cérebro do adolescente (Small, & Vorgan, 2008).

Influência da percepção da imagem corporal

As derivações perniciosas da obsessão por alcançar os estereótipos de beleza corporal arrastam para práticas indesejáveis que podem colocar em perigo a saúde: o exercício físico deixa de ser uma forma de diversão/lazer, ou um meio necessário para melhorar a condição física e converte-se num comportamento patológico; a alimentação deixa de ser equilibrada para se tornar inadequada e, por vezes, descontrolada; os tratamentos farmacológicos, médicos e cirúrgicos estéticos constituem mais um recurso para modificar rápida e facilmente a aparência do corpo (Esnaola & Rodríguez, 2009; ISAPS, 2010; Sahuquillo, 2008). Se um corpo e peso normais podem associar-se, absurda mas frequentemente, a insatisfação corporal, o excesso de peso e uma autopercepção do aspeto menos favorável agrava a sintomatologia depressiva (Brausch & Muehlenkamp, 2007; Trallero, 2010).

São múltiplos os fatores que podem afetar a percepção do corpo e do aspeto, percorrendo a satisfação das relações interpessoais (pares, escola e família), o tipo de relação com os *media* (Esnaola & Rodríguez, 2009), a percepção de autoeficácia física (capacidades motoras implicadas no exercício físico e nas atividades desportivas), os traços de personalidade, o estado de humor (King, 2002; Trallero, 2010), a autoestima, as competências e as expectativas (Fuentetaja & Masó, 2007).

Como pano de fundo de todos estes fatores encontram-se elementos culturais que afirmam determinados estereótipos de género, influenciando o *feedback* dos outros e, conjuntamente, a percepção do próprio adolescente (Rodríguez & Goñi, 2009). O *feedback* dos outros, especialmente do grupo de pares, é importante, mas é sempre o próprio quem interpreta, pelo que o adolescente pode ser influenciado, mais do que por uma realidade concreta,

por uma crença própria. Esta pode estar ajustada à realidade ou possuir algum grau de desfiguração, falando-se então de distorção da imagem corporal (Toro, 2004; Trallero, 2010). Mais do que o peso objetivo, mais do que o índice de massa corporal, a insatisfação corporal da(o)s adolescentes associa-se às manifestações negativas, à história de piadas e sarcasmos, que se repercutem em importantes sintomas depressivos (Eisenberg & Neumark-Sztainer, 2003; Richardson, Garrison, Drangsholt, Lloyd & Linda, 2006).

A avaliação do corpo e do aspeto difere segundo o género. Uma autoimagem negativa pode acarretar múltiplos problemas para o adolescente, qualquer que seja o género: entenebrece a sua imagem corporal, piora a imagem social percebida, reduz ou anula a sua autoestima. Em tais circunstâncias não é possível experimentar satisfação nas relações sociais, especialmente as estabelecidas com pares, do seu próprio género ou do oposto. Este facto incrementa o seu mal-estar ou sofrimento subjetivo, operando a influência no humor negativo em todas as funções cognitivo-emocionais (Bergeron & Tylka, 2007; Trallero, 2010). Os últimos anos assistiram ao desenvolvimento de algumas investigações que manifestaram relação entre atitudes e sentimentos negativos quanto à autoimagem e ideação suicida (Brausch & Muehlenkamp, 2007).

Linhas para a intervenção

A abordagem multidimensional da saúde/bem-estar em crianças e adolescente permite obter o conhecimento necessário ao desenvolvimento de métodos de intervenção e promoção da qualidade de vida nestes grupos etários. Numa vertente, identifica fatores de risco e possíveis abordagens para prevenir os efeitos negativos desses fatores. Noutra vertente, favorece o desenvolvimento de fatores protetores que se tornam recursos pessoais para lidar positivamente com os desafios dos contextos e das circunstâncias de vida (Duncan, Duncan, Strycker, & Chaumeton, 2007; Helseth & Lund, 2005).

A intervenção para a saúde/bem-estar deve ser planeada e estruturada para gerar escolhas saudáveis desde já, ter relevância concreta para os adolescentes, fornecer informação e conteúdos que possam ser incluídos

de imediato nos respectivos padrões de vida, porque o momento presente é determinante dos momentos do futuro (Achterberg & Miller, 2004; Duncan et al., 2007; WHO, 2005).

Não há uma única estratégia mágica que ajude cada adolescente a ter maior bem-estar. Todos têm necessidade, interesses, valores, recursos, inclinações particulares que predispõem a dedicar esforço e a obter vantagens de algumas estratégias mais do que doutras. Se há algum “segredo” para maior bem-estar, este consiste em determinar que estratégias de bem-estar são mais convenientes para cada indivíduo segundo o gênero, a idade e as circunstâncias, sem esquecer a qualidade dos contextos (Lyubomirsky, 2008; Sheldon & Lyubomirsky, 2006; Dickerhoof, 2007).

As características dos contextos relacionais parecem associar-se diretamente à qualidade dos recursos pessoais do adolescente que, por sua vez, estão na base das opções comportamentais e dos estilos de vida, com maior ou menor preocupação com a respetiva saúde/bem-estar (Trallero, 2010). Numa abordagem ecológica, sendo os adolescentes o foco da intervenção, a qualidade dos contextos afigura-se determinante para um desenvolvimento sustentado e perseverante de recursos pessoais, de modo a que o adolescente obtenha melhores índices de saúde/bem-estar.

O processo de autonomia próprio da etapa da adolescência leva a que a gestão da saúde/bem-estar deixe de ser feita exclusivamente pelos educadores, começando os adolescentes a responsabilizarem-se pela própria saúde e pelos comportamentos a ela ligados (Srof & Velsor-Friedrich, 2006). Este caminho da autonomia é feito em contextos, em espaços vivenciais e relacionais, que podem ser mais ou menos propícios ao desenvolvimento dos recursos pessoais do adolescente. Deste modo, a promoção da saúde/bem-estar do adolescente, terá necessariamente que incluir na equação das linhas de intervenção os contextos onde o adolescente existe e o modo/hábitos/cultura/padrões que estão presentes nesses contextos (Souza & Grundy, 2004; Werch, Bian, Moore, Ames, DiClemente & Weiler, 2007).

A literatura oferece uma vasta gama de conteúdos que dizem respeito às vivências dos adolescentes e que são passíveis de ser integradas num programa de educação para a saúde/bem-estar: a relação com o corpo e com a autoimagem, o sono, o lazer e a música, a atividade física e o desporto, o consumo de substâncias, a violência entre pares, a resolução de conflitos, a relação com os amigos e com o grupo, a saúde reprodutiva e sexual, a nutrição, os estilos de vida sedentários e suas consequências, as dietas desequilibradas, os comportamentos de risco, o tempo de ecrã, a relação com a família e com a escola, a comunicação com os outros, o lidar com as adversidades, a construção de ambientes saudáveis, a afetividade e a sexualidade, a regulação emocional, a tolerância e relação com a diferença, a análise crítica dos *media*, o conhecimento de si próprio (DGS, 2007; Guldbrandsson & Bremberg, 2005; Matos & Sampaio, 2009). São necessários mais estudos para aprofundar as dimensões e estratégias necessárias às intervenções contextualizadas para a promoção da saúde/bem-estar dos adolescentes. Desejável será que estas intervenções sejam ajustadas às características dos contextos onde decorre a sua existência, promovendo competências que ajudem o adolescente a dar consistência a recursos pessoais, para que se projete numa adultícia estruturada, saudável e realizadora.

Referências

- Achterberg, C., & Miller, C. (2004). Is one theory better than another in nutrition education? A viewpoint: More is better. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 36(1), 40-42.
- Anderson, C. (2002). The effects of media violence on society. *Science*, 295, 2377–2389.
- Ardelt M., & Day, L. (2002). Parents, siblings, and peers: Close social relationships and adolescent deviance. *Journal of Early Adolescence*. 22(3), 310-349.
- Bardone-Cone, A. M. & Cass, K. M. (2007). What does viewing a proanorexia website exposure and moderating effects. *International Journal of Eating Disorders*, 40, 537-548.
- Bekaert, S. (2003). Developing adolescent services in general practice. *Nursing Standart*, 17(36), 33-36.
- Bergeron, D. & Tylka, T. L. (2007). Support for the uniqueness of body dissatisfaction from drive for muscularity among men. *Body Image*, 4, 288-295.
- Berkman Center for Internet and Society. (2008). *Enhancing Child Safety and Online Technologies: Final Report of the Internet Safety Technical Task Force to the Multistate Working Group on Social Networking of State Attorneys General of the United States*. Cambridge, MA: Berkman Center for Internet and Society.
- Berlin, L. J., Cassidy, J. & Appleyard, K. (2008). The influence of early attachments on other relationships. In J. Cassidy & Ph. Shaver (Eds.). *Handbook of Attachment* (2^o ed.): New York: Guilford, pp. 333-365.
- Bleakley, A., Hennessy, M., Fishbein, M. & Jordan, A. (2008a). How sources of sexual information relate to adolescents' beliefs about sex. *The American Journal Health Behavior*, 33(1): 37-48.
- Blum, R.W., Nelson-Mmari, K. The Health of Young People in a Global Context. *Journal of Adolescent Health*, 35, 402-418.

- Bourne, H. (2001). *Peer Pressure*. Consultado em 24 de janeiro de 2011 na World Wide Web: http://findarticles.com/p/articles/mi_g2699/is_0005/ai_2699000579/.
- Brausch, A. M. & Muehlenkamp, J. J. (2007). Body image and suicidal ideation in adolescents. *Body Image, 4*, 207-212.
- Bronfenbrenner, U. (2005). *Making human beings human: Bioecological perspectives on human development*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Brooks, R. & Goldstein, S. (2010). *El Poder de la Resiliencia. Cómo Superar los Problemas y la Adversidad*. Barcelona: Paidós.
- Brown, J. D. & L'Engle, K. L. (2009). X-rated: sexual attitudes and behaviors associated with US early adolescents' exposure to sexually explicit media. *Communication Research, 36*(1), 129-151.
- Bushman, B. J. & Anderson, C. A. (2009). Comfortably numb: desensitizing effects of violent media on helping others. *Psychological Science, 20*(3), 273-277.
- Camacho, I. & Matos, M. (2008). A família: fator de proteção no consumo de substâncias. In M. Matos (Eds.). *Consumo de Substâncias: Estilo de Vida? À Procura de um Estilo?*. Lisboa: IDT, pp. 165-200.
- Carrillo, S., Ripoll-Nuñez, K., Cabrera, V. & Bastidas, H. (2009). Relaciones familiares, calidad de vida y competencia social en adolescentes y jóvenes colombianos. *Summa Psicológica, 6*(2), 3-18.
- Ceballos, G. (2009). *El Adolescente y sus Retos: La Aventura de Hacerse Mayor*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Chandra, A., Martino, S. C., Collins, R. L., Elliott, M. N., Berry, S. H., Kanouse, D. E. & Miu, A. (2008). Does watching sex on television predict teen pregnancy? Findings from a National Longitudinal Survey of Youth. *Pediatrics, 122*(5), 1047-1054.
- Chung, H., & Furnham, A. (2002). Personality, peer relations, and self-confidence as predictors of happiness and loneliness. *Journal of Adolescence, 25*, 327-339.
- Çiviti, N. & Çiviti, A. (2009). Self-esteem as mediator and moderator of relationships between loneliness and life satisfaction in adolescents. *Personality and Individual Differences, 47*, 954-958.
- Claudino, J., Cordeiro, R., & Arriaga, M. (2006). Depressão e suporte social em adolescentes e jovens adultos um estudo realizado junto de adolescentes préuniversitários. *Educação, Ciência e Tecnologia, 32*, 182-195.
- Cohall, A. T., Cohall, R., Dye, B., Dini, S., Vaughan, R. D., & Coots, S. (2007). Overheard in the halls: What adolescents are saying, and what teachers are hearing, about health issues. *Journal of School Health, 77*(7), 344-350.
- Compas, B. (2004). Processes of risk and resilience during adolescence. In Lerner, R. & Steinberg, L. (dirs): *Handbook of adolescent psychology*, Hoboken, New Jersey: Wiley, 2nd ed., pp. 263-296.
- Corsano, P., Majorano, M., & Champretavy, L. (2006). Psychological well-being in adolescence: The contribution of interpersonal relations and experience of being alone. *Adolescence, 41*(162), 341-353.
- Demir, M., & Weitekamp, L. (2007). I Am so happy cause today I found my friend: Friendship and personality as predictors of happiness. *Journal of Happiness Studies, 8*, 181-211.
- Detmar, S.; Bruil, J.; Ravens-Sieberer, U.; Gosch, A.; Bisegger, C. & the European KIDSCREEN group (2006). The use of focus group in the development of the KIDSCREEN HRQL questionnaire. *Quality of Life Research, 1*(5), 1345-1353.
- DGS (2005). *Bases do Programa Nacional de Saúde dos Jovens*. Lisboa: Direção Geral de Saúde: Divisão Materna, Infantil e dos Adolescentes.
- DGS (2006). *Programa Nacional de Saúde dos Jovens 2006/2010*. Direção Geral de Saúde: Divisão Materna, Infantil e dos Adolescentes.
- DGS. (2007). *Health in Portugal: 2007*. Lisboa: DGS
- Dickerhoof, R. (2007). *Expressing gratitude and optimism. A longitudinal investigation of cognitive activities to increase well-being*, tesis doctoral inédita. Facultad de Psicología, Universida de California, Riveside.
- Donnerstein, E. (2009). The Internet. In Strasburger, V. C., Wilson, B.J. & Jordan, A. (eds.) *Children, Adolescents, and the Media*. 2nd ed. Thousand Oaks, CA: Sage, pp. 471-498.
- Dowdell, E. B. (2006). Alcohol use, smoking, and feeling unsafe: Health risk behaviors of two urban seventh grade classes. *Comprehensive Pediatric Nursing, 29*, 157-171.
- Duncan, S., Duncan, T., Strycker, L., & Chaumeton, N. (2007). A cohort-sequential latent growth model of physical activity from age 12 to 17 years. *Annals of Behavioral Medicine, 33*(1), 80-89.

- Edward, L., Douglas, G., Craig, A. & David, A. (2010). Television and Video Game Exposure and the Development of Attention Problems. *Pediatrics*, 126(2), 214-221. Consultado em 23 de setembro de 2011 na World Wide Web: <http://www.pediatricsdigest.mobi/content/126/2/214.full>.
- Eisenberg, M. E. & Neumark-Sztainer, D. (2003). Associations of weight-based teasing and emotional well-being among adolescents. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 157, 733-741.
- Eснаоla, I. & Rodríguez, A. (2009). La imagen corporal y el autoconcepto físico. In *El Autoconcepto Físico: Psicología Y Educación*. Alfredo Goñi Granmontagne (Coord). Ediciones Pirámide: Madrid, pp. 193- 205.
- Field, T. M., Diego, M., & Sanders, C. (2002). Adolescents' parent and peer relationships. *Adolescence*, 37(145), 121-130.
- Fröjd, S., Kaltiala-Heino, R. & Rimpelä, M. (2007). The association of parental monitoring and family structure with diverse maladjustment outcomes in middle adolescent boys and girls. *Nordic Journal of Psychiatry*, 61, 949-958.
- Fuentetaja, A. M. L. & Masó, A. C. (2007). *Adolescencia: Límites Imprecisos*. Madrid: Alianza Editorial.
- Gaspar, T.; Matos, M.; Gonçalves, A.; Ferreira, M. & Linhares, F. (2006). Comportamentos Sexuais, Conhecimentos e Atitudes Face ao VIH/Sida em Adolescentes Migrantes. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 7(2), 299-316.
- Guldbrandsson, K., & Bremberg, S. (2005). Two approaches to school health promotion – a focus on health-related behaviours and general competencies: An ecological study of 25 Swedish municipalities. *Health Promotion International*, 21(1), 37-44.
- Harris, J., Bargh, J. & Brownell, K. (2009). Priming effects of television food advertising on eating behavior. *Health Psychology*, 28(4), 404-413.
- Helseth, S. & Lund, T. (2005). Assessing health-related quality of life in adolescents: some psychometric properties of the first Norwegian version of KINDL. *Scandinavian Journal Caring science*, 19, 102-109.
- Hogan, M. J. & Strasburger, V. C. (2008). Media and prosocial behavior in children and adolescents. In Nucci, L. & Narvaez, D. (eds.) *Handbook of Moral and Character Education*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum, pp. 537-553.
- ISAPS. (2010). International Survey on Aesthetic/Cosmetic Procedures Performed in 2009.
- Jellesma, F. C., Rieffe, C., & Terwogt, M. M. (2008). My peers, my friend, and I: Peer interactions and somatic complaints in boys and girls. *Social Science & Medicine*, 66, 2195-2205.
- Johnson, J., Cohen, P., Kasen, S., First, M. & Brook, J. (2004). Association between television and sleep problems during adolescence and early adulthood. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*. 158(6), 562–568.
- Jones, S. & Fox, S. (2009). *Generations Online in 2009*. Washington, DC: Pew Research Center. Consultado em 5 de dezembro de 2010 na World Wide Web: www.pewinternet.org/_media/Files/Reports/2009/PIP_Generations_2009.pdf.
- Jordan, A., Kramer-Golinkoff, E. & Strasburger, V. (2008). Do the media cause obesity and eating disorders? *Adolescent Medicine: State of the Art Reviews*. 19(3), 431-449.
- Kato, P., Cole, S., Bradlyn, A. & Pollock, B. (2008). A video game improves behavioral outcomes in adolescents and young adults with cancer: a randomized trial. *Pediatrics*. 122(2). Consultado em 14 de junho de 2010 na World Wide Web: <http://pediatrics.aappublications.org/content/122/2/e305.full>.
- King, R. A. (2002). Adolescence. In Lewis, M. (dir.): *Child and Adolescent Psychiatry. A Comprehensive textbook, Third edition*. Filadelfia: Lippincott Williams & Wilkins, pp. 332-242.
- Kunkel, D., McKinley, C. & Wright, P. (2009). *The Impact of Industry Self-regulation on the Nutritional Quality of Foods Advertised on Television to Children*. Oakland, CA: Children Now.
- Laible, D. & Thompson, R. (2000). Mother-child discourse, attachment security, shared positive affect, and early conscience development. *Child Development*, 71, 1424-1440.
- Laursen, B. & Mooney, K. S. (2008). Relationship network quality: Adolescent adjustment and perceptions of relationships with parents and friends. *American Journal of Orthopsychiatry*, 78, 47-53.
- Le Roux, A. (2009). The relationships between adolescents' attitudes toward their fathers and loneliness: A cross-cultural study. *Journal of Child and Family Studies*, 18(2), 219-226.
- Linebarger, D. H. & Walker, D. (2005). Infants' and toddlers' television viewing and language outcomes. *American Behavioral Scientist*, 48(5), 624-645.

- Lyubomirsky, S. (2008). *La Ciencia de la Felicidad*. Barcelona: Ediciones Urano.
- Lyubomirsky, S., King, L. & Diener, E. (2005). The benefits of frequent positive affect: does happiness lead to success? *Psychological Bulletin*, 131(6), 803-855.
- Lyubomirsky, S., Sheldon, K. & Schkade, D. (2005). Pursuing happiness: The architecture of sustainable change. *Review of General Psychology*, 9, 111-131.
- Lyubomirsky, S., Sousa, L., & Dickerhoof, R. (2006). The costs and benefits of writing, talking, and thinking about life's triumphs and defeats. *Journal of Personality and Social Psychology*, 90, 692-708.
- Marmot, M. G. (2005). Social determinants of health inequalities. *Lancet*, 365, 1099-1104.
- Martino, S. C., Collins, R. L., Ellickson, P. Schell, T. L., & McCaffrey, D. (2006). Socioenvironmental influences on adolescent's alcohol outcome expectancies: a prospective analysis. *Addiction*, 101(7), 971-983.
- Marujo, H., A. & Neto, L. M. (2004). *Otimismo e Esperança na Educação: Fontes inspiradoras para uma Escola Criativa*. Lisboa: Presença.
- Matos, M. & Equipa Aventura Social. (2003). *A saúde dos adolescentes portugueses (Quatro anos depois)*. Lisboa: Edições FMH.
- Matos, M. & Equipa do Aventura Social (2006). *A saúde dos adolescentes portugueses – Hoje e em 8 anos – Relatório Preliminar do estudo HBSC 2006*. Consultado em 15 de janeiro de 2010 na World Wide Web: www.fmh.utl.pt/aventurasocial.com.
- Matos, M. & Sampaio, D. (2009). *Jovens com Saúde. Diálogos com uma Geração*. Lisboa: Texto.
- Matos, M. (2005). Adolescência, saúde e desenvolvimento. In M. Matos (Eds) *Comunicação, Gestão de Conflitos e Saúde na Escola*. Lisboa, Faculdade de Motricidade Humana, pp. 27-39.
- Matos, M., Gonçalves, A. & Gaspar, T. (2005). *Aventura social e saúde: Prevenção do VIH numa comunidade migrante* Lisboa: CMDT/IHMT/UNL & FMH/UTL.
- Mazzeo, S. E., Trace, S. E., Mitchell, K. S. & Gow, R. W. (2007). Effects of a reality television cosmetic surgery makeover program on eating disordered attitudes and behaviors. *Eating Behaviors*, 8, 390-397.
- McElhaney, K., Porter, M., Thompson, L. & Allen, J. (2008). Apples and oranges: divergent meanings of parent's and adolescent's perceptions of parental influence. *The Journal of Early Adolescence*, 28, 206-229.
- Ministério da Saúde (2004). *Plano Nacional de Saúde 2004-2010: Mais saúde para todos: Prioridades* (Vol. 1). Lisboa: Ministério da Saúde. Consultado em 28 de fevereiro de 2010 na World Wide Web: www.dgsaude.pt.
- Morales, M. & López-Zafra, E. (2009). Inteligencia emocional Y rendimiento escolar: estado actual de la cuestión. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 41(1): 69-79.
- Mouratidis, A., & Sideridis, G. (2009). On social achievement goals: Their relations with peer acceptance, classroom belongingness, and perceptions of loneliness. *The Journal of Experimental Education*, 77(3), 285-307.
- Murphey, D. A., Lamonda, K. H., Carney, J. K., & Duncan, P. (2004). Relationships of a brief measure of youth assets to health-promoting and risk behaviors. *Journal of Adolescent Health*, 34, 184-191.
- Nabors, L., Troillett, A., Nash, T., & Masiulis, B. (2005). School nurse perceptions of barriers and supports for children with diabetics. *Journal of School Health*, 75(4), 119-124.
- Najman, J. M., Aird, R., Bor, W., O'Callaghan, M., Williams, G. M. & Shuttlewood, G.J. (2004). The generational transmission of socioeconomic inequalities in child cognitive development and emotional health. *Social Science & Medicine*, 58(6), 1147-1158.
- Oddrun, S., Dür, W., & Freeman, J. (2004). School. In C. Currie, C. Roberts, A. Morgan, R. Smith, W. Settertobulte, O. Samdal, *Young people's health in context – health behaviour in school-aged children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, pp. 42-51.
- Pérez, J. J., Maldonado, T. C., Andrade, C. F., & Díaz, D. R. (2007). Judgments expressed by children between 9 to 11 years old, about behaviors and attitudes that lead to acceptance or social rejection in a school group. *Revista Diversitas – Perspetiva s en Psicologia*, 3(1), 81-107.
- Prada, E. C. (2005). *Psicologia Positiva y Emociones Positivas*. Consultado em 17 de agosto de 2010 na World Wide Web: <http://www.psicologia-positiva.com/Psicologiapos.pdf>.
- Richardson, L. P., Garrison, M. M., Drangsholt, M., Lloyd, M. & Linda, R. (2006). Associations between depressive symptoms and obesity during puberty. *General Hospital Psychiatry*, 28, 313-320.

- Rideout, V. (2008). *Television as a Health Educator: A Case Study of Grey's Anatomy*. Menlo Park, CA: Kaiser Family Foundation.
- Rideout, V. (2010). *Generation M2: Media in the Lives of 8 to 18-Year-Olds*. Menlo Park, CA: Kaiser Family Foundation.
- Rodríguez, A. & Goñi, A. (2009). Vulnerabilidad de Autoconcepto Físico a los influjos culturales. In *El Autoconcepto Físico: Psicología Y Educación*. Alfredo Goñi Granmontagne (Coord). Ediciones Pirámide: Madrid, pp. 223-247.
- Rubin, K. H., Dwyer, K. M., Booth-LaForce, C., Kim, A. H., Burgess, K. B., & Rose-Krasnor, L. (2004). Attachment, friendship, and psychosocial functioning in early adolescence. *Journal of Early Adolescence, 24*(4), 326-356.
- Sahuquillo, M. R. (2008). Los menores se enganchan a la cirugía estética. *El País, 4 Febrero*, pp. 34-35.
- Seligman, M. E. P., Berkowitz, M. W., Catalano, R. F., Damon, W., Eccles, J.S., Gillham, J. E., Moore, K. A., Nicholson, H. J., Park, N., Penn, D. L., Peterson, C., Shih, M., Steen, T. A., Sternberg, R. J., Tierney, J. P., Weissberg, R. P., & Zaff, J. F. (2005). The positive perspective on youth development. In D. L. Evans, E. Foa, R. Gur, H. Hendrin, C. O'Brien, M. E. P. Seligman, & B. T. Walsh (Eds), *Treating and preventing adolescent mental health disorders: What we know and what we don't know*. New York: Oxford University Press, The Annenberg Foundation Trust at Sunnylands, and The Annenberg Public Policy Center of the University of Pennsylvania, pp. 499-529
- Sheldon, K. M., & Lyubomirsky, S. (2006). Achieving sustainable gains in happiness: Change your actions, not your circumstances. *Journal of Happiness Studies, 7*, 55-86.
- Small, G. & Vorgan, G. (2008). *iBrain: Surviving the Technology Alteration of the Modern Mind*. New York, NY: Harper Collins.
- Souza, E. & Grundy, E. (2004). Promoção de Saúde, Epidemiologia Social e Capital Social: Interações e perspectivas para a Saúde Pública. *Cadernos de Saúde Pública, 20*(5), 1354-1360.
- Souza, M. M., Borges, I. K., Medeiros, M., Teles, A. S. & Munari, D. B. (2004). A Abordagem de Adolescentes em Grupos: o Contexto da Educação em Saúde e Prevenção de DST. *Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis, 16*(2), 18-22.
- Spurrier, N., Sawyer, M., Clark, J. & Baghurst, P. (2003). Socioeconomic differentials in the health-related quality of life of Australian children: results of a national study. *Australian National Journal of Public Health, 27*, 27-33.
- Srof, B. J., & Velsor-Friedrich, B. (2006). Health promotion in adolescents: A Review of pender's health promotion model. *Nursing Science Quarterly, 19*(4), 366-373.
- Stansfeld, S., Head, J., Fuhrer, R., Wardle, J. & Cattell, V. (2003). Social inequalities in depressive symptoms and physical functioning in the Whitehall II study: exploring a common cause explanation. *Journal of Epidemiology Community Health, 57*, 361-367.
- Steinberg, L. (2005). Cognitive and affective development in adolescence. *Trends of Cognitive Science, 9*, 69-74.
- Strasburger, V. (2011). Children, Adolescents, Obesity, and the Media. *PEDIATRICS, 128*(1), 201-208. Consultado em 12 de setembro de 2011 na World Wide Web: www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2011-1066.
- Strasburger, V. C., Jordan, A. B. & Donnerstein, E. (2010). Health Effects of Media on Children and Adolescents. *Pediatrics, 125*(4), 756-767.
- Strasburger, V. C., Wilson, B. J., & Jordan, A. B. (2009). *Children, Adolescents, And The Media*, 2nd edition. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Suldo, S., & Huebner, E. S. (2006). Is extremely high life satisfaction during adolescence advantageous? *Social Indicators Research, 78*, 179-203.
- Sussman, S., Pokhrel, P., Ashmore, R. D., & Brown, B. B. (2007). Adolescent peer group identification and characteristics: A review of the literature. *Addictive Behaviors, 32*, 1602-1627.
- Sussman, S., Unger, J., & Dent, C. (2004). Peer group self-identification among alternative high school youth: a predictor of their psychosocial functioning five years later. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 1*(4), 9-25.
- Tarrant, M., Mackenzie, L., & Hewitt, L. (2006). Friendship group identification multidimensional self-concept, and experience of developmental tasks in adolescence. *Journal of Adolescence, 29*, 627-640.
- Tomé, G., Matos, M. & Diniz, A. (2008). Consumo de substâncias e isolamento social durante a adolescência, in M. Matos (eds.) *Consumo de Substâncias: Estilo de Vida? À Procura de um estilo?* Lisboa: IDT, pp. 95-126.

- Toro, J. (2004). *Riesgo Y causas de la anorexia nerviosa*. Barcelona: Ariel.
- Trallero, J. (2010). *El Adolescente en su Mundo. Riesgos, problemas y trastornos*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- UNICEF (2003). *Informe Annual*. Consultado em 12 de outubro de 2009 na World Wide Web: http://www.unicef.org/spanish/publications/files/pub_ar03_sp.pdf
- Valkenberg, P. & Peter, J. (2009). Social consequences of the Internet for adolescents: a decade of research. *Current Directions in Psychological Science*, 18(1), 1–5.
- Vaquera, E., & Kao, G. (2008). Do you like me as much as I like you? Friendships reciprocity and its effects on school outcomes among adolescents. *Social Science Research*, 37, 55-72.
- von Rueden, U., Gosch, A., Rajmil, L., Bisegger, C., Ravens-Sieberer, U. & the European Kidscreen group, (2006). Socioeconomic determinants of health related quality of life in childhood and adolescence: results from a European study. *Journal of Epidemiol Community Health*, 60(2), 130-135.
- Weitoff, G.R., Hjern, A., Haglund, B., & Rosen, M. (2003). Mortality, severe morbidity, and injury in children living with single parents in Sweden: a population-based study. *Lancet*, 361(9354), 289-295.
- Werch, C. E., Bian, H., Moore, M. J., Ames, S., DiClemente, C. C., & Weiler, R. M. (2007). Brief multiple behaviour interventions in a college student health care clinic. *Journal of Adolescent Health*, 41, 577-585.
- Whiteman, S. D. & Christiansen, A. (2008). Processes of sibling influence in adolescence: individual and family correlates. *Family Relations*, 57, 24-34.
- WHO (2005). *European strategy for child and adolescent health and development*. Copenhagen: WHO: Regional Office for Europe. Consultado em 12 de dezembro de 2010 na World Wide Web: <http://www.euro.who.int/Document/RC55/edoc06.pdf>.
- World Health Organization (1948). *Officials Records of the World Health Organization*, nº 2, p. 100. United Nations, World Health Organization. Geneve, Interim Comission.
- World Health Organization (1986). *Young people's health - a challenge for society: report of a WHO study group on young people and "Health for all by the year 2000"*. Geneva: WHO.
- World Health Organization (2002a). *Mental health: evidence and research*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (2002b). *Prevention and promotion in mental health*. Geneva: WHO.
- World Health Organization (2003). *The health of children and adolescents in WHO's European Region*. Vienna: WHO Regional Committee for Europe. Consultado em 27 de julho de 2008 na World Wide Web: <http://www.euro.who.int/document/rc53/edoc11.pdf>
- Worth, K. A., Chambers, J. G., Naussau, D. H., Rakhra, B. K. & Sargent, J., D. (2008). Exposure of US adolescents to extremely violent movies. *Pediatrics*, 122(2), 306-312.
- Zimmerman, F. & Bell, J. (2010). Associations of television content type and obesity in children. *American Journal of Public Health*, 100(2), 334–340.
- Zimmermann, P. (2004). Attachment representations and characteristics of friendship relations during adolescence. *Journal of Experimental Child Psychology*, 88, 8

Savoring: perante um acontecimento positivo

Paulo Gomes

A Capacidade para Usufruir (*Savoring*) (Tugade & Fredrickson, 2007; Bryant, 1989, 2003; Bryant & Veroff, 2007) é uma área apontada como fundamental para manter e/ou aumentar e melhorar a quantidade e qualidade das experiências positivas. Bryant e Veroff (2007) definem o conceito de Capacidade para Usufruir como a capacidade de prestar atenção, apreciar e intensificar experiências emocionais. É o processo através do qual as pessoas, ativamente, obtêm prazer e satisfação em relação às experiências positivas. Apresentam-no como um processo paralelo ao de *Coping*, proposto por Lazarus e Folkman (1984). Será a contrapartida positiva do *coping*, a autoavaliação da capacidade de desfrutar das experiências positivas.

Imagine as seguintes situações...

- Recebe um telefonema de alguém de quem gosta e que já não vê há muito tempo. Do outro lado, ouve: “Olá, estás bem? Tenho saudades tuas!”;
- Jogou no Euromilhões e quando vai confirmar os resultados, percebe que acabou de ganhar um bom prémio;
- Liga a rádio e está a passar a sua música preferida, começa a cantá-la e a dançar ao mesmo tempo;
- Chega a casa e tem na mesa a sua comida preferida, senta-se e delicia-se com cada garfada que dá;
- Está de malas feitas a dirigir-se para o aeroporto para ir de férias para um local novo, escolhido por si, numa viagem que já planeia e deseja há imenso tempo;
- Está rodeado de um grupo de bons amigos numa saída à noite;
- Deitado, a sentir o sol a bater-lhe no corpo, sem qualquer preocupação, simplesmente a sentir o calor, a ouvir o som da natureza e a usufruir do momento.

O que têm estes momentos em comum? Todos eles são experiências com a capacidade de nos provocar emoções positivas. E aqui surge a principal questão que esta revisão aborda: O que fazemos quando experienciamos este tipo de momentos? Ou seja, como lidamos com os acontecimentos positivos que nos acontecem diariamente? Quais são os processos psicológicos subjacentes a essas mesmas experiências e como é que as transformamos em emoções? Ainda sabemos pouco sobre os processos que regulam as nossas experiências emocionais positivas (Bryant, Chadwick, & Kluwe, 2011).

Bryant e Veroff (2007) referem no seu livro "*Savoring – A new model of Positive Experience*" que, na Psicologia Positiva, faltam ainda ideias e modelos sobre as dinâmicas da experiência positiva, dos processos que fazem a ligação entre os eventos e/ou personalidade e as emoções.

O estudo das emoções tem uma longa história. Contudo, só na última década é que nos temos centrado nas emoções positivas e na sua importância para a saúde física e mental (Fredrickson & Cohn, 2008). Em 2000, Seligman e Csikszentmihalyi predisseram, e simultaneamente colocaram, como um dos objetivos da psicologia possibilitar aos psicólogos perceberem e intervirem nos fatores que permitem que os indivíduos, as comunidades e as sociedades floresçam. Já nessa altura, referiam que pouco sabíamos sobre a forma como as pessoas florescem sob condições favoráveis.

Apesar do aumento do interesse sobre a psicologia positiva nos últimos anos, passada uma década, a investigação nesta área pouco tem analisado os processos subjacentes às experiências positivas (Bryant & Veroff, 2007). Ainda sabemos muito pouco sobre a forma como a mente transforma experiências positivas e negativas em emoções. O que falta à psicologia positiva é um claro entendimento sobre os processos mediadores, através dos quais acontecimentos positivos produzem emoções específicas (Bryant et al, 2011).

Uma meta análise realizada por Lyubomirsky, King e Diener (2005) concluiu que as emoções positivas, apesar de poderem ser consequência do sucesso e saúde, também têm em si a capacidade de produzir na mesma

proporção esse mesmo sucesso e saúde. Ou seja, em termos de causalidade, a evidência é de que as emoções positivas não são apenas as consequências expectáveis de acontecimentos positivos, elas parecem contribuir de forma causal para bons *outcomes* (resultados) como, por exemplo, a melhoria do funcionamento psicológico (Mauss et al., 2011).

Levanta-se, assim, a questão de como o fazem? Como é que as pessoas de emoções positivas conseguem construir sucesso, saúde e longevidade (Fredrickson et al., 2008)?

Utilizando o modelo conceptual “*broaden-and-build*” das emoções positivas, desenvolvido por Fredrickson (1998; 2001), podemos encontrar algumas respostas para estas questões. Segundo esta abordagem, quando um sujeito experiencia emoções positivas alarga, literalmente, a forma de ver (pensar) e de enfrentar (agir) diferentes situações/problemas. Alarga, por assim dizer, os seus pensamentos e comportamentos. Em segundo lugar, ao tornarem automático este processo de procurar e experienciar emoções positivas, os sujeitos mudam e crescem, tornando-se melhores e com mais recursos pessoais (cognitivos, sociais, intelectuais e estratégias de coping). As pessoas que experienciam mais emoções positivas desenvolvem mais competências que lhes permitem lidar com diferentes desafios (Cohn et al, 2009).

Recentemente, identificou-se que a capacidade de experienciar emoções positivas em situações stressantes contribui de forma importante para o *coping* e para a resiliência (Tugade, 2010).

O *Savoring* envolve a autorregulação de sentimentos positivos, gerando, mantendo e aumentando o afeto positivo, atendendo às experiências positivas do passado, presente e futuro (Bryant et al, 2011).¹¹

¹¹ Utilizando esta explicação do conceito, optámos por traduzir *Savoring* como Capacidade para Usufruir. Contudo, iremos utilizar preferencialmente o termo originalmente apresentado pelos autores – *Savoring*. Isto fica a dever-se ao facto de já termos encontrado o termo traduzido como *Saborear* (Baptista, 2012) ou *Desfrutar* em algumas teses de mestrado e numa investigação que está a decorrer, onde utilizámos grupos focais, não houve consenso quanto à palavra portuguesa que melhor traduz o conceito de *savoring*.

Este usufruir traz benefícios para as pessoas ao longo de toda a vida. Estudos correlacionais têm mostrado que esta capacidade é um bom preditor do bem-estar subjetivo de crianças a idosos. Está ainda associado, positivamente, ao otimismo, *locus* de controlo interno, satisfação com a vida, autoestima e comportamentos de autocontrolo e, negativamente, com a depressão e desânimo aprendido (Bryant, 2003; Bryant & Veroff, 2007). Para operacionalizar este constructo teórico estes autores desenvolveram várias medidas, divididas em duas principais áreas: Crenças (autoavaliação sobre a capacidade de desfrutar experiências positivas); e Respostas ou Estratégias (comportamentos e pensamentos enquanto experienciam um evento positivo).

Para entendermos a natureza do *savoring*, é importante distinguir quatro componentes conceptuais inter-relacionados, a saber: a) Experiências de *savoring*; b) Processos de *savoring*; c) Estratégias de *savoring*; e d) Crenças de *savoring* (Bryant & Veroff, 2007).

No nível conceptual mais amplo as *experiências de savoring* consistem nas sensações, percepções, comportamentos e sentimentos quando conscientemente prestamos atenção e apreciamos um estímulo positivo. Exemplos de experiências positivas incluem ouvir música, comer uma refeição *gourmet*, ser elogiado, passar tempo com amigos, ganhar uma medalha ou prémio. Num nível intermédio temos os *processos de savoring*. Estes são uma sequência de operações mentais e físicas, que se desenvolvem ao longo do tempo e transformam um estímulo positivo num sentimento positivo, a que a pessoa presta atenção e do qual usufrui. No nível conceptual mais estreito, temos as *respostas ou estratégias de savoring*. Aqui temos o componente operacional do processo. Isto é, um comportamento ou pensamento específico, que aumenta ou diminui a intensidade e prolonga ou encurta a duração dos sentimentos positivos. Podemos encontrar exemplos no fechar os olhos para focalizar toda a atenção num alimento que se esteja a provar, no “gravar na memória” um acontecimento para mais tarde recordar, ou ainda num autoelogio mental em virtude de algo que se alcançou. Para terminar, as *crenças de savoring* refletem as percepções das pessoas na sua capacidade para apreciarem

experiências positivas. Isto difere da sua capacidade para obterem consequências positivas e abrange os domínios temporais passado, presente e futuro do *savoring* (Bryant, 2003; Bryant et al., 2011; Bryant & Veroff, 2007).

Apresentamos, de seguida, uma breve conceptualização de cada um destes componentes:

Experiências de *Savoring*

Bryant e Veroff (2007) distinguiram as experiências de *savoring* em função do foco atencional dominante - se virado para o Mundo exterior ou se para o Eu interno. No *savoring focado no mundo* a origem de sentimentos positivos está fora de nós (i.e. um nascer do sol). Nestas experiências o *savoring* é involuntário, uma resposta emocional positiva incontroável e dirigida a um estímulo externo. No *savoring focado no eu interno* os sentimentos positivos são percebidos como originados no próprio sujeito (i.e. orgulho numa nota obtida). Os autores ainda distinguiram as experiências em termos de *reflexão cognitiva*, onde o sujeito faz uma introspeção sobre a sua experiência subjetiva, e de *absorção experiencial*, na qual o sujeito minimiza a introspeção em favor da concentração perceptual.

Processos de *Savoring*

Neste ponto Bryant e Veroff (2007) começam por referir que diferentes processos deverão regular diferentes estados emocionais positivos. Cruzando os dois focos atencionais Mundo (externo) e Eu (interno) com os tipos de experiência Reflexão Cognitiva e Absorção Experiencial ficamos com quatro processos de *savoring* e os respetivos sentimentos positivos associados: a) Dar Graças (que tem subjacente a Gratidão) é o cruzamento de Focado no Mundo - Reflexão cognitiva; b) Maravilhado (que tem subjacente a Admiração) é a forma de Focado no Mundo - Absorção Experiencial; c) Congratulado (tem subjacente o Orgulho) é a forma de Focado no Eu interno - Reflexão cognitiva; e d) Deleitado (tem subjacente o Prazer Físico) é o cruzamento de Focado no Próprio - Absorção experiencial.

Podemos ver estas conjugações na tabela seguinte:

<i>Focus Atencional</i>		
<i>Tipo de Experiência</i>	Mundo Exterior	Eu Interno
Reflexão Cognitiva	Dar Graças (Gratidão)	Congratulado (Orgulho)
Absorção Experiencial	Maravilhado (Admiração)	Deleitado (Prazer Físico)

Estratégias de *Savoring*

Bryant e Veroff (2007) no seu trabalho identificaram 10 estratégias que as pessoas usam em relação às suas experiências positivas: Partilhar com os outros; Construção de memórias; Auto congratulação; Afinar a percepção sensorial; Comparação; Absorção; Expressão comportamental; Consciência temporal; Contar graças; e Pensamento desmancha prazeres¹²

Inicialmente Bryant e Veroff (2007) dividiram estas 10 estratégias em três categorias: processos cognitivos, processos comportamentais e uma mistura de ambos. Esta divisão não é consensual e encontramos autores que apresentam outra taxonomia. Por exemplo, Chadwick e Jose (2010) categorizaram as respostas como promotoras de *savoring* ou não-promotoras de *savoring*. Quoidbach, Berry, Hansenne e Mikolajczak (2010), num estudo sobre a regulação de emoções positivas e o bem-estar, compararam oito estratégias: quatro utilizadas para manter e aumentar a experiência emocional positiva (*savoring*) e quatro que diminuem o afeto positivo (*dampening*).

Crenças de *Savoring*

Apesar de uma experiência de *savoring* requerer um foco atencional nos sentimentos positivos no presente, o *savoring* também pode envolver um foco atencional no passado (reminiscência) ou no futuro (antecipação). As pessoas tipicamente relatam que têm mais capacidade para usufruir através

¹² Estas estratégias serão descritas com maior pormenor na secção sobre “*Formas de promover a capacidade para usufruir*”

da reminiscência, uma capacidade moderada para usufruir do momento e uma competência mais limitada para usufruir utilizando a antecipação (Bryant & Veroff, 2007)

Bryant e Veroff (2007), na tentativa de dinamizarem uma psicologia do *savoring*, apresentam as suas proposições conceituais organizadas em três fatores principais: a) condições/premissas para que o *savoring* possa surgir; b) fatores que afetam a qualidade e intensidade do afeto positivo experienciado; c) fatores que influenciam a atenção prestada ao afeto positivo experienciado.

No primeiro fator referem que são três as condições ou premissas necessárias: necessidades sociais e de estima preenchidas; uma atitude de “Aqui e Agora” relativamente à experiência; e uma focalização clara na experiência.

Relativamente aos fatores que afetam a qualidade e intensidade do afeto positivo experienciado, apresentam como relevantes: duração da experiência; capacidade da experiência reduzir o stress; complexidade da experiência; focalização atencional na experiência; automonitorização equilibrada; e relações sociais estabelecidas. Em termos gerais, irão surgir sentimentos positivos mais intensos se o *savoring* de determinada experiência for prolongado, se envolver uma maior redução de stress, for mais complexo, envolver um claro e mais completo focus atencional e incluir mais ligações sociais.

Quanto aos fatores que influenciam a atenção prestada ao afeto positivo experienciado passam por:

a) Força de Tendências Alternativas;

b) *Mindfulness* - características de processar ativamente o pensamento onde as pessoas estão mais dispostas a novas perspetivas na sua experiência: (Atenta à) Novidade; (Disponível ao) Esforço; (Atraída à) Incerteza;

c) Diferenças de Personalidade: Orientação temporal; comportamentos tipo A;

d) Características situacionais, tais como situações Agrídoces (*Bittersweet*) – eventos agradáveis nos quais sabemos que o resultado positivo que experienciamos irá acabar brevemente.

Os objetivos deste primeiro mapa para a criação de um modelo integrador do *savoring* passam por perceber e criar estratégias para prolongar a experiência, aumentar a sua intensidade e desenvolver a competência em Usufruir. É de salientar, todavia, que Bryant e Veroff (2007) referem que parte destas proposições são baseadas em trabalhos empíricos limitados e que, devido à sua relativa novidade, deveremos considerá-las como proposições iniciais, como indicadoras de um caminho a seguir.

Para Tugade e Fredrickson (2007) esta Competência para Usufruir tem importantes implicações para o coping e para o bem-estar. Ter a capacidade de usufruir dos acontecimentos positivos parece beneficiar os indivíduos de todas as idades. Estudos correlacionais mostraram que a capacidade para usufruir é um bom preditor do bem-estar subjectivo em crianças, adolescentes e idosos (Bryant, 1989, 2003). Como já se teve oportunidade de referir anteriormente, o *savoring* está também positivamente associado com o otimismo, autocontrolo, satisfação com a vida e autoestima e está relacionado negativamente com a depressão e o desânimo aprendido (Bryant, 2003).

Promoção do *Savoring*

Após a definição do conceito de *Savoring*, do modelo e suas implicações, importa perceber de que forma pode esta capacidade ser promovida.

Claramente que para melhorar a capacidade para gerar, intensificar ou prolongar as experiências de *savoring*, devemos olhar para as estratégias identificadas por Bryant e Veroff (2007) em relação às experiências positivas e procurar, de forma idiossincrática, quais são aquelas que melhor se adaptam a cada pessoa e situação. De seguida, são explicadas com maior detalhe nove das dez estratégias identificadas. A exceção é o “Pensamento Desmancha Prazeres”, já que este deve ser evitado se quisermos usufruir dos acontecimentos positivos.

Estratégia	Definição
Partilhar com os outros	<p>Procurar outras pessoas para partilhar a experiência com elas, contar como a experiência foi importante para si e como a valoriza.</p> <p>O desejo de partilhar a experiência com outros que não estão presentes naquele momento em particular, pode levar-nos a apreciar de forma mais intensa a alegria do momento.</p>
Construção de memórias	<p>Criar e guardar memórias para mais tarde poder recordar esses momentos e partilhá-los com outros. Podemos fazê-lo através de “fotografias mentais”.</p> <p>Ao criar estas memórias, o sujeito foca(-se) e salienta os aspectos mais agradáveis da situação. Isto acentua a intensidade com que experienciamos a situação e ajuda-o a formar imagens, memórias mais nítidas e vívidas que, por sua vez, serão mais fáceis de recordar e partilhar.</p>
Auto congratulação	<p>Dizer para si próprio como está orgulhoso, como as outras pessoas devem estar impressionadas e lembrar-se de quanto tempo esperou para que algo acontecesse.</p> <p>Utilizar o Diálogo interno como auto reforço, em resposta a uma experiência positiva.</p>
Comparação	<p>Contrastar os seus sentimentos com aquilo que os outros podem estar a sentir. Comparar a actual situação com outras semelhantes no passado ou com aquilo que imagina que pudesse ter sido. Contudo, para aumentar a capacidade de usufruir só devem ser feitas comparações no sentido descendente, tanto sociais (estou melhor do que outros), temporais (estou melhor agora do que antes) ou contrafactuais (as coisas podiam não ter sido tão boas).</p>
Absorção	<p>Ficar totalmente imerso no momento. Relaxar e existir apenas no presente, tentar não pensar, não analisar a situação.</p>
Expressão comportamental	<p>Expressar-se através da comunicação não verbal. Isto é sorrindo, saltando, dando gargalhadas, fazendo sons de apreciação.</p> <p>Estas respostas totalmente comportamentais como forma de expressar sentimentos positivos podem intensificar esses mesmos sentimentos.</p>
Consciência temporal	<p>Lembrar-se de que o momento é limitado no tempo, desejar que durasse para sempre e dizer para si próprio que deve gozá-lo agora, enquanto dura. Deliberadamente pensar que as experiências positivas são transitórias e merecedoras de serem usufruídas no aqui e agora.</p>
Contar graças	<p>Pensar na sorte que tem. Contar graças implica perceber o motivo porque dá graças, identificar a fonte e relacionar as duas. Reflectindo nisto pode melhorar a qualidade afetiva de muitas experiências de <i>savoring</i>.</p>

Para lá destas estratégias para o desenvolvimento da capacidade para usufruir, Bryant e Veroff (2007) fazem ainda uma revisão sobre as condições necessárias para que se possa usufruir. Assim, para lá das condições/premissas já referidas aquando da apresentação das proposições conceptuais do modelo, ainda apresentam um conjunto de estratégias para melhorar as condições situacionais adequadas às experiências de *savoring*. São elas:

- Retirar tempo para si das atividades diárias: uma estratégia básica que aumenta as oportunidades para usufruir das experiências passa por propositadamente fazer pausas (*time out*). Tal implica tentar arranjar momentos fora da rotina diária e tentar deliberadamente implementar estratégias de *savoring*. Estas atividades podem passar por coisas tão simples como um passeio, ficar sentado num jardim, fazer um telefonema para alguém de que se goste, tomar um banho de imersão ou fazer algo mais elaborado com férias, retiros ou fins de semana prolongados. A ideia subjacente é que as pessoas sejam mais proativas, em vez de reativas na procura de situações positivas.

- Tornar-se mais aberto à experiência: após ter a capacidade de encontrar tempo para usufruir, importa trabalhar a disponibilidade e a perceção para a variedade de experiências que nos rodeiam e das quais podemos usufruir. Uma estratégia possível passa por desenvolver o encadeamento dos momentos positivos experienciados.

- Estreitar o Foco Atencional: esta estratégia envolve dois processos paradoxais, que parecem estar sempre envolvidos no *savoring*. A capacidade de prestar atenção aos detalhes, a pequenos pormenores da situação e, ao mesmo tempo, estar disponível para qualquer estímulo que possa surgir durante a experiência. Para a consulta de exercícios para cada uma destas estratégias, aconselhamos o livro de Bryant e Veroff (2007).

Outros autores, como Quoidbach e colegas (2010), no estudo já referido, compararam estratégias para a regulação de emoções positivas e o bem-estar. As quatro utilizadas para manter e aumentar a experiência emocional positiva foram definidas após a revisão da literatura existente sobre este

tema entre 1995 a 2008 (Nelis, Quoidback, Hansenne & Mikolajczak (2011).

As estratégias encontradas foram:

- Exibição Comportamental - passa por expressar as emoções positivas através de comportamentos não verbais, por exemplo, sorrir;
- Focalização no Presente - deliberadamente prestar atenção (na) e estar consciente da experiência positiva que está a viver;
- Capitalização - Comunicar e celebrar os acontecimentos positivos com outras pessoas.
- Viagem mental positiva no tempo - lembrar ou antecipar momentos positivos, ou seja, de forma vívida colocar em prática a reminiscência ou fazer a antecipação de futuros momentos positivos.

Numa perspetiva diferente, Lyubomirsky (2008), no seu livro “The how of Happiness”, apresenta uma série de exercícios práticos que as pessoas podem implementar nas suas vidas para promoverem o *savoring*. As atividades propostas são:

Exercício	Definição
Apreciar experiências simples	Aprender a apreciar e a retirar prazer das experiências do dia a dia
Usufruir e recordar com familiares e amigos	Partilhar e recordar boas experiências com familiares e amigos
Transportar-se	Promover a capacidade de se envolver na reminiscência positiva, ou seja, de se transportar mentalmente para outro tempo ou lugar
Reviver dias felizes	Recordar e reviver dias felizes
Celebrar as boas notícias	Partilhar o sucesso e festejar as realizações pessoais ou de familiares e amigos.
Estar aberto à beleza e à excelência	Permitir-se admirar/apreciar verdadeiramente um objeto belo ou a manifestação de um talento, génio ou virtude.
Ser atento	Ser capaz de prestar atenção conscientemente ao aqui e agora e, simultaneamente, estar desperto para o que se passa à volta.
Fazer dos sentidos	Prestar atenção a prazeres momentâneos e momentos mágicos e retirar prazer deles. Libertar os sentidos é uma das chaves para promover o <i>savoring</i>
Criar um álbum de <i>savoring</i>	Criar um álbum com as fotos das pessoas mais relevantes na sua vida.
Usufruir com a máquina	Utilizar a máquina fotográfica como forma de melhorar as experiências, olhando verdadeiramente para as situações e reparando no que de facto

fotográfica	é belo e significativo.
Procurar experiências agradáveis (<i>bittersweet</i>)	Estas experiências envolvem emoções mistas, usualmente felicidade e tristeza em conjunto.
Tornar-se nostálgico	Recordar os bons momentos vividos acrescenta sentido e riqueza à vida.

Perante a quantidade de estratégias e de processos, deve ter-se em atenção que cada pessoa utiliza diferentes estratégias para diferentes situações (Bryant, 2006). Outro ponto importante, passa pela diversidade de estratégias que utilizamos em cada momento. Quoidbach e colegas (2010) referem que as pessoas que tipicamente utilizam um maior número de estratégias reportam níveis mais elevados de felicidade. Assim, cada pessoa deve procurar ajustar as estratégias às suas características e personalidade e implementar o maior número de estratégias em vez de procurar aperfeiçoar apenas uma.

Este modelo, embora ainda embrionário, indica que a Capacidade para Usufruir permite alargar e construir relações interpessoais, promover a saúde física e mental, aumentar a criatividade e facilitar o processo de descobrir ligações e sentido para a vida (Bryant & Veroff, 2007).

Referências

- Baptista, A. (2012). O poder das emoções positivas. Lisboa: Pactor.
- Bryant, F. B. (1989). A four-factor model of perceived control: Avoiding, coping, obtaining, and savoring. *Journal of Personality*, 57, 773-797
- Bryant, F. B. (2003). Savoring beliefs inventory (SBI): A scale for measuring beliefs about savoring. *Journal of Mental Health*, 12, 175-196.
- Bryant, F.B. (2006). Finding more joy in life: The art and science of savoring. *Alternative Medicine*, 104, 62-67.
- Bryant, F. B., & Veroff, J. (2007). *Savoring: A new model of positive experience*. Nahwah, N. J.: Erlbaum.
- Bryant, F. B., Chadwick, E. D., & Kluwe, K. (2011). Understanding the processes that regulate positive emotional experience: Unsolved problems and future directions for theory and research on savoring. *International Journal of Wellbeing*, 1(1), 107-126.
- Chadwick, E. D., & Jose, P. E. (2010, June). Savoring: A path to greater well-being in adolescence. Paper presented at the 5th European Conference on Positive Psychology, Copenhagen, Denmark.
- Cohn, M. A., Fredrickson, B. L., Brown, S. L., Mikels, J. A. & Conway, A. M (2009). Happiness Unpacked: Positive Emotions Increase Life Satisfaction by Building Resilience. *Emotion*, 9 (3), 361 - 368
- Fredrickson, B.L.(1998). What good are positive emotions?. *Review of General Psychology: Special Issue: New Directions in Research on Emotion*. 2, 300-319.
- Fredrickson, B.L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions, *American Psychologist:Special Issue*, 56, 218-226.

- Fredrickson, B. L., & Cohn, M. A. (2008). Positive emotions. In M. Lewis, J. Haviland, & L.F. Barrett (Eds.), *Handbook of emotions* (3rd edition). New York: Guilford Press.
- Fredrickson, B. L., Cohn, M. A., Coffey, K., Pek, J., & Finkel, S. M. (2008). Open hearts build lives: Positive emotions, induced through meditation, build consequential personal resources. *Journal of Personality and Social Psychology*, *95*, 1045–1062.
- Lyubomirsky, S. (2008). *The how of happiness: A scientific approach to getting the life you want*. New York: Penguin Press
- Lyubomirsky, S., King, L. A., & Diener, E. (2005). The benefits of frequent positive affect: Does happiness lead to success? *Psychological Bulletin*, *131*, 803-855.
- Mauss, I.B., Shallcross, A.J., Troy, A.S., Jonh, O.P., Ferrer, E., Wilhelm, F.H. & Gross, J.J. (2011). Don't Hide Your Happiness! Positive Emotion Dissociation, Social Connectedness, and Psychological Functioning. *Journal of Personality and Social Psychology*, *100*(4),738-748.
- Nelis, D., Quoidbach, J., Hansenne, M., & Mikolajczak, M. (2011). Measuring individual differences in emotion regulation: The Emotion Regulation Profile-Revised (ERP-R). *Psychologica Belgica*, *51-1*, 49-91.
- Quoidbach, J., Berry, E. V., Hansenne, M., & Mikolajczak, M. (2010). Positive emotion regulation and well-being: Comparing the impact of eight savoring and dampening strategies. *Personality and Individual Differences*, *49*, 368-373.
- Seligman, M., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, *55*(1), 5–14.
- Tugade, M. (2010). Positive Emotions, Coping, and Resilience. In S. Folkman (Ed.), *Oxford handbook of stress, health, and coping*. New York: Oxford University Press.
- Tugade, M. M., & Fredrickson, B. L. (2007). Regulation of positive emotions: Emotion regulation strategies that promote resilience. *Journal of Happiness Studies*, *8*(3), 311-333.

Saúde e diversidade cultural

SAÚDE, EDUCAÇÃO E DIVERSIDADE CULTURAL

Tania Gaspar

Diferentes culturas estão associadas a diferentes conceitos de saúde, diferentes formas de enfrentar as ameaças para a saúde e diferentes experiências da doença. A saúde dos grupos minoritários é geralmente fraca, identificando-se vários fatores associados: práticas sociais de racismo e discriminação, estatuto socioeconómico baixo, etnocentrismo dos serviços de saúde e de educação, diferentes comportamentos protetores da saúde dependentes da cultura e de diferentes normas sociais e expectativas, diferenças na rapidez de reconhecimento dos sintomas, diferenças na acessibilidade aos serviços de saúde, *stress* social e menor controlo pessoal (Gaspar, 2009; Gaspar, Matos, Gonçalves & Ramos, 2007; Martins & Silva, 2000; Teixeira, 2000;). A proveniência étnica e cultural confunde-se frequentemente com a classe social, uma vez que uma percentagem significativa dos membros das minorias étnicas e culturais tem estatuto socioeconómico baixo. Verifica-se, também, que os sujeitos pertencentes a minorias étnicas têm mais fontes de *stress* (discriminação, conflito racial) e enfrentam maiores dificuldades de acesso aos serviços de saúde (Gaspar & Matos, 2009; Gonçalves et al., 2003). A consideração de diversos contextos culturais implica que seja necessário (Teixeira, 2000; Martins & Silva, 2000): (a) compreender a evolução das crenças de saúde em função dos contextos sociais e culturais; (b) investigar fatores associados ao desenvolvimento crescente dos cuidados alternativos; (c) estudar a interação dos sistemas de crenças de saúde das minorias étnicas com o sistema de crenças de saúde dominante. A diversidade inerente à juventude determina necessidades de abordagem específicas para os vários grupos culturais por parte dos agentes responsáveis pelo acompanhamento e formação dos jovens, bem como os investigadores deste objeto de estudo.

Os estudos para avaliação dos comportamentos e prevenção de eventuais situações de risco, em diferentes grupos étnico-culturais, necessitam ter em consideração vários fatores básicos de obtenção de resultados efetivos, tais como o desenvolvimento da sensibilidade cultural e respeito pela

personalidade individual, através do conhecimento e valorização dos diferentes saberes, crenças e comportamentos da população em causa (Martins & Silva, 2000; Roosa & Gonzales, 2000). Com uma população estudantil de grande heterogeneidade cultural e linguística, a escola deverá ter um papel fundamental na integração de jovens oriundos de grupos minoritários, desenvolvendo um espírito respeitador dos outros e das suas ideias, valorizando a diferença e promovendo o desenvolvimento pessoal e social dos alunos.



Martins e Silva (2000) avançam com os fatores que condicionam o estabelecimento de vias interculturais: (a) obstáculos ao estabelecimento de vias interculturais: (1) valores, atitudes e expectativas dos professores (os professores, em geral, defendem a igualdade de oportunidades independentemente da origem étnica mas afirmam que não têm condições para adotar esses princípios e que a sua promoção é da responsabilidade das famílias, postura que iria aumentar as práticas assimétricas); (2) cultura definida como conjunto de crenças, costumes, conhecimentos, hábitos e tradições partilhadas pelos membros de uma sociedade, transmitidos, de geração em geração (pode ser um obstáculo à promoção de atitudes favoráveis ao interculturalismo); (3) contexto familiar (o meio familiar é muito influenciado pelas suas raízes culturais e pelo seu estatuto socioeconómico); (4) desvantagens socioeconómicas (em sociedades etnicamente heterogéneas, as desvantagens socioeconómicas - baixos salários, desemprego, subemprego, habitações degradadas, etc.) afetam, particularmente, as famílias pertencentes a minorias étnicas. (b) condições favoráveis ao interculturalismo: (1) promoção de práticas de educação multicultural (implica mudanças a diversos níveis: ao nível do professor, do currículo escolar, estratégias de ensino, a nível da escola); (2) integração cultural (promovendo a aceitação de aspetos da cultura da minoria que sejam ajustáveis à cultura dominante e a rejeição de aspetos dessa cultura que não o sejam); (3) pluralismo (permitindo a coexistência das culturas de diferentes grupos étnicos no seio de uma sociedade); (4) educação

participada e formação das famílias (fomentando relações com as famílias com vista ao reforço da comunicação, participação e corresponsabilização).

Existe uma necessidade de clarificar na comunidade, quer adulta quer dos jovens, como é que as noções de saúde e de doença são construídas em circunstâncias culturais variadas, como é que os atributos são feitos acerca da causa e do efeito e como os significados são adotados na prática quotidiana. Isto requer algum conhecimento dos grupos populacionais e das características do meio ambiente local, no sentido de melhor avaliar os comportamentos, atitudes e práticas e o tipo de redes locais que podem ser mobilizadas para atingir os objetivos da saúde. É fundamental que as entidades responsáveis (políticos, educadores, profissionais de saúde e outros grupos com responsabilidades de intervenção na comunidade), reconheçam a diversidade dos adolescentes e dos jovens, as suas potencialidades e dos seus hábitos de vida, em contextos culturais e sociais diversos, adequando assim as estratégias de comunicação com estes grupos. Por outro lado, tem que se reconhecer que estes grupos têm direitos e necessitam também respeito pelas suas opções. Se os adolescentes necessitam de informação e de suporte, os adultos necessitam de competências para saber lidar com este grupo (WHO, 1999).

Saúde e Estilos de Vida

Os estilos de vida e a saúde estão intimamente ligados, sendo os fatores ambientais, os hábitos alimentares, o hábito de fumar, o uso e abuso de álcool e drogas, a atividade sexual insegura, comportamento sexual fatores que condicionam um desenvolvimento saudável (Matos, Gaspar, Simons-Morton, Reis & Ramiro, 2008). Entre os fatores que determinam os estilos de vida surge a desigualdade entre países e entre indivíduos dentro de cada país. Os indivíduos e países, social e economicamente privilegiados têm uma maior amplitude de escolhas na procura de um estilo de vida saudável, enquanto que outros têm que se debater com questões fundamentais da existência, sobrevivência e direitos humanos. A pobreza limita o espectro dos estilos de vida acessíveis e está intimamente ligada à saúde (Matos, Simões & Gaspar, 2009; Matos et al, 2003). O reduzido nível económico e educacional dos pais condiciona o rendimento escolar das crianças e dos

adolescentes na escola. Aqui entram ainda outros fatores como a falta de domínio do português falado e escrito e o desfasamento dos valores veiculados na escola em relação aos das suas culturas de origem. Os sujeitos com nível socioeconómico baixo, onde se situam muitos sujeitos de origem africana apresentam fracasso escolar e representações negativas da escola, desistência precoce perante o fracasso, desresponsabilização pelos resultados da realização, sentimentos de desânimo e "abandono aprendido". As comunidades de migrantes enfrentam sérios obstáculos à completa integração social (sobretudo os mais jovens), uma vez que crescem entre dois padrões culturais e sociais distintos. Esta experiência é potencialmente geradora de conflitos no processo de construção de uma identidade social positiva (Gaspar, 2009; Martins & Silva, 2000). As famílias de migrantes lidam com inúmeros constrangimentos que condicionam a sua capacidade de afirmação cultural. Os jovens de origem africana apresentam características associadas aos estilos de vida que envolvem risco, tais como provir de famílias com baixo nível socioeconómico e educacional, de famílias mono parentais e ser sujeitos a pressões específicas como a aculturação, a discriminação, o racismo, o desenraizamento, a intolerância, o preconceito, etc. (Frasquilho, 1996). A saúde dos grupos minoritários é geralmente pobre, identificando-se vários fatores associados: práticas sociais de racismo e discriminação, estatuto socioeconómico baixo, etnocentrismo dos serviços de saúde e de educação, diferentes comportamentos protetores da saúde dependentes da cultura e de diferentes normas sociais e expectativas, diferenças na rapidez de reconhecimento dos sintomas, diferenças na acessibilidade aos serviços de saúde, stress social e menor controlo pessoal. A democratização do ensino implica que a escola garanta a igualdade de oportunidades para todos os alunos, sendo necessário para tal encontrar respostas diferenciadas em função das necessidades específicas de cada um e atendendo aos seus antecedentes sociais e culturais. A gestão destas diferenças exige um modelo de cooperação entre os atores implicados: pais, escola, pares e a comunidade, (Monteiro, 2000). Com uma população estudantil de grande heterogeneidade cultural e linguística, a escola terá de assumir um papel fundamental na democratização, sendo o garante da igualdade de

oportunidades ao favorecer a integração de jovens oriundos de grupos minoritários, valorizando a diferença e promovendo o desenvolvimento pessoal e social dos alunos. Diversas investigações efetuadas nos EUA, em vários sub-grupos étnico-culturais diferenciados, revelam padrões mais elevados de comportamentos de risco, tais como, consumo de álcool e drogas, comportamentos de violência e insucesso escolar em jovens com antecedentes africanos (Patterson & Kupersmidt, 1990; Arbona & al., 1999). Por outro lado, são estes jovens africanos que se percebem mais sós e que apresentam uma menor autoestima, sendo mais rejeitados pelos pares. Perante este cenário, parece-nos fundamental conhecer e compreender a realidade psicossocial do quotidiano dos jovens de diversas nacionalidades que vivem no nosso país, de modo a identificar características, necessidades, fatores ligados ao risco e à proteção, de modo a identificar áreas de intervenção urgente. Mantendo sempre presente que quer o processo, quer o conteúdo das intervenções, têm de ser objetivados de acordo com as necessidades específicas e experiências culturais desse grupo. Estudaremos aqui os comportamentos ligados à saúde e ao risco nos jovens estrangeiros de origem africana a viver em Portugal.

Estudo quantitativo

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

Hurrelmann, Settertobulte, Smith & Todd, 2000; Matos et al 2003), que visam a compreensão dos comportamentos dos jovens ligados ao risco ou à saúde, do entendimento do que é a saúde por parte destes jovens, dos seus estilos de vida e das suas interações com cenários envolventes relevantes (a escola, a família, os pares, as estruturas comunitárias), e que monitorizem a evolução deste conhecimento através da atualização periódica do estudo. Portugal participou nos últimos três estudos conduzidos em 1996 (Matos, Simões & Canha, 1999; Matos, Simões, Canha & Fonseca, 2000), em 1998 (Matos, e Equipa do Projeto Aventura Social 2000) e em 2002 (Matos et al. 2003). O HBSC estima prevalências (“quantos adolescentes fumam?” p.e.), estima comparações entre grupos (como se distribuem os resultados pelo género, pela região do país, pela idade, pela nacionalidade, pelo sucesso escolar, pela existência de uma condição de doença ou deficiência p.e.), e estuda associações entre variáveis (o consumo do álcool, do tabaco e de drogas estão associados entre si ainda associados à provocação na escola, p.e.). A amostra nacional de 2002 (Matos et al. 2003), foi constituída por 6131 adolescentes, com uma média de idade de 14 anos, frequentando o 6º, 8º e 10º ano de escolaridade do ensino público oficial, em Portugal Continental. É aproximadamente igual o número de rapazes e raparigas (49% de rapazes). Os adolescentes ficaram distribuídos proporcionalmente pelas 5 regiões educativas do Continente (Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo, Algarve). A amostra foi em ambos os estudos aleatória e teve representatividade nacional para os jovens que frequentavam os graus de ensino selecionados, no ensino oficial. Em ambos os estudos a unidade de análise foi a “turma”. Os questionários foram preenchidos na sala de aula, voluntária e anonimamente. O conjunto de adolescentes que respondeu ao questionário HBSC “Aventura Social & Saúde” em março de 2002, na sua grande maioria, é constituído por jovens de nacionalidade portuguesa (6.5% são estrangeiros dos quais 2.3% provenientes de Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa). A profissão dos pais, na maior parte dos casos situou-se no nível socioeconómico médio-baixo. Relativamente ao nível de instrução, grande parte dos pais estudou até ao primeiro ciclo (quatro anos de escolaridade). Resultados descritivos do estudo HBSC 2002 (Matos et

al., 2003), em relação aos comportamentos dos adolescentes ligados à saúde e ao risco, na comparação entre adolescentes portugueses e africanos (sem nacionalidade Portuguesa) referem que: (1) os jovens africanos em Portugal apresentam mais consumos (drogas e álcool em excesso), mais envolvimento em lutas e atos de violência, (2) têm mais frequentemente uma relação problemática na escola com insucesso escolar e sensação de isolamento na escola, (3) têm frequentemente uma relação mais problemática com a família (comunicação menos fácil com a mãe, famílias menos frequentemente nucleares ou agregados com maior mobilidade), (4) têm frequentemente uma alimentação menos saudável, (5) têm mais frequentemente mais sentimentos de infelicidade, (6) têm relações sexuais mais frequentemente, mais frequentemente sem proteção e sob efeito de álcool ou drogas, (7) veem mais televisão.

Tabela 1 – Diferenças entre portugueses e estrangeiros/africanos

N Total = 5631	Português N=5499/97.7	Estrangeiro/Africano N=132/2.3	Qui-quadrado
CONSUMOS			
Embriagar-se (2 ou + x)	11.9%	21.9%	11.70**
Experimentar haxixe	8.6%	14.7%	5.21*
Consumir drogas (1 vez + último mês)	5.9%	18.5%	31.44**
VIOLÊNCIA			
Provocar (2/3 x/sem)	9.8%	20.8%	16.68**
Entrar numa luta último ano	35.9%	48.8%	9.12**
Andar com armas último mês	9.3%	21.7%	22.48**
ESCOLA			
Repetente (2 ou mais anos)	9.9%	34.8%	85.08**
Sozinho na escola (+ de 1x/sem)	26.3%	34.9%	4.74*
FAMILIA			
Comunicação fácil com a mãe	82.9%	71.4%	10.02**
Família nuclear	84.2%	56.2%	60.60**
Agregado fam. mudou últimos 5A	12.3%	31.7%	39.40**
ALIMENTAÇÃO			
Consumir cola diariamente	33.7%	50.8%	16.37**
Consumir leite diariamente	84.5%	72%	13.47**
Cons. Hambúrgueres diariamente	9.4%	21.6%	20.81**

BEM ESTAR			
Sentir-se infeliz	16.5%	28.5%	12.41**
RISCO SEXUAL			
Ter tido relações sexuais	13.0%	31.1%	38.95**
Não ter usado preservativo	6.1%	26.3%	63.71**
Rel. sexuais com drogas/álcool	2.7%	7.6%	6.71*
LAZER			
Ver TV FdSemana 4h ou +	56.2%	65.2%	4.17*

* p<0.05; ** p<0.01

No entanto, sublinhando a importância da variável estatuto socioeconómico, se esta mesma análise for feita separadamente para grupos de classe social mais baixa (4 e 5 da Graffar/profissão do pai) e grupos de classe social mais alta (1, 2 e 3 da Graffar/profissão do pai) dentro de cada nacionalidade, verificamos que a maior parte das diferenças se atenuam, se extinguem ou apenas são válidas para os jovens (de ambas as nacionalidades) de estatuto socioeconómico mais desfavorecido.

Tabela 2- Diferenças entre portugueses e estrangeiros/africanos e estatuto socioeconómico

N Total = 4748	ESE baixo (N=2929), 61.7			ESE médio/alto (N=1819), 38.3		
	Português (N=2879)	Africano (N=50)	Qui quadra do	Português (N=1780)	Africano (N=39)	Qui quadra do
CONSUMOS						
Embragar-se (2 ou + x)	12%	24.5%	7.00**	10.7%	23.7%	6.39*
Experimentar haxixe	7.4%	23.3%	15.17**	10%	15.2%	.955
Consumir drogas (1 vez + último mês)	5.1%	21.7%	24.9**	7.1%	11.8%	1.09*
VIOLENCIA						
Provocador (2/3 x/sem)	9.9%	20.8%	6.19*	8.6%	12.8%	.87
Entrar numa luta último ano	36%	48.9%	3.33	32.5%	46.2%	3.25
Andar com armas último mês	9.3%	31.3%	25.95**	8.8%	10.5%	.142
ESCOLA						
Repetente (2 ou mais anos)	11.4%	34%	24.17**	5.2%	33.3%	54.94**
Sozinho na escola (+ de 1x/sem)	27.3%	30.4%	.228	22.6%	42.1%	8.03**
FAMILIA						

Comunicação fácil com a mãe	83.8%	73.2%	3.32	82.7%	77.1%	.746
Família nuclear	89.6%	75.6%	14.8**	87.2%	51.5%	34**
Agregado fam. Mudado nos últimos 5 na	11.1%	21.4%	4.46*	12.7%	32.4%	12.45**
ALIMENTAÇÃO						
Consumir cola diariamente	35.8%	50%	4.29*	28.5%	52.6%	10.49**
Consumir leite diariamente	83.7%	74.4%	2.65	88%	73%	7.64**
Cons. Hambúrgueres diariamente	10.4%	20.0%	4.35*	7.3%	21.1%	9.97**
BEM ESTAR						
Sentir-se infeliz	15.6%	28.9%	5.90*	14.3%	20.5%	1.20
RISCO SEXUAL						
Ter tido relações sexuais	12.6%	38%	32.01**	12.2%	23.1%	5.03
Não ter usado preservativo	5.7%	32.1%	44.97**	4.9%	24%	17.6**
Rel. sexuais com drogas/álcool	2.2%	14.3%	17.32**	2.3%	0%	.600
LAZER						
Ver TV FdeSemana 4h ou +	57.5%	64%	.845	55.5%	71.8%	4.12*

* p<0.05; ** p<0.01

De salientar porém que os jovens com maior estatuto socioeconómico são responsáveis pelo menor consumo de leite, associado a um grande consumo de "fast food" (colas e hambúrgueres) e ainda a um maior consumo de televisão. Este resultado sugere que a inclusão socioeconómica nem sempre se faz pela adoção das facetas mais favoráveis ou mais saudáveis da cultura local. Estes resultados sugerem ainda que das estratégias de convívio com a comunidade local, os adolescentes de baixo estatuto económico utilizam mais uma estratégia de marginalização (provocação e porte de arma) e os adolescentes de mais elevado estatuto socioeconómico uma estratégia de isolamento (sozinho na escola, ver TV)

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

Para entender estes resultados no seu vivido quotidiano, foram estes aprofundados através de uma metodologia qualitativa junto de jovens migrantes africanos em Portugal. A recolha de dados foi realizada através dum procedimento denominado "grupo focal". Um grupo focal é um grupo de discussão centrado num tema, uma entrevista semiestruturada, que envolve

uma discussão e que utiliza respostas simultâneas no sentido de obter informação sobre determinado assunto (“foco”). O objetivo é chegar perto das opiniões, crenças, valores, discurso e compreensão dos participantes sobre o assunto da investigação, partindo do princípio que toda a informação dada pelos participantes é válida. Neste projeto o objetivo principal do “grupo focal” é gerar diferentes pontos de vista e opiniões sobre “a vivência da pertença a uma cultura estrangeira”, a partir da perspectiva dos adolescentes e deixá-los explorar estas ideias de modo mais profundo (Matos, Gaspar, Vitoria & Clemente, 2003; Matos & Santos, 2002).

Foram realizados dois grupos focais: um grupo constituído por 6 elementos (2 raparigas e 4 rapazes) com idades compreendidas entre os 13 e 17 anos, e outro grupo constituído por 4 elementos (2 raparigas e 2 rapazes) com idades compreendidas ente os 15 e 17 anos. Sete destes jovens não vivem com o pai (3 pais faleceram e 4 saíram de casa após divórcio). Todos têm irmãos (entre 2 a 6 irmãos).

Cerca de metade dos jovens participantes está em Portugal desde muito pequeno e outros estão em Portugal há 1 ou 2 anos. De um modo geral os jovens referem ter havido alterações no agregado familiar nos últimos tempos: “O meu pai saiu quando houve o divórcio”, “O meu irmão foi para uma casa aqui do bairro com a mulher”, “a minha irmã foi viver com um homem”, “A minha avó que veio de África e está a viver connosco”. Os dados provenientes dos grupos de discussão foram alvo de uma análise de conteúdo: definição de categorias, codificação e registo da frequência com que cada categoria ocorreu. Foram criadas categorias *a priori*, embora tenham emergido novas categorias na análise posterior das transcrições das discussões nos grupos. As categorias pré-estabelecidas foram baseadas nos dados do estudo do HBSC/OMS 2002 e numa revisão de literatura. A análise de conteúdo baseou-se nas transcrições das discussões dos adolescentes participantes nos “grupos focais”. A partir do discurso dos participantes foram ainda registados exemplos ilustrativos das categorias pré-estabelecidas.

Em síntese, estas discussões alargadas permitiram uma compreensão de vários temas:

Lazer: nos seus tempos livres os jovens preferem estar com os amigos. Os rapazes referem mais vezes estar com os amigos na rua, e as raparigas com as amigas em casa a conversar ou ver TV.

Os jovens (rapazes e raparigas) referem nos seus tempos livres a prática de desporto ou ficar em casa sozinhos, a ver TV ou sem fazer nada. Os jovens participantes acham que há poucas atividades e espaços para ocupar tempos livres e férias.

Violência: quando questionados em relação à violência todos referem que alguns jovens usam armas (facas e pressões de ar), referindo ainda diversos atos de vandalismo, tais como, pintar as paredes com *grafittis*, partir janelas das lojas e estragar jardins. Para a maioria dos jovens participantes a polícia tem uma conotação negativa: "só aparece para fazer rugas ou quando há tiroteios". Foi referido pelos jovens que seria melhor integrar a polícia no bairro, estando mais vezes presente e não só em casos pontuais.

Escola: os jovens referem não passar tempo na escola depois das aulas e sentir-se um pouco discriminados na escola por ser "do bairro". De um modo geral consideram a escola um lugar inseguro, onde existem muitos roubos.

Amigos: os jovens referem que as amizades são geralmente pessoas do bairro, mesmo na escola passam mais tempo com pessoas do bairro. Referem, ainda que tentam promover boas relações com jovens de outros bairros, mas existem certos jovens que boicotam esse processo, levando a rivalidades e más relações com outros bairros. Verificou-se que muitos dos amigos são familiares próximos (irmãos, primos, etc.).

Risco sexual: os jovens concordam que os adolescentes têm a primeira experiência sexual por volta dos 14 anos e que não falam com os pais sobre estes temas pois ainda é tabu. Os amigos são a sua maior fonte informação.

Consumos: dos jovens presentes apenas um refere fumar embora todos considerem que a maioria dos jovens fuma e que o consumo de tabaco por parte das raparigas está a aumentar. Em relação ao consumo de álcool, nenhum refere ter consumo regular de álcool ou drogas. Concordam que

são os mais velhos que mais consomem tabaco e álcool e que a droga (haxixe) se limita a grupos restritos.

Família: a maioria dos adolescentes não vive com o pai, todos referem ter um agregado familiar bastante alargado, constituído por diversos irmãos e em alguns casos pelas avós. De um modo geral os jovens referem ter havido alterações no agregado familiar nos últimos tempos. Os jovens apresentam uma fraca ou inexistente comunicação com o pai. Em relação à mãe, referem passar pouco tempo com ela por estar muito tempo ausente de casa a trabalhar. Ao mesmo tempo verbalizam uma preocupação da mãe com o seu bem-estar.

Comunidade: quanto ao processo de inclusão social, de um modo geral, os jovens referem que têm saudades de África e que gostariam de voltar para visitar a terra e os familiares que lá ficaram. Todos os jovens referem, de um modo ou outro, problemas de adaptação, uns querem participar ativamente numa boa integração nesta nova cultura, outros dizem querer deixar o país. Quanto ao processo de aculturação dos pais, os jovens referem que estes lutaram muito para conseguir a legalização, habitação e emprego. Referem uma constante luta contra a discriminação e a exclusão. Os jovens mostram-se insatisfeitos com o processo de realojamento (em 2000, 3 anos antes deste grupo de discussão) com a falta de condições das habitações, a falta de espaços verdes e de espaços para os jovens, a falta de um Centro de Saúde e de uma escola próximos. Referem que as pessoas do Bairro são discriminadas e estigmatizadas e que existem guerras/disputas com outros Bairros. Alguns dos jovens referem pertencer a grupos que promovem partilha e trocas culturais com outros Bairros, permitindo diminuir a estigmatização e a exclusão social e conhecer e dar a conhecer experiências e culturas.

Conclusões e recomendações

A educação para a saúde não se pode limitar à adoção de uma abordagem de cariz informativo. As ações educativas têm de ser integradas num contexto mais vasto de promoção da saúde. Os jovens devem estar informados, poder tomar decisões e responsabilizar-se pela sua saúde,

devendo ser competentes para adotar estilos de vida saudáveis e para transformar o seu envolvimento físico e social de modo a favorecer um estilo de vida saudável, permitindo uma acessibilidade fácil, socialmente valorizada e duradoura.

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

A escola e o tempo de lazer parecem um bom ponto de partida para a promoção da saúde entre-culturas, assim como as alternativas para lidar com a vida, a procura de prazer e de bem-estar. A intervenção poderá ter como foco por um lado a interação entre-culturas, por outro lado as alternativas, ou seja, a forma de ajudar os adolescentes na procura de modos alternativos de lidar com a ansiedade, com o stress, com a depressão, com o tédio, no relacionamento com o outro sexo, bem como com os desafios da vida em geral, sem recurso a comportamentos desajustados de externalização: consumo de substâncias (tabaco, álcool e drogas) e violência, ou comportamentos de internalização (depressão, sintomas físicos, ansiedade). Estes factos que dão origem à adoção de estratégias participativas e promotoras de competências, na promoção de estilos de vida saudáveis ativos (Gaspar & Matos, 2009; Matos, Simões & Gaspar, 2009; Matos, 1998). A promoção de competências pessoais e sociais pode constituir uma estratégia para a construção de alternativas e de

formas de lidar com os desafios mais adequadas, sobretudo em situações onde os fatores sociais, económicos e ambientais podem constituir fatores ligados ao risco.

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

Referências

- Arbona, C.; Jackson, R.; McCoy, A. & Blakely (1999). Ethnic Identity as a predictor of attitudes of adolescents toward fighting. *Journal of Early Adolescence*, 19(3), 323-340.
- Currie, C., Hurrelmann, K., Settertobulte, W., Smith, R., & Todd, J. (2000). *Health and health behaviour among young people*. HEPCA series: World Health Organization.
- Frasquilho, M. (1996). *Comportamentos-problema em adolescentes: fatores protetores e educação para a saúde: o caso da toxicodependência*. Lisboa: Laborterapia.
- Gaspar, T. (2009). Os Adolescentes que vêm de fora. In M. Matos & D. Sampaio (Eds) *Jovens com Saúde – Diálogo com uma Geração* (pp.274-279). Texto Editores.
- Gaspar, T. & Matos, G. (2009). Adolescent's lifestyles, ethnicity and socioeconomic status in Portugal. *Cognition, Brain and Behavior* 13, 1, 49-57
- Gaspar, T.; Matos, M.; Gonçalves, A. & Ramos, V.(2007). Risco e Proteção: Adolescentes Migrantes. In P. Sargento dos Santos (Ed.) *Temas Candentes em Psicologia do Desenvolvimento*. Climepsi, Lisboa.
- Gonçalves, A. et al. (2003). Acesso aos Cuidados de Saúde de Comunidades Migrantes. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 21(1) 55-64.
- Matos, M. (1998). *Comunicação e Gestão de Conflitos na Escola*. Lisboa: Edições FMH
- Matos, M. et al. (2003). *A saúde dos adolescentes portugueses (4 anos depois)*. Lisboa: FCT/CNLCSIDA/FMH/IHMT.
- Matos, M., Gaspar, T., Vitoria, P., & Clemente, M. (2003). *Adolescentes e o tabaco: Rapazes e raparigas*. Lisboa: FMH, CPT, MS.
- Matos, M., & Santos, T. (2002). Gender and smoking in young people in Portugal. In M. Lambert, A. Hublet, P. Verduyck, L. Maes, & S. Broucke (Eds.). *Gender differences in smoking in young people*. Brussels: Flemish Institute for Health Promotion, ENYPAT, ECC.
- Matos, M., Simões, C., & Canha, L. (1999). Saúde e estilos de vida em jovens portugueses em idade escolar. In L. Sardinha, M. Matos, & I. Loureiro (Eds.). *Promoção da saúde: modelos e práticas de intervenção nos âmbitos da atividade Física, nutrição e tabagismo* (pp. 217-240). Lisboa: Edições FMH.
- Matos, M.; Simões, C.; Canha, L.; & Fonseca, S. (2000). *Saúde e estilos de vida nos jovens portugueses*. Lisboa: FMH/PPES.
- Matos, M e Equipa do Projeto Aventura Social (2000). *Desenvolvimento de Competências de Vida na Prevenção do Desajustamento Social*. Lisboa: FMH/IRS-MJ.
- Matos, M., Equipa do Projeto Aventura Social. (2000). *A Saúde dos Adolescentes Portugueses*. Lisboa: FMH/PEPT-Saúde.
- Matos, M.; Gaspar, T.; Simons-Morton, B.; Reis, M. & Ramiro, M. (2008). Communication and Information about "Safer Sex": Intervention Issues Within Communities of African Migrants Living in Poorer Neighborhoods in Portugal. *Journal of Poverty* 12(3), 333-350
- Matos, M.; Simões, C. & Gaspar, T. (2009). Nationality versus poverty: highlights and recommendations regarding interventions with migrants adolescents in Portugal based on findings from HBSC survey: Case Study 4:Portugal. In *Foreign-born Children in Europe: an*

*Overview from Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) study (pp. 35-59):
International Organization for Migration (IOM)*

- Martins, E. & Silva, J. (2000). Cultura(s) e diversidade, in J.Ornelas, S. Maria ed. (2000), *Diversidade e Multiculturalidade*. Lisboa: ISPA
- Monteiro, S. (2000). Direito à cultura. In J.Ornelas, S. Maria ed. , *Diversidade e Multiculturalidade* Lisboa: ISPA.
- Patterson, C.; Kupersmidt, J. & Vaden, N. (1990). Income level, gender, ethnicity and household composition as predictors of children's school-based competence. *Child Development*, 61, 485-494.
- Roosa, M. & Gonzales, N. (2000). Minority issues in prevention: introduction to the special issue. *American Journal of Community Psychology*, 28 (2) 145-223.
- Teixeira, J. (2000). Contextos sociais e culturais em psicologia da saúde In J.Ornelas, S. Maria ed. , *Diversidade e Multiculturalidade*. Lisboa: ISPA
- World Health Organisation (1999). *Community Involvement in Health Development: a review of the concept and practise*. H. Kahssay & P. Oakley (Eds.), Geneve.

O grupo de pares na adolescência

Gina Tomé

As relações interpessoais têm grande importância ao longo da vida, especialmente para o bem-estar psicológico dos adolescentes. Os sentimentos de bem-estar durante a adolescência podem estar associados à aceitação e integração no grupo de pares (Corsano, 2006; Tomé, Matos, & Diniz, 2008a). O desenvolvimento da autoimagem dos adolescentes vai se desenvolvendo gradualmente através do tipo de relação que mantêm essencialmente com os pares. Uma relação negativa com os pares pode dificultar esse desenvolvimento, resultando em um desajustamento social e emocional (Kim, Rapee, Oh, & Moon, 2008).

Entre os estudos que analisam os comportamentos dos adolescentes verifica-se uma tendência para a compreensão do papel do grupo de pares no estilo de vida dos adolescentes, que centra quase todas as atenções no estudo da influência negativa do grupo no envolvimento do adolescente em comportamentos de risco, deixando de lado os benefícios que a inserção num grupo de pares pode trazer aos adolescentes, ou o mal-estar que poderá estar associado à ausência de amigos. (Poelen, Engels, Vorst, Scholte, & Vermulst, 2007).

A amizade recíproca revela-se um importante fator de suporte social. Os amigos providenciam um contexto onde cada jovem aprende competências sociais e serve como uma fonte de sustentação social (Vaquera, & Kao, 2008), daí a associação entre os adolescentes com menor quantidade de amigos próximos e maior dificuldade em manter relações sociais positivas e uma pior percepção da sua saúde mental (Nelis & Rae, 2009).

O grupo de pares exerce influência na opção por um estilo de vida saudável, através dos processos interpessoais de comunicação que ocorrem no grupo (Stiles, 2004). Field, Diego e Sanders (2002) verificaram que os adolescentes com amigas mais próximas possuíam níveis mais baixos de depressão e menos pensamentos suicidas do que aqueles que não as tinham. Enquanto Jellesma, Rieffe, e Terwogt (2008) verificaram que

a reciprocidade da amizade poderia evitar a ansiedade social e outros sintomas emocionais negativos. Ter amigos permite partilhar experiências, sentimentos e aprender a resolver conflitos. Não ter amigos, por outro lado conduz ao isolamento social e a contactos sociais limitados, pois dispõe-se de poucas oportunidades para desenvolver novas relações e competências de interação social. Assim, parece haver uma espécie de círculo, a falta de amigos limita os contactos sociais e as oportunidades de desenvolvimento de determinadas competências sociais, que por sua vez dificulta o estabelecimento de novos contactos sociais (Pérez, Maldonado, Andrade, & Díaz, 2007).

A falta de amigos pode atuar como comportamento de risco, uma vez que os adolescentes que não têm amigos surgem como os que mais experimentam substâncias como a heroína, ecstasy, mais substâncias ilícitas no último mês, os que mais fumam, e que se sentem mais tristes e infelizes relativamente à vida (Tomé, Matos, & Diniz, 2008b), revelando um mal-estar entre os que não estão satisfeitos com as suas relações sociais (Heinrich, & Gullone, 2006). Por isso, os adolescentes com relações menos próximas possuem maiores dificuldades interpessoais que poderão influenciar a sua saúde mental (Nelis & Rae, 2009). Quando não existe o sentimento de pertença a um grupo, quando existe a rejeição por parte dos pares ou a rutura nas relações sociais, a saúde mental dos jovens poderá ser afetada (Bakker, Ormel, Verhulst, & Oldehinkel, 2009). Para além de evitar os sentimentos de solidão e tristeza, durante a infância e adolescência, a amizade é essencial para satisfazer a necessidade de manter relações interpessoais, desenvolvendo competências sociais fundamentais para manter essas relações. Torna-se evidente o importante papel que os pares desempenham na formação da identidade dos adolescentes, uma vez que os adolescentes desenvolvem atitudes, opiniões, prioridades e objetivos juntamente com os seus pares (Sussman, Unger, & Dent, 2004), que os ajudam a formar uma identidade e construir uma imagem de si próprio consistente.

A falta de apoio de um amigo chegado pode aumentar os sintomas de depressão e a baixa autoestima e os amigos chegados podem ajudar os

adolescentes a reduzir o stress emocional, sugerindo que o suporte dos amigos pode levar a um bem-estar geral. Essa influência poderá ser diferente entre os géneros. As raparigas parecem ser mais afetadas emocionalmente, enquanto os rapazes revelam maior influência nos seus comportamentos (Klima, 2008). As raparigas tendem a ter mais sintomas psicológicos e emocionais enquanto os rapazes externalizam esses problemas através dos comportamentos (Bakker, Ormel, Verhulst, & Oldehinkel, 2009). Rapazes e raparigas podem reagir de forma diferente ao stress associado ao grupo de pares, no entanto parece que ambos são susceptíveis aos problemas de saúde mental que derivam da relação com os amigos (Stiles, 2004). As raparigas dão maior importância a amizades mais próximas, caracterizadas pela partilha e empatia. Os rapazes por sua vez mantêm amizades mais focadas no companheirismo, competição, e com mais conflitos (De Goede, Branje, & Meeus, 2009). Os rapazes tendem a estar mais tempo com o grupo, já que passam mais tempo com os amigos, ficam mais dias com os amigos depois das aulas e saem mais vezes à noite com os amigos (Tomé, Matos, & Diniz, 2008ab). As raparigas mostram maior proximidade emocional com os amigos, costumam ter amizades mais restritas e mais íntimas. Eles encontram-se geralmente inseridos em grupos maiores, com maior abertura para novas amizades e menor intimidade (Nangle, 2004; Vaquera & Kao, 2008), são mais permeáveis às influências do grupo nomeadamente nos comportamentos de risco (Kuntsche & Gmel, 2004). Elas mantêm amizades mais próximas, baseadas na confiança, segurança e apoio (Scheider, 2000).

Durante a frequência da pré-escola as crianças mantêm amizades entre pares de géneros diferentes, tendência que se altera durante o primeiro ciclo, onde as amizades são maioritariamente entre o mesmo género. Essa tendência vai desaparecendo com a idade (Scheider, 2000). Nangle (2004) realizou um estudo com o objetivo de verificar a existência de diferenças nas amizades entre os géneros e verificou que os adolescentes tendiam a associar-se a pares semelhantes a nível do estatuto social e estilo comportamental, e que a tendência às similaridades dos pares aumentava no género feminino, devido à preferência por amizades mais próximas.

Aparentemente, as amizades no início da adolescência acontecem preferencialmente entre adolescentes do mesmo gênero. Os rapazes dão-se mais com rapazes e as raparigas mais com raparigas. Entretanto é visível uma pequena diferença entre a ligação que as raparigas mantêm com os amigos do gênero oposto, observando-se uma tendência para as raparigas darem-se melhor com os rapazes do que os rapazes com as raparigas (Zimmer-Gembeck, Waters, & Kindermann, 2009).



O facto do grupo de pares possuir um número alargado de elementos poderá dificultar a proximidade entre os adolescentes, impedindo relações íntimas e mais protetoras. Entretanto, possuir apenas um amigo íntimo poderá ser suficiente para prevenir determinados comportamentos lesivos para a saúde dos adolescentes (Jellesma, Rieffe, & Terwogt, 2008), fator que revela o quanto é importante para o adolescente possuir amigos, com quem se sente bem e em quem pode confiar. Os benefícios da qualidade de uma amizade são extensos e providenciam melhores amigos, levando os jovens a manter amizades recíprocas (Nangle, Erdley, Newman, Mason, & Carpenter, 2003).

A qualidade positiva da amizade pode influenciar o ajustamento dos adolescentes. Estudos mostram os efeitos positivos da qualidade positiva da amizade, como aumentar a autoestima e diminuir a solidão. A qualidade da amizade também poderá ser relacionada negativamente à depressão (Demir & Urberg, 2004). As amizades recíprocas promovem melhor qualidade na amizade e podem resultar numa influência mais forte do grupo de pares (Mercken L. , Snijders, Steglich, Vartiainen, & Vries, 2010). Os adolescentes com mais sintomas de depressão atribuem mais qualidades negativas aos pares. O que não varia com os afetos negativos é a perceção de aceitação pelos pares e as crenças negativas das características e comportamentos dos pares, tais como acreditar que são ou não confiáveis (Zimmer-Gembeck, Waters, & Kindermann, 2009). Ter uma amizade com

qualidade pode proteger os adolescentes, dos efeitos do fraco suporte parental (Rubin et al., 2004).

Assim, o papel que os pares desempenham ao longo da adolescência raramente é posto em causa pelos autores que a estudam, o que se verifica é uma dualidade na sua influência. Por um lado essa influência é descrita como facilitadora do envolvimento em comportamentos de risco, como o consumo de substâncias, comportamentos sexuais de risco, problemas de comportamento, entre outros (Morton & Chen, 2006; Shook et al., 2008;), por outro lado é reconhecido um papel primordial na saúde e bem-estar dos mesmos (Tomé, Matos, & Diniz, 2008a,b; Heinrich, & Gullone, 2006; Scheider, 2000), incluindo os sentimentos de felicidade (Tomé, Matos, & Diniz, 2008ab; Demir, Ozdemir, & Weitekamp, 2007; Demir & Weitekamp, 2007), desenvolvimento de competências específicas (Vaquera, & Kao, 2008; Zimmerman, 2004), prevenção de sentimentos de tristeza, infelicidade e solidão (Tomé, Matos, & Diniz, 2008ab) entre outros. É importante conhecer e estudar os dois tipos influência dos pares, a positiva e a negativa. Há várias formas como essa influência pode atuar, dependendo da idade, etnia, entre outras variáveis (Padilla-Walker & Bean, 2009). No geral para serem influenciados, os adolescentes, têm de ter alguma afinidade com o seu grupo de pares, daí a importância de conhecer o grupo de referência que poderá ter maior influência nos comportamentos individuais (Lapinski & Rimal, 2005).

Apesar do papel positivo que os pares desempenham ao longo da adolescência, não podemos descartar a influência negativa e por isso, quanto maior autonomia o adolescente for ganhando do grupo de pares maior será a resistência à influência. Essa resistência parece aumentar com a idade, podendo estar associada à maturidade dos jovens (Sumter, Bokhorst, Steinberg, & Westenberg, 2009). Outro fator que pode acentuar a influência do grupo é o tipo de amizade que os adolescentes mantêm com seus pares, se os amigos forem chegados terão maior influência sobre os seus comportamentos (Glaser, Shelton, & Bree, 2010). Quando a amizade é percebida como recíproca e com qualidade torna-se mais influenciadora (Mercken, Snijders, Steglich, Vartiainen, & Vries, 2010; Demir, & Urberg,

2004). Outro fator identificado como possível atenuante da influência dos pares é a recusa assertiva. Os adolescentes capazes de manter uma recusa assertiva são menos suscetíveis à influência do grupo (Glaser, Shelton, & Bree, 2010).

A influência pode aumentar circunstancialmente na idade de entrada para a escola secundária, pois é nessa altura que os adolescentes se juntam a pares com idades superiores, que as pressões diárias aumentam e que iniciam atividades novas, diminuindo por vezes a autoestima. Dai o risco dessa influência, que inicialmente fornece motivação para experimentar comportamentos novos, tornar-se negativa e reforçar os comportamentos de risco, como o uso de substâncias, atividade sexual de risco, entre outros. Essa tendência negativa poderá ocorrer essencialmente por falta de fontes alternativas de comunicação, ou de sustentação emocional (Bourne, 2001).

Jaccard, Blanton, e Dodge (2005) analisaram os efeitos dos melhores amigos no consumo de álcool e comportamentos sexuais, numa amostra constituída por aproximadamente 1700 pares de amigos, com idades entre os 13 e os 17 anos, e verificaram que a influência dos amigos chegados e dos pares era por vezes sobrevalorizada. Concluíram que o efeito do consumo de álcool no melhor amigo, na maior parte do tempo, não existia concluindo que esse efeito é por vezes sobrevalorizado quando pode nem estar presente.

Os pares exercem sem dúvida uma forte influência no envolvimento dos adolescentes nos comportamentos de risco. Mas o isolamento social também revela consequências, de igual forma negativas, os adolescentes que não têm amigos com quem possam partilhar seus comportamentos e sentimentos, revelam mal-estar, podem também envolver-se em comportamentos de risco e acima de tudo, sentem-se infelizes e sozinhos (Tomé, Matos, & Diniz, 2008ab; Demir, Ozdemir, & Weitekamp, 2007; Demir & Weitekamp, 2007).

Intervenção

Tendo os pares um papel primordial na vida dos adolescentes, as relações positivas entre o adolescente e o grupo de pares devem ser fomentadas. O principal problema identificado entre a relação dos adolescentes com o grupo de pares é a sua influência negativa e a falta de amigos. Sendo assim as intervenções deverão ter como objetivo prevenir as duas situações.

Os programas de promoção de competências sociais podem ajudar os adolescentes a resistir à influência dos pares e a aprender a fazer amigos, evitando o isolamento social. A escola é o local ideal para o desenvolvimento de programas que promovam as competências pessoais e sociais dos adolescentes. Cabe aos professores e técnicos identificarem grupos de adolescentes e desenvolver programas adequados às problemáticas identificadas. As sugestões apresentadas incluem, entre outras estratégias, algumas técnicas que poderão ser incluídas em programas escolares que promovam as competências pessoais e sociais dos adolescentes.

Algumas estratégias para promover relações sociais positivas entre os adolescentes e os pares, poderão ser implementadas na escola ou em casa com a participação dos pais.

Sugestões Gerais:

Incentivar os adolescentes a fazer trabalho voluntário;

Incentivar a participação em atividades extra curriculares, onde possam interagir com pares com interesses comuns;

Incentivar a inclusão em clubes desportivos, associações de estudantes, ou outros grupos que permitam o convívio com pares;

Sugestões Escola:

Gerais:

Promover a cooperação, a partilha e a responsabilidade, dentro da sala de aula;

Dar oportunidades a todos os alunos para participar nas atividades propostas, dentro da sala de aula;

Pedir a opinião dos alunos sobre a resolução de problemas da sala de aula;

Fazer questões que promovam a autorreflexão e o diálogo em sala de aula;

Utilizar técnicas de aprendizagem cooperativa;

Trabalhar a capacidade de empatia entre os adolescentes, por exemplo, através de visitas de estudo a contextos aonde possam contactar com pessoas diferentes em situações diversificadas; através do trabalho de situações aonde os adolescentes possam partilhar experiências e emoções;

Promover o trabalho em equipa;

Envolver os alunos em atividades de grupo;

Ensinar competências de mediação, aonde os adolescentes se possam ajudar mutuamente a resolver diversas situações;

Trabalhar estratégias de autocontrolo;

Encorajar a comunicação entre a família e a escola;

Influência Negativa

Trabalhar técnicas de resistência à influência do grupo de pares, criando situações através de técnicas de role-playing (“dizer não”; manter a opinião, iniciar amizades, etc.)

Trabalhar técnicas de comunicação e assertividade (“Tenho que ir agora embora”, “não vou fazer isso”);

Promover a autoestima, através de elogios e reforço positivo;

Isolamento Social

Trabalhar competências de amizade;

Incentivar o adolescente a arranjar amigos e não estar à espera que os amigos o encontrem;

Ensinar os adolescentes a ouvir os outros,

Promover a autoestima e autocompetência;

Incentivar a adesão a clubes e grupos de atividades que lhe interessem;

Sugestões aos pais:

Realizar refeições em família;

Participar da vida académica do adolescente;

Promover a autoestima através de elogios e reforço positivo;

Estabelecer regras e partilhar tarefas domésticas;

Realizar atividades e passeios em família;

Promover atividades conjuntas com toda a família;

Promover uma comunicação parental positiva;

Manter contacto com a escola;

Promover atividades com os adolescentes e com o seu grupo de amigos;

Interagir com o grupo de pares com o qual o jovem se encontra inserido;

Referências

- Bakker, M. P., Ormel, J., Verhulst, F. C., & Oldehinkel, A. J. (2009). Peer Stressors and Gender Differences in Adolescents' Mental Health: The TRAILS Study. *Journal of Adolescent Health*, 1-7.
- Bourne, H. (2001). Peer Pressure. Retrieved 06-01, 2008, from www.findarticles.com
- Clark, A., & Lohéac, Y. (2006). It wasn't me, it was them! Social influence in risk behaviour by adolescents. *Journal of Health Economics*(Article in Press).
- Corsano, P., Majorano, M., & Champretavy, L. (2006). Psychological well-being in adolescence: The contribution of interpersonal relations and experience of being alone. *Adolescence*, 41(162), 341-353.
- De Goede, I., Branje, S., & Meeus, W. (2009). Developmental changes and gender differences in adolescents' perceptions of friendships. *Journal of Adolescence*, 32, 1105-1123.
- Demir, M., & Urberg, K. A. (2004). Friendship and adjustment among adolescents. *Journal of Experimental Child Psychology*, 88, 68-82.
- Demir, M., Ozdemir, M., & L.Weitekamp. (2007). Looking to happy tomorrows with friends: best and close friendships as they predict happiness. *Journal of Happiness Studies*, 8, 243-271.
- Demir, M., & Weitekamp, L. (2007). I Am so happy cause today I found my friend: Friendship and personality as predictors of happiness. *Journal of Happiness Studies*, 8, 181-211.
- Field, T., Diego, M., & Sanders, C. (2002). Adolescents' parents and peer relationship. *Adolescence*, 37(145), 121-129.
- Glaser, B., Shelton, H.K., Bree, M. (2010). The Moderating Role of Close Friends in the Relationship Between Conduct Problems and Adolescent Substance Use. *Journal of Adolescent Health*, 47, 35-42.
- Hartup, W. (2005). Peer interaction: What causes what? *Journal of Abnormal Child Psychology*, 33, 387-394
- Heinrich, L., & Gullone, E. (2006). The clinical significance of loneliness: A literature review. *Clinical Psychology Review*, 26, 695-718.
- Jaccard, J., Blanton, H., & Dodge, T. (2005). Peer Influences on Risk Behavior: An Analysis of the Effects of a Close Friend. *Developmental Psychology*, 41(1), 135-147.
- Jellesma, F. C., Rieffe, C., & Terwogt, M. M. (2008). My peers, my friend, and I: Peer interactions and somatic complaints in boys and girls. *Social Science & Medicine*, 66, 2195-2205

- Kilma, T. (2008). Children's peer relations and their psychological adjustment: Differences between close friendships and the larger peer group [Electronic Version]. *Merrill-Palmer Quarterly*.
- Kim, J., Rapee, M. R., Oh, J. K., & Moon, H.-S. (2008). Retrospective report of social withdrawal during adolescence and current maladjustment in young adulthood: Cross-cultural comparisons between Australian and South Korean students. *Journal of Adolescence*, 31, 543-563.
- Kuntsche, E., & Gmel, G. (2004). Emotional wellbeing and violence among social and solitary risky single occasion drinkers in adolescence. *Addiction*, 98, 331-339.
- Lapinski, M. K., & Rimal, N. R. (2005). An Explication of Social Norms. *Communication Theory*, 15(2), 127-147.
- Markovits, H., Benenson, J., & Dolenszky, E. (2001). Evidence that children and adolescents have internal models of peer interaction that are gender differentiated. *Child Development*, 72, 879-886.
- Mercken, L., Snijders, T., Steglich, C., Vartiainen, E., & Vries, H. d. (2010). Dynamics of adolescent friendship networks and smoking behavior. *Social Networks*, 32, 72-81.
- Morton, B., & Chen, R. (2006). Over time relationships between early adolescent and peer substance use. *Addictive Behaviors*, 31, 1211-1223.
- Nangle, D. W., Erdley, C. A., Newman, J. E., Mason, C. A., & Carpenter, E. M. (2003). Popularity, Friendship quantity, and friendship quality: Interactive influences on children's loneliness and depression. *Journal of Clinical and Adolescent Psychology*, (32), 4, 546-555.
- Nangle, D. (2004). Opposites do not attract: social status and behavioral style concordances and discordances among children and the peers who like or dislike them. Retrieved 13-12, 2007, from www.findarticles.com
- Nelis, S. M., & Rae, G. (2009). Brief report: Peer attachment in adolescents. *Journal of Adolescence*, 32, 443-447.
- Padilla-Walker, L. M., & Bean, R. A. (2009). Negative and positive peer influence: Relations to positive and negative behaviors of African American, European American, and Hispanic adolescents. *Journal of Adolescence*, 32, 323-337.
- Pereira, E., & Matos, M. (2005). Grupo de pares, comportamentos desviantes e consumo de substâncias. In M. Matos (Ed.), *Comunicação Gestão de Conflitos e Saúde na Escola* (pp. 95-102). Cruz Quebrada: FMH Edições.
- Pérez, J. J., Maldonado, T. C., Andrade, C. F., & Díaz, D. R. (2007). Judgments expressed by children between 9 to 11 years old, about behaviors and attitudes that lead to acceptance or social rejection in a school group. *Revista Diversitas - Perspetivas en Psicologia* (3), 1, 81-107.
- Poelen, E. A. P., Engels, R. C. M. E., Vorst, H. V. D., Scholte, R. H. J., & Vermulst, A. (2007). Best Friends and alcohol consumption in adolescence: A within-family analysis. *Drug and Alcohol Dependence*, 88, 163-173.
- Reitz, E., Dekovic, M., Meijer, A. M. & Engels, R. C. M. (2006). Longitudinal relations among parenting, best friends, and early adolescent problem behavior. *Journal of Early Adolescence*, 26, 272-295.
- Rubin, K. H., Dwyer, K. M., Booth-LaForce, C., Kim, A. H., Burgess, K. B., & Rose-Krasnor, L. (2004). Attachment, friendship, and psychosocial functioning in early adolescence. *Journal of Early Adolescence*, 24(4), 326-356.
- Schneider, B. H. (2000). *Friends and Enemies - Peer relations in childhood*. London: Arnold.
- Segrin, C., & Taylor, M. (2007). Positive interpersonal relationships mediate the association between social skills and psychological well-being. *Personality and Individual Differences*, 43, 637-646.
- Shook, J. J., Vaughn, M. G., Litschge, C., Kolivoski, K., & Schelbe, L. (2008). The importance of friends among foster youth aging out of care: Cluster profiles of deviant peer affiliations. *Children and Youth Services Review*, Article in press.
- Stiles, A. (2004). Relationships among personal space boundaries, peer acceptance, and peer reputation in adolescents. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*. Retirado em 16 de março de 2007 de www.findarticles.com.
- Sumter, S. R., Bokhorst, C. L., Steinberg, L., & Westenberg, P. M. (2009). The developmental pattern of resistance to peer influence in adolescence: Will the teenager ever be able to resist? *Journal of Adolescence*, 32, 1009-1021.

- Sussman, S., Unger, J., & Dent, C. (2004). Peer group self-identification among alternative high school youth: a predictor of their psychosocial functioning five years later. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 1 (4), 9-25.
- Tomé, G., Matos, M. & Diniz, A. (2008a). Consumo de substâncias e isolamento social durante a adolescência, in M. Matos (eds.) *Consumo de Substâncias: Estilo de Vida? À Procura de um estilo?* pp. 95-126. Lisboa: IDT
- Tomé, G., Matos, M., & Diniz, A. (2008b). Consumo de substâncias e felicidade nos adolescentes, in M. Matos (eds.) *Consumo de Substâncias: Estilo de Vida? À Procura de um estilo?* pp. 127-164. Lisboa: IDT
- Trallero, J. (2010). *El Adolescente en su Mundo. Riesgos, problemas y trastornos*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Woods, S., Done, J., & Kalsi, H. (2009). Peer victimisation and internalising difficulties: The moderating role of friendship quality. *Journal of Adolescence*, 32 , 293-308.
- Vaquera, E., & Kao, G. (2007). Do you like me as much as I like you? Friendship reciprocity and its effects on school outcomes among adolescents. *Social Science Research*, In press.
- Zimmermann, P. (2004). Attachment representations and characteristics of friendship relations during adolescence. *Journal of Experimental Child Psychology*, 88, 83-101.
- Zimmer-Gembeck, M. J., Waters, A. M., & Kindermann, T. (2009). A social relations analysis of liking for and by peers: Associations with gender, depression, peer perception, and worry. *Journal of Adolescence* , 1-13.

A família na adolescência

Inês Camacho

A adolescência é um período de desenvolvimento com alterações físicas, psicológicas, sócio-culturais e cognitivas caracterizadas por esforços para confrontar e superar desafios e para estabelecer uma identidade e conquistar autonomia (DiClemente, Hansen, & Ponton, 1996). O processo básico do desenvolvimento do adolescente envolve modificar relações entre o indivíduo e os múltiplos contextos em que o jovem se encontra. A multiplicidade de contextos sociais e interpessoais em que o adolescente se move, representa desafios adicionais e possibilidades acrescidas de estes virem a desenvolver problemas de ajustamento com consequências negativas na saúde (Matos, 1998). Muitos adolescentes navegam por vezes em percursos turbulentos desde a infância até à fase adulta e depois tornam-se adultos produtivos e saudáveis. Há contudo uma preocupação crescente em relação a alguns que não conseguem alcançar o seu potencial como trabalhadores, pais e cidadãos. Os jovens podem melhor realizar o seu pleno potencial e adquirir atitudes e responsabilidades mais saudáveis, se estiverem envolvidos nas decisões e nas ações que dizem respeito às famílias e às comunidades e, acima de tudo, nas decisões que dizem respeito diretamente às suas vidas. Por outro lado, existem evidências de que os fatores afetivos são considerados reforços poderosos do processo cognitivo. As perceções dos jovens de quanto os pais se preocupam com eles, são melhores preditores de saúde positiva do que as punições ou mesmo o comportamento de saúde dos pais.

Importância da família na adolescência

A família tem um papel fundamental no desenvolvimento global da criança e do adolescente e os fatores a ela associados têm influência na socialização, educação, transmissão de crenças e valores, prestação de cuidados e de um modo geral, na saúde e



bem-estar dos elementos que a constituem. Apesar de os adolescentes alargarem os seus espaços e horizontes, os pais continuam a ser o principal apoio para as questões de proteção e segurança e para problemas escolares e de de saúde (Braconnier & Marcelli, 2000). A maior parte dos trabalhos referentes à educação dos jovens e os seus efeitos tem procurado identificar as características pelas quais os pais diferem, significativamente uns dos outros, características essas que têm sido relatadas como influentes nas diferenças que se verificam, a vários níveis, entre os jovens.

Estudos sobre os estilos de relacionamento parental demonstram que qualquer dos extremos educativos (pais autoritários ou permissivos) pode significar dificuldades acrescidas ao jovem e causar desequilíbrios (baixa autoconfiança e filhos dependentes e revoltados), sendo o estilo democrata/participativo (ambientes em que os pais se interessam pela vida dos filhos, discutem com eles as decisões a tomar e existe uma definição clara de limites) o que gera nos jovens sentimentos de maior competência social, autonomia e independência (Linares, Pelegrina, & Iendínez, 2002). O relacionamento familiar, a influência dos estilos parentais e da comunicação familiar, apesar de sofrerem alterações na adolescência, continuam a desempenhar funções importantes para os adolescentes, assumindo um papel decisivo no ajustamento psicossocial, na saúde mental, no desenvolvimento de competências psicossociais e em comportamentos de saúde dos jovens (Ardelt & Day, 2002; Van Well, Bogt, & Raaijmakers, 2002).

As relações positivas na família, o suporte emocional e social dos pais e um estilo de disciplina parental construtivo e consistente, tendem a estar relacionados com maiores índices de bem-estar e de ajustamento na adolescência (Field, Diego, & Sanders, 2002; Branje, Van Aken, & Van Lieshout, 2002) e menor envolvimento em comportamentos de risco e em grupos de pares desviantes (Mounts, 2002; Ardel & Day, 2002). Repinski e Shonk (2002), sugerem que as representações dos jovens acerca da sua adaptação social e reação comportamental estão associadas ao comportamento parental e que estes aspetos estão relacionados com o

ajustamento social do adolescente (no que se refere à adaptação escolar e aos problemas de comportamento).

Os comportamentos e estilos parentais variam e influenciam de forma diversificada o desenvolvimento de determinadas características da criança/adolescente, o seu desenvolvimento social, cognitivo e emocional, filiação no grupo de pares e desempenho académico, podendo atuar como fator de proteção mas também como fator de risco (Batista, 2000). A qualidade da vida familiar e as práticas parentais parecem ter uma grande influência na prevenção dos comportamentos de risco nos adolescentes (consumo de álcool, tabaco e drogas, violência entre outros).

Consumo de substâncias

Sieving, Perry e Williams (2000) examinaram os modelos da influência dos pares (que postulam que os jovens adolescentes cujos amigos consomem álcool apresentam maior probabilidade de se envolver nesse comportamento) e da seleção dos pares (os adolescentes procuram amigos cujo comportamento de beber seja similar ao seu). Os resultados indicam que níveis mais elevados de consumo de álcool de droga pelos amigos levam ao aumento do consumo de álcool pelos jovens.

Na Promoção da Saúde, uma das áreas mais realçadas, nos últimos anos, tem sido a prevenção do consumo de tabaco junto dos jovens, pelo facto de no período da adolescência, existir uma maior probabilidade de os jovens experimentarem o seu primeiro cigarro e iniciarem hábitos tabágicos, que se poderão prolongar por toda a vida. Relativamente aos fatores pessoais, podemos incluir todos os fatores que dizem respeito ao micro-ambiente da criança ou jovem, ou seja, todos os que se relacionam com a sua individualidade e o seu meio social imediato, tal como a família, amigos e professores. Os fatores sociais são os que pertencem ao macro-ambiente e que se relacionam com a influência da comunidade num sentido mais alargado, ou seja, com a aceitabilidade social do hábito de fumar, a sua acessibilidade e com a publicidade ao tabaco (Lima, 1999).

O uso de substâncias é um importante preditor tanto da morbidade como da mortalidade entre adultos no entanto, é mais usual ser considerado comportamento de risco entre adolescentes (Gabhainn & François, 2000).

A comunicação e a monitorização parental surgem como fatores de proteção e aparecem associados negativamente ao consumo de substâncias (tabaco, bebidas alcoólicas e consumo de marijuana nos últimos 30 dias (Pokhrel, Unger, Wagner, Ritt-Olson, & Sussman, 2008).

Famílias incluídas

Metodologia

Os questionários do presente estudo foram recolhidos em três escolas do Montijo, num total de 36 turmas, do 7º ao 12º ano de escolaridade, escolhidas aleatoriamente. Foram inquiridos um total de 812 alunos bem como os seus encarregados de educação. Dos 812 pais inquiridos apenas 271 (33.4%) responderam aos questionários. Assim e pelo fato de se pretender saber a relação existente entre o questionário do jovem e seu encarregado de educação, a amostra deste estudo é constituída por 271 jovens (37.3% rapazes e 62.7% raparigas) seus encarregados de educação (18.8% do sexo masculino e 81.2% do sexo feminino) e 25 professores. Embora os questionários tivessem sido aplicados a todos os jovens, foram excluídos os que tivessem menos de 12 e mais de 17 anos, pelo facto do QLP-A (Questionário de Ligação Parental- Forma Adolescente traduzido por Batista em 1997) apenas ser aplicável em sujeitos com idades compreendidas entre os 12 e 17 anos.

Instrumentos

O questionário aplicado aos **jovens** ficou constituído por questões demográficas (nível socioeconómico da família, entre outras questões), por questões relacionadas com o ambiente familiar (agregado familiar, relação com a família, educação, regras) o QLP-A (constituído por 25 itens, sendo cada uma avaliada relativamente ao pai e à mãe, agrupados em três subescalas: carinho, autonomia e proteção) e por questões relacionadas com o consumo de álcool, tabaco e drogas e sobre os tempos livres.

Aos **encarregados de educação** foram colocadas questões demográficas, questões sobre o grau de importância dado a diversas necessidades básicas, foram ainda questionados sobre o ambiente familiar, foi igualmente aplicado o PBI (Parental Bonding Instrument traduzido e adaptado por, Batista, 1993. Constituído por 25 itens dividido em três subescalas – autonomia, carinho e proteção) foram questionados sobre a educação, e regras, foram colocadas questões sobre a relação existente com a escola, sobre com quem tiram as dúvidas sobre saúde e os sinais que evidenciam o consumo de substâncias.

Os **professores** foram questionados sobre a participação dos pais na escola e estratégias utilizadas para levar os pais à escola.

Procedimento

Cada questionário aplicado ao jovem tinha um código no cabeçalho, bem como um envelope anexado para ser entregue pelo jovem ao encarregado de educação. Este envelope continha uma breve explicação do estudo e um questionário, com o mesmo código do questionário aplicado ao jovem, para o encarregado de educação preencher para posteriormente ser entregue (pelo jovem ou encarregado de educação) ao diretor de turma. Os professores que aplicaram os questionários aos alunos, preencheram também um questionário dirigido aos professores.

O ambiente familiar nas famílias

A maioria dos jovens refere que passa o tempo que necessita com os pais e que o carinho e afeto que os pais dão é o que necessitam. Observa-se que os rapazes referem mais frequentemente que às vezes fazem coisas em conjunto com o pai, enquanto as raparigas referem mais frequentemente fazerem muitas vezes coisas em conjunto com a mãe. Verifica-se a existência de uma associação entre o carinho que o pai diz dar e o carinho que o/a jovem sente por parte do pai. Pode-se igualmente constatar que quanto maior for o índice de carinho dado pelos pais maior será a autonomia dada ao (à) jovem. Quanto menores são os índices de proteção referidos pela mãe, maior é a proteção sentida pelo(a) jovem e quando a mãe refere que dá proteção, menor é a autonomia sentida pelo(a) jovem.

A participação dos pais na educação dos filhos

A maioria dos jovens refere que apenas algumas vezes o pai sabe a data dos seus testes, sendo que as raparigas o referem mais frequentemente. Os jovens mais novos referem que o pai poucas vezes sabe a data dos testes. A maioria dos jovens refere que a mãe sabe sempre a data dos testes. Os jovens referem que os pais sabem sempre as notas dos testes e as notas no final de cada período, fato igualmente referenciado pelos pais. Relativamente à ajuda do pai nas tarefas escolares, as raparigas respondem mais frequentemente que o pai ajuda algumas vezes e os rapazes referem que o pai ajuda poucas vezes. Os jovens de ambos os sexos com 14/15 anos dizem que o pai nunca ajuda nas tarefas escolares. São os jovens mais novos que referem mais frequentemente que a mãe algumas vezes ajuda nas tarefas escolares.

Quando é questionado se os pais conversam sobre assuntos do seu interesse, a maioria dos jovens refere que com a mãe isso sempre acontece e com o pai apenas algumas vezes. A maioria dos pais refere que a sua participação na educação dos filhos é boa. Ter mais tempo para passar com os filhos, surge como a opção mais assinalada, quando os pais são questionados como é que as famílias podem participar mais na educação dos filhos.

As regras nas famílias

Cerca de um terço dos jovens, refere que são os pais que impõem as regras, outro terço refere que as regras e castigos são negociados. Os mais velhos referem mais frequentemente que as regras são negociadas. A maioria dos pais refere que são eles que impõem as regras. Relativamente às regras existentes em casa, as raparigas referem mais frequentemente que têm de fazer a cama todos os dias. Os mais velhos referem não ter estipulado a quantidade de dinheiro que podem gastar por dia e não têm horários para ir dormir e jogar computador. Os pais por seu lado, referem como muito importante o jovem ser bem-educado, saber onde o jovem se encontra quando não está em casa ou na escola e o jovem estudar todos os

dias. Quando as regras não são cumpridas, a maioria dos jovens e pais refere que dialogam sobre o sucedido.

Relação entre os pais e a escola

A maioria dos pais, refere que tem acesso à informação relativa ao desempenho do seu educando através das reuniões de final de cada período, através da caderneta do aluno e das informações fornecidas pelos filhos. Quando questionados sobre as funções da escola, a maioria dos pais refere que a escola tem como funções: ensinar a matéria, e como respeitar os outros e tirar dúvidas sobre a matéria.

Opinião dos professores sobre a participação dos pais na educação dos filhos

A totalidade dos professores refere que as reuniões de pais e o dia de atendimento semanal são estratégias utilizadas na escola que leciona, sendo a reunião de pais a estratégia que tem demonstrado maior eficácia. Na opinião dos professores, ações de sensibilização sobre diversos temas, é uma das estratégias que poderia ser implementada. A maioria dos professores refere que são poucos os pais que participaram na educação dos filhos e aqueles que participam são, na maioria, pais interessados e que os filhos não têm problemas de aprendizagem. Os problemas de aprendizagem e no comportamento são as dúvidas mais vezes colocadas aos professores pelos pais. A maioria dos professores desconhece a existência de associação de pais na escola que leciona.

Dúvidas dos pais sobre saúde, bem-estar e educação

A maioria dos pais refere que não costuma ter dúvidas, mas quando as tem costuma colocá-las ao médico de família. Quando questionados sobre o modo como gostariam de tirar dúvidas, a maioria que gostaria que houvessem ações de sensibilização com pessoas especializadas.

Os consumos dos jovens

A maioria dos jovens afirma já ter experimentado bebidas alcoólicas. As raparigas e os jovens mais velhos de ambos os sexos são os que o referem mais frequentemente. Os participantes referem que quando experimentaram

pela primeira vez bebidas alcoólicas tinham entre 13 e 16 anos de idade. Os jovens mais velhos referem mais frequentemente consumir bebidas destiladas, enquanto que os jovens com 14, 15 anos consomem mais cerveja. Dos jovens que afirmam já ter consumido bebidas alcoólicas, um terço refere nunca ter consumido no último mês. A maioria dos jovens refere nunca se ter embriagado e que os pais têm conhecimento que o jovem consome bebidas alcoólicas.

Relativamente ao consumo de tabaco, a maioria dos inquiridos refere que não experimentaram tabaco. São as raparigas e os jovens mais velhos de ambos os sexos que referem mais vezes terem experimentado. Dos jovens que fumam, a maioria diz que fuma uma vez por semana e que consome 2 a 10 cigarros por semana e que os pais não têm conhecimento.

No que diz respeito ao consumo de drogas, a maioria dos jovens refere nunca ter experimentado e os que referiram já ter experimentado a maioria já consumiu cannabis. A maioria dos jovens não consumiu drogas no último mês e quando consome fá-lo em casa dos amigos. A totalidade dos jovens diz que os pais não têm conhecimento que consome drogas. A maior parte dos jovens refere que nenhum dos seus amigos consome drogas e na sua opinião as pessoas que consomem drogas fazem-no para experimentar, esquecer os problemas e porque os amigos também o fazem e não consomem porque não querem e têm medo de apanhar doenças. Quando questionados sobre a facilidade de acesso de algumas substâncias, a maioria refere que o tabaco e as bebidas alcoólicas são substâncias de fácil acesso.

Os pais por seu lado, referem que o jovem ter más companhias, demonstrar agressividade, faltar às aulas e pedir frequentemente dinheiro, são sinais evidentes de consumo de substâncias.

Implicações para a intervenção

Os perfis traçados anteriormente deverão ser a base para a elaboração de medidas que facilitem e promovam a saúde dos jovens. Torna-se por isso importante a participação de todos os agentes educativos.

Pais

Impor limites aos filhos é um dos desafios diários dos pais. Muitos pais foram educados de forma autoritária e, com receio de repetição dos erros dos seus pais, acabam no extremo oposto, de permissividade e falta de limites que pode ser vista pelo jovem como falta de afeto. A falta de limites e regras não causa apenas constrangimento familiar. Um jovem que não cumpre as regras estabelecidas em casa e não é punido tende a fazer o mesmo fora de casa, ou seja, não cumprir quaisquer regras, sendo que as consequências poderão ser graves. É importante o jovem perceber que quando tem um comportamento menos adequado há consequências.

Sugestões:

Definir com o vosso filho as regras que têm que ser cumpridas, referindo a sua razão de existência, verificar a importância que o vosso filho dá a essas regras e estabelecer com ele as consequências que advêm do seu não cumprimento;

Seja consistente: quando diz não, explique as razões e mantenha a posição;

É importante que ambos os pais cheguem a um acordo antes de impor as regras;

Faça refeições em conjunto com os seus filhos. A hora das refeições é uma boa altura para fazer o “balanço” do dia;

Saber quem são os amigos do seu filho. Por exemplo combinar um almoço ou lanche com os amigos do seu filho, ou incentivar que ele faça os trabalhos de grupo na vossa casa;

Partilhar atividades com o vosso filho: ir ao cinema, ver um filme ou programa em casa (é uma boa estratégia para falar sobre assuntos ou temáticas de interesse do adolescente) ou outras atividades que todos gostem;

Sejam bons ouvintes, pensem com o vosso filho e não por ele; ajudem-no a pensar a tomar decisões e a mantê-las;

Concentrem-se no que podem partilhar com os vossos filhos e não nas diferenças entre vós.

Escola

As escolas poderão realizar várias ações de intervenção quer com as famílias quer com os jovens, com os professores e com os funcionários das escolas.

Sugestões:

Com as famílias:

Ações de formação/ debate com profissionais, que ajudem a esclarecer os pais sobre riscos como o consumo de substâncias, outros comportamentos de risco e como melhorar a comunicação entre pais e filhos;

Através do *role-play* e outras estratégias participativas simular situações complexas que possam surgir entre pais e filhos e debater alternativas de ação;

Programas de treino parental que incluam o treino de competências pessoais e sociais.

Com os jovens:

Ações de formação/ debate sobre o consumo de substâncias; e outros comportamentos de risco;

Ações de formação/ debate com os jovens com o objetivo de os ajudar a melhorar a forma como comunicam com os seus pais e diminuir os conflitos existentes nesta fase;

Implementação de programas de competências pessoais e sociais com os jovens que os possam ajudar na abordagem e resolução de problemas, na autorregulação e a lidar de forma mais adequada aos diversos desafios inerentes à adolescência.

Com os professores e funcionários das escolas

Ações de formação/ debate que ajudem os professores e funcionários a lidar com comportamentos mais problemáticos (consumo de substâncias, violência escolar e comportamento desadequado na sala de aula);

Ações de formação/ debate visando estratégias que ajudem os professores a trazer as famílias à escola, e facilitem o diálogo com as famílias problemáticas;

Promoção da formação de professores na área da saúde e comportamentos interpessoais, na formação inicial, na formação pós graduada e na formação continua.

Referências

- Ardelt, M., & Day, L. (2002). Parents, siblings, and peers. close social relationships and adolescent desviance. *Journal of Early Adolescence*. , 22 (3), 310-349.
- Batista, A.G. (1993). *A Génese da perturbação de pânico: A importância dos fatores familiares e ambientais durante a infância e adolescência*. Dissertação de Doutoramento. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto – Portugal
- Batista, A. (2000). Perturbações do medo e da ansiedade. Uma perspetive evolutiva e desenvolvimental. In I, Soares. (Ed) *Psicopatologia do desenvolvimento: Trajetórias (in) Adaptativas ao longo da vida*. Lisboa: Quarteto Editora.
- Batista, A., Negrão A., Lory., & Carvalho, D. (1997).Práticas parentais educativas na adolescência. Desenvolvimento e validação do questionário de ligação parental – forma adolescente QLP-A. Questionário de ligações parentais forma adolescente. *Avaliação Psicológica: Formas e contextos..* Batista, A. (2000). Perturbações do medo e da ansiedade: uma perspetive evolutiva e desenvolvimental. In Soares, I. (Ed) *Psicopatologia do desenvolvimento: Trajetórias (in) Adaptativas ao longo da vida*.Lisboa: Quarteto Editora
- Braconnier, A., & Marcelli, D. (2000). *As mil faces da adolescência*. Lisboa:Climepsi Editores.
- Brange, S., Van Aken, M., & Van Lieshout, C. (2002). Relational support in families with adolescents. *Journal of Family Psychology* , 16(3), 351-362.
- DiClemente, R., Hansen, W., & Ponton, L.(1996). *Handbook of Adolescent Health Risk Behavior*. New York: Plenum Press.
- Field, T., Diego, M., & Sanders, C. (2002). Adolescents' parents and peer relationship. *Adolescence* , 37 (145), 121-129.
- Gabhainn, S., & François, Y. (2000). Substance use. In K. H. C. Currie, *Health and Health Behaviour among Young People*. HEPCA series: World Health Organization.
- Lima, L.(1999). A prevenção do tabagismo na adolescência. In L.Sardinha, M.Matos, & I. Loureiro (Eds). *Promoção da saúde: modelos e práticas de intervenção nos âmbitos da atividade física, nutrição e tabagismo*. (pp.123-161). Lisboa:Edições FMH.
- Linares, M., Pelegrina, S., & Lendínez, J. (2002). Los estilos educativos de los padres y la competencia psicossocial de los adolescents. *Anuário de Psicologia*, 33(1), 79-94.
- Matos, M.(1998). *Comunicação e gestão de conflitos na escola*.Lisboa. FMH-UTL.
- Mounts, N. (2002). Parental management of adolescent peer relationship in context: the role of parenting style. *Journal of Family Psychology* , 16 (1), 58-59.
- Pokhrel, P., Unger, J. B., Wagner, K. D., Ritt-Olson, A., & Sussman, S. (2008). Effects of parental monitoring, parent-child communication, and parent's expectation of the child's acculturation on the substance use behaviors of urban, Hispanic adolescents. *Journal of Ethnicity in Substance Use*, 7 , 200-213.
- Repinski, D., & Shonk, S. (2002). Mothers and fathers behavior adolescesnts' self representations and adolescent's adjustment: a mediational model. *Journal of Early Adolescence*, 22 (4), 357-383.
- Sieving, R., Perry, C., & Williams, C. (2000). Do friendships change behaviours, or do behaviours change friendships? Examining paths of influence in young adolescents' alcohol use. *Journal of Adolescent Health* , 26(1), 27-35.
- Van Well, F., Bogt, T., & Raaijmakers, Q. (2002). Changes in the parental bond and the well-being of adolescents and young adults. *Adolescence*, 37 (146), 317-333.

Prática de Atividade Física e Desporto

Nuno Loureiro

As últimas décadas têm sido caracterizadas por profundas e diversificadas investigações na área da atividade física (AF), podendo identificar-se quatro períodos (Sallis, Linton, & Kraft, 2005). O 1.º período, anterior ao ano de 1970, é caracterizado por investigações de cariz fisiológico sobre o impacto dos padrões de AF na condição física dos indivíduos; o 2.º período, de 1970 a 1990, reúne investigações epidemiológicas que conduziram a AF a um fator de saúde prioritário; o 3.º período, simultâneo ao segundo, mas, engloba investigações sobre as principais formas de promoção da AF, e o 4.º período, que tem o seu início no século XXI, abrange investigações centradas nas políticas e nos fatores ambientais que promovem a saúde. A AF é definida como qualquer movimento corporal produzido pelos músculos esqueléticos, que resulta num aumento de dispêndio de energia. Por outro lado, o exercício físico, um conceito muita vezes utilizado como sinónimo de AF, é entendido como uma AF planeada, estruturada e que implica movimentos corporais repetitivos realizados para melhorar ou manter um ou mais componentes da condição física, e geralmente está associado a um desporto (Caspersen, Powell, & Christenson, 1985). Estes conceitos são utilizados frequentemente como semelhantes, o que pode contribuir para justificar alguns dos resultados discordantes obtidos nesta área.

A Prática Desportiva nos adolescentes

O estudo longitudinal de 15 anos realizado por Tammelin, Näyhä, Hills e Järvelin (2003) demonstrou que a participação assídua do desporto na adolescência, depois do horário escolar, estava associada a um elevado nível de AF na vida adulta. Nos rapazes, a participação de adolescentes em jogos de bola, desportos de resistência intensiva, atletismo e desportos de combate foi associada com um alto ou muito alto nível de atividade em adultos. Nas raparigas, o mesmo se verifica na participação em modalidades de orientação, atletismo, ciclismo, ginástica e equitação. No caso específico dos jovens portugueses, o seu índice de prática encontra-se

no quartil inferior comparativamente com os dos outros países participantes do estudo HBSC (WHO, 2004). Assim, parece evidente que a AF, em contextos claramente definidos como o transporte ativo (TA), a educação física (EF) na escola e os desportos organizados, está a diminuir em muitos países (Dollman, Norton, & Norton, 2005).

O modelo de Oxford reúne os fatores que influenciam a participação desportiva de um indivíduo na AF e no desporto ao longo da vida (University of Oxford British Heart Foundation Health Promotion Research Group, 2005). Este modelo clarifica a importância fulcral das características do bairro e a forma como estão relacionadas com as questões demográficas e psicossociais do indivíduo, que incluem o papel da autoconfiança e as perceções pessoais de competência no desporto, e o impacto direto que estas questões têm na participação desportiva.

Teorias e modelos usados na promoção da Atividade Física

Diversos investigadores fizeram incidir os seus estudos sobre a compreensão e explicação do desenvolvimento humano, em geral, e dos adolescentes, em particular. Estas investigações pautaram-se de acordo com diversos níveis de intervenção (U.S. Department of Health and Human Services, 2002): Individual (modelo de confiança na saúde, modelo transteórico, prevenção de recaídas, Paradigma do processamento de informação) Interpessoal (teoria de aprendizagem social/cognitiva social, teoria de ação racional, teoria de comportamento planeado e apoio social) e Comunitária (modelo de organização da comunidade, teoria da mudança organizacional, divulgação da teoria da inovação e modelo ecológico).

Modelo Ecológico

O modelo ecológico tem sido particularmente estudado, nos últimos anos, no que se refere à promoção da prática da AF. A visão ecológica sobre a adolescência parte da ideia de que o adolescente não se desenvolve no vazio. Analisam-se as interações dos adolescentes com aqueles que lhes estão mais próximos, nos seus múltiplos contextos (família, comunidade, país) e com o ambiente em que estão em contacto (cultura, meios de comunicação, política, religião). Este modelo foi publicado em 1979 por

Bronfenbrenner (Rice, 2000), em que agrupou as influências sociais exercidas sobre o adolescente em três grandes sistemas, nomeadamente: 1) Microsistema (influências mais imediatas sobre o adolescente (i.e. família, amigos, escola, serviços de saúde e grupo religioso); 2) Mesossistema (implica as relações recíprocas entre os diferentes contextos do microsistema). Um microsistema e um mesossistema podem reforçar-se mutuamente ou exercer influências opostas, originando confiança ou conflito respetivamente, ao indivíduo; 3) Exossistema (composto por aqueles contextos em que o adolescente não tem um papel ativo, mas que, no entanto, exercem sobre ele uma forte influência). Exemplos: os meios de comunicação, os amigos da família, vizinhos, locais de trabalho, organizações comunitárias e serviços.

Com base no modelo de Bronfenbrenner, Sallis et al (2006) elaboram um modelo ecológico direcionado para os estilos de vida ativos. Este modelo é abrangente e construído em torno de quatro domínios da vida ativos, nomeadamente as atividades domésticas, as atividades recreativas, o TA e as atividades profissionais. Existem em cada um dos três domínios, vários níveis de influências específicas.

Fatores que influenciam a prática de Atividade Física

A transição da escola primária para o ensino básico e do ensino secundário para o primeiro ano da universidade representa mudanças críticas de vida associadas com o aumento do *stress*, ameaças à autoestima, baixo apoio social e uma abundância de fatores de saúde que contribuem para a diminuição da prática de AF (Chief Medical Officer, 2004).

Owen, Leslie, Salmon, e Fotheringham (2000) defendem que uma importante área de investigação para as ciências do desporto e da AF deve centrar-se na compreensão dos fatores que influenciam a AF e os comportamentos sedentários (CS) das populações. No entanto, é unânime que a explicação deste comportamento é extremamente complexa e multifatorial.

Como reflexo dessa multiplicidade, optámos por fazer uma análise da literatura de acordo com a categorização proposta por Sallis, Prochaska e Taylor (2000). A referida análise encontra-se exposta na

Tabela 1, tendo as diversas determinantes agrupadas em distintos fatores, nomeadamente: demográficos e biológicos, psicológicos (cognitivos e emocionais), sociais e culturais e ambientais. Contudo, alguns dos itens foram posteriormente desenvolvidos com maior profundidade, devido ao facto de serem importantes ao desenvolvimento desta temática.

Tabela 1 - Relação de diversos fatores com nível de AF

Determinante	Assoc.	Referência	
FATORES DEMOGRÁFICOS E BIOLÓGICOS	Idade (+ avançada)	-	(Aarnio, 2003; Burton & Turrell, 2000; Caius & Benefice, 2002; Sallis & Owen, 1999; Sallis et al, 2000)
	Entre os 15 e os 19 anos	-	(Marivoet, 2001)
	No final da adolescência	-	(Castro, 2001; Matos, Simões, & Canha, 2000; WHO, 2000)
	> 35 anos	-	(Marivoet, 2001)
	Género (masculino)	+	(Eurobarometer, 2010; Matos, Simões, Reis, & Canha, 2000; Mota & Esculcas, 2002; Sallis et al, 2000; Trost, Owen, Bauman, Sallis, & Brown, 2002; WHO, 2008)
	Educação (> escolaridade)	+	(Matos & Equipa Aventura Social, 2003; Varo et al., 2003; WHO, 2009)
	Estat. socioeconómico (alto)	+	(Brodersen, Steptoe, Boniface, Wardle 2007; Lasheras, Aznar, Begoña Merino, & López, 2001; Parks, Housemann, & Brownson, 2003; Van der Horst, Paw, Twisk, & Van Mechelen, 2007; WHO, 2008)
	Peso, Sobrepeso e Obesidade	-	(Dionne, Alméras, Bouchard, & Tremblay, 2000; Trost, et al., 2002; Varo, et al., 2003)
	Indivíduos que se percebem como muito magros	-	(Silva, 1999)
	Raça/Etnia (não caucasiana)	-	(Aarnio, 2003; Sallis, et al 2000; Van der Horst, et al., 2007)
FATORES PSICOLÓGICOS (COGNIT. E	Perceção de autoeficácia (para a prática de AF)	+	(Sallis & Hovell, McKay, Petit, & Schutz, 2000; 1990; Wallace & Buckworth, 2001)
	Prazer na prática	+	(Berger, Pargman, & Weinberg, 2007; Eurobarometer, 2006; Leslie et al., 1999; Weinberg, et al, 2000)

	Conhecimento dos efeitos da AF sobre a saúde (percepção de benefícios)	+	(Mota & Sallis, Corte-Real, Dias, Corredeira, & <i>et al</i> , 2008; Eurobarometer, 2006; Lian, Gan, Pin, Wee, & Ye, 1999; Martin, Morrow, Jackson, & Dunn, 2000; 2002)
	Obstáculos à prática (Falta de tempo)	-	(Lian, et al., 1999)
FATORES COMPORT.	História da AF durante a infância e a adolescência	+	(McGuire, Hannan, Neumark-Sztainer, Cossrow, & Story, 2002)
	Sono	+	(Chaput, Brunet, & Tremblay, 2006; Hughes & Rogers, 2004; Patel, Malhotra, White, Gottlieb, & Hu, 2006)
	Hábitos tabagísticos	-	(Burton & Turrell, 2000; Hedman, Bjerg-Baclund, Pezanowski, & Sundberg, 2007; Larson, Story, Perry, Neumark-Sztainer, & Hannan, 2007; Wilson et al., 2005)
	Ocupação dos tempos livres	-	(Mota, Gomes, Almeida, Ribeiro, Carvalho, et al., 2007; Mota & Sallis, 2002)
0		(Wong & Leatherdale, 2009)	
FATORES SOCIAIS E CULTURAIS	Apoio social dos amigos	+	(Leslie, et al., 1999; Salvy et al., 2009; Springer, Kelder, & Hoelscher, 2006; Van der Horst, et al., 2007)
	Apoio social da família (Pais)	+	(Heitzler, Martin, Duke, & Huhman, 2006; Leslie, et al., 1999; Neumark-Sztainer, Story, Hannan, Tharp, & Rex, 2003; Sallis, et al., 2000; Thompson, Rehman, & Humbert, 2005; Wenthe, Janz, & Levy, 2009 ; Whitehead, Biddle, O'Donovan, & Nevill, 2006)
	Escola	-	(Dollman, et al., 2005; Gorely, Marshall, & Biddle, 2004)
FATORES AMBIENTAIS	Acesso a locais apropriados	+	(Heitzler, et al., 2006; Limstrand, 2008; Parks, et al., 2003)
	Clima/estação do ano (inverno)	-	(Mota & Sallis, 2002; Pivarnik, Reeves, & Rafferty, 2003; Tercedor, 2001)
	Características do meio residencial	+	(Dollman, et al., 2005; Gordon-Larsen, McMurray, & Popkin, 2000; Heitzler, et al., 2006)

Legenda: “+” indica associação positiva com a AF; “-” indica associação negativa com a AF, “0” – indica ausência de associação; **IMC** – índice de massa corporal, definido pelo peso (kg) dividido pela altura ao quadrado (m²)

Fatores demográficos e biológicos

O género

A literatura (Riddoch et al., 2004; Sallis, et al, 2000) parece confirmar uma menor adesão às práticas desportivas por parte das raparigas comparativamente com o género oposto. Os rapazes praticam atividade

física moderada a vigorosa (AFMV) cerca de 18 minutos por dia nos dias de semana e 13 minutos por dia ao fim de semana a mais que as raparigas (Nader, Bradley, Houts, McRiche, & O'Brien, 2008) e apresentam uma intenção mais favorável à prática do exercício (Sallis et al, 2001). Apesar de confirmar esta evidência, Olds, et al. (2009), salientam que são as raparigas as que mais realizam TA (i.e. andar a pé, de bicicleta).

A prática de AF vai declinando com a idade em ambos os géneros (Nader, et al.,2008). Há muitas outras investigações que demonstram o agravamento da situação com o avançar da idade. Para Nelson, Neumark-Stzainer, Hannan, Sirard e Story (2006) verifica-se uma diminuição de AFMV de 5,9 a 4,9 horas por semana no início da adolescência para 5,1 a 3,5 horas por semana, de meados da adolescência até ao final.

O tipo de prática de AF tende a diferir de acordo com o género, sendo as mais referidas pelas raparigas as tarefas de casa, caminhar (TA), dança, basquetebol, jogar com crianças mais novas e correr. O local mais comum para as raparigas realizarem as suas práticas é a sua residência ou o bairro (Kuo et al., 2009). Atendendo ao tipo de atividades preferidas pelas raparigas, torna-se evidente que a sua regularidade de prática está bastante relacionada com as características do bairro onde residem.

Com base nestas evidências, Bélanger et al. (2009) elaboraram um esquema onde apresentam uma estimativa do número de meses que rapazes e raparigas permaneciam a praticar, de forma regular determinada atividade específica, verificando que após dois anos no ensino secundário, a maioria das raparigas já tinha interrompido a participação em 23 das 29 atividades analisadas. No mesmo período, os rapazes tinham interrompido 20 atividades. As atividades físicas com uma maior probabilidade de serem praticadas pelos rapazes são a corrida/*jogging*, enquanto no caso das raparigas são as atividades de interior e os exercícios de melhoria da condição física.

A Idade

Diversos estudos (Dishman, 1993; Janz, Dawson, & Mahoney, 2000) sugerem que os esforços preventivos focados na manutenção da condição

e AF ao longo da adolescência irão trazer benefícios favoráveis para a saúde no futuro. Outra das evidências é o facto de os jovens envolvidos em vários tipos de práticas físicas terem mais probabilidade de realizarem AF ao longo da vida, independentemente do tipo de atividade realizada (Kjonniksen, Torsheim, & Wold, 2008).

O aumento da idade é inversamente proporcional à prática de AF (Aarnio, 2003; Matos et al., 2011). A literatura científica (Matos, et al., 2011; Sallis et al, 2000) tem procurado identificar em que fase da vida do indivíduo se verifica maior declínio na prática desportiva. Apesar dos estudos diferirem em termos de intervalos temporais, o período da adolescência apresentou-se como o mais crítico em ambos os géneros. As investigações de Nader et al (2008) indicam que a prática de AFMV diminui 38 min. por ano nos dias da semana, e 41 min. por ano ao fim de semana. Para Brodersen et al. (2007), são nas faixas etárias dos 11/12 anos e dos 15/16 anos onde se verifica a maior a diminuição da AF vigorosa e onde se observa um aumento do comportamento sedentário. Os dados de Pate, Dowda, O'Neill e Ward (2007) demonstram ainda que se verifica uma diminuição de 11 % na prática de AF vigorosa entre o 8.º e o 12.º ano de escolaridade.

A diminuição de AF em função da idade pode tratar-se de um fenómeno idêntico aos resultados de estudos realizados com diversas espécies animais, definindo-se através de uma base biológica e justificada por um provável mecanismo relacionado com a dopamina (neurotransmissor, uma das substâncias químicas utilizadas na transmissão de impulsos nervosos), que regula a motivação para a locomoção (Sallis, 2000).

Estatuto socioeconómico

O estatuto socioeconómico é outro dos fatores que mais tem sido referenciado na literatura como regulador da prática de AF. Os resultados, entretanto, são pouco consensuais e não permitem identificar com clareza o sentido e a magnitude da associação entre o estatuto socioeconómico e a AF (Seabra et al, 2008). É possível encontrar estudos que revelam a existência de uma associação positiva entre o estatuto e a AF e outros em que essa associação é negativa (Seabra et al, 2008) ou indiferente (Mota &

Silva, 1999; Shropshire & Carroll, 1997). A principal razão para esta divergência nos resultados poderá ser eventualmente explicada no modo como o estatuto foi aferido. Na literatura, observamos estudos que avaliaram o estatuto socioeconómico pelo rendimento familiar, pela quantidade dos bens da família, pela formação académica dos elementos constituintes do agregado familiar e pela atividade ocupacional desenvolvida por cada um dos membros da família. Apesar de alguma controvérsia nos resultados, a generalidade das pesquisas parece evidenciar que a participação em AF apresenta alguma desigualdade social e económica, ou seja, os adolescentes com um elevado nível socioeconómico parecem realizar mais AF do que os adolescentes com um baixo estatuto (Seabra et al, 2008).

A obesidade juvenil

O excesso de peso e a obesidade na adolescência são um fenómeno problemático para a saúde do indivíduo no presente, mas também no futuro, pois é bastante provável que o indivíduo mantenha os seus hábitos em adulto (Hedley et al., 2004; Whitlock, Williams, Gold, Smith, & Shipman, 2005). Nesse sentido aponta a investigação de Neumark-Sztainer, Wall, Eisenberg, Story e Hannan (2006), que acompanharam durante cinco anos uma larga amostra de adolescentes e verificaram a prevalência de sobrepeso elevado no início da adolescência (28,7% nas raparigas e 28% nos rapazes), mantendo-se elevado durante toda a adolescência. Já Matton et al. (2007) verificaram que não era clara a tendência secular positiva para o peso, IMC e a participação desportiva dos adolescentes belgas.

Considera-se que o fenómeno da obesidade infantil se deve a um conjunto de fatores inter-relacionados. Os jovens estão rodeados por produtos que são ricos em açúcar, sal e de alto teor de gordura, atraentes, saborosos e duráveis mas, em muitos casos, são nutricionalmente pobres. Em muitos países, estes produtos geralmente custam menos e são mais fáceis de obter do que as opções mais saudáveis. Esta realidade é, em grande parte, determinada por políticas alimentares, por práticas agrícolas e pelo comércio. Os fabricantes e os comerciantes podem despende recursos significativos para promover os produtos diretamente às crianças e jovens,

recorrendo, de forma massiva, aos diferentes meios de comunicação. Esta situação foi ainda agravada pelas mudanças culturais e da composição da família, que têm contribuído para o aumento do número de horas que as crianças e jovens passam em atividades sedentárias (AS). Além disto, o gasto energético diário diminuiu nos últimos anos devido ao facto dos jovens não se deslocarem a pé ou de bicicleta e, em alguns casos, devido a menores oportunidades, na escola e na comunidade, de participarem em atividades desportivas.

Sono

A quantidade de horas que se dorme por noite é um importante indicador da saúde e bem-estar das crianças e adolescentes. A quantidade de sono considerado adequada à população jovem é de 8 a 10 horas por noite. Os ciclos de sono-vigília são fundamentais para o ritmo circadiano humano e a sua interrupção pode ter consequências para o comportamento e desempenho (Reilly & Edwards, 2007).

O sono é determinante na consolidação da memória e na aprendizagem e a privação do sono provoca uma resposta compensatória de aumento da necessidade de dormir (Fischer, Wilhelm, & Born, 2007). Como resultado das perturbações decorrentes de sono, as pessoas sentem-se menos recuperadas na manhã seguinte. Consequentemente, as experiências individuais implicam exigências no dia seguinte, o que pressupõe que o indivíduo invista um esforço extra para manter o desempenho (Akerstedt et al., 2002). Nos adolescentes, o sono influencia o bem-estar físico e emocional, as mudanças substanciais nos domínios biológicos e psicossociais e a interação entre os domínios físicos e psicossociais (Dahl & Lewin, 2002). Foi verificada uma associação negativa significativa entre os baixos níveis de sono e de saúde, na sequência de comportamentos relacionados com: a valorização da vida, a responsabilidade com a saúde, uma alimentação saudável e uma gestão eficaz do *stress* (Chen, Wang & Jeng, 2006). Os bons hábitos de sono contribuem para a melhoria física e intelectual do organismo, fatores estes muito importantes para a otimização do desempenho cognitivo nas atividades diárias e desenvolvimento da

capacidade de aprendizagem na escola (Boscolo, Sacco, Antunes, Mello, & Tufik, 2007).

Existem ainda poucos dados que permitam compreender a duração do sono ao longo do tempo, porém os dados disponíveis sugerem que a duração dos períodos de sono tem decrescido ao longo dos anos (Cizza, Skarulis, & Mignot, 2005; Spiegel, Knutson, Leproult, et al., 2005). Os estudos também têm mostrado que a quantidade média de sono por noite diminui ao longo da adolescência, de 10 horas por noite no início da adolescência passa para 7 horas no final. As alterações significativas sobre a hora de deitar surgem por volta dos 13 anos de idade, enquanto a existência de uma hora ideal para acordar começa por volta dos 14 anos de idade (Tonetti, Fabbri, & Natale, 2008).

O aumento gradual de tempo a ver televisão (TV) está igualmente associado ao aumento do risco de sonolência nos rapazes e nas raparigas, enquanto o uso do computador e jogar jogos de vídeo só se verificou nos rapazes (Gaina et al., 2007). Van Den Bulk (2004) revelou que os CS, tais como ver TV, jogar no computador ou navegar na Internet, foram negativamente associados ao número de horas de sono.

Para Hughes e Rogers (2004), a prática de AF em adultos foi significativamente correlacionada com a qualidade do sono enquanto adolescentes. Com base em estudos de corte transversal, realizado com crianças e adultos (Chaput, et al., 2006; Sekine et al., 2002), verificou-se uma relação de “dose-resposta” entre o sono de curta duração e o excesso de peso e que esta associação estava diretamente relacionada com a inatividade física autorrelatada.

Na revisão de literatura realizada por Patel e Hu (2008), verificou-se que existem uma série de caminhos causais entre os períodos de sono de durações curtas com a obesidade (Gupta, Mueller, Chan, & Meininger, 2002; Knutson, 2005). Um mecanismo pelo qual a privação do sono pode predispor ao ganho de peso é através do aumento da ingestão calórica. Tal é evidente no estudo de Spiegel, Tasali, Penev e Cauter (2004), onde se verificou que a restrição do sono estava associada a uma redução média da hormona de leptina, com o aumento da grelina, ao aumento da percepção de

fome e ao aumento do apetite, especialmente de alimentos altamente calóricos e com alto teor de hidratos de carbono.

Fatores psicológicos (cognitivos e emocionais)

Autopercepção

As autopercepções do sujeito são fatores determinantes para o seu relacionamento com os outros e o desempenho das suas atividades. Destacam-se as questões relacionadas com a imagem corporal e a autoestima. A literatura sugere que as mulheres têm falta de confiança na prática desportiva e nas suas capacidades. Estas diferenças de género têm uma maior influência do que esperado no alcançar dos objetivos, assim como na performance e desempenho (Eccles & Barber, 1999). Ambos os géneros têm preocupações com a sua imagem, no entanto, as raparigas são muito mais negativas em relação aos seus corpos (Matos & Equipa Aventura Social, 2003).

Para Sallis et al. (1992), a autoeficácia constitui um importante fator predictivo, não apenas com a que se realiza de imediato mas também com aquela que se vai realizar no futuro. Outro aspeto interessante do estudo é que as alterações relativas à autoeficácia se modificam à medida que há alterações e modificações na AF. Já para Diniz (1997), as diferenças ao nível da autopercepção das habilidades não constituem fator de heterogeneidade em relação às oportunidades de aprender. As investigações realizadas (Dishman & Sallis, 1994; Raudsepp, Liblik, & Hannus, 2002; Wang & Biddle, 2001) têm demonstrado que a autopercepção física apresenta uma correlação significativa entre a AF e a condição física em crianças e adolescentes. Outros autores (Mota & Sallis, 2002; Sallis et al, 2000) afirmam existir uma relação positiva entre a percepção de competência e a participação em AF.

Pender et al. (2002) verificaram que a percepção de eficácia, antes da realização do exercício era um fator que influenciava a noção de eficácia das raparigas durante e depois do exercício. Os autores consideraram ainda ser fundamental aumentar a percepção de autoeficácia no exercício nas raparigas, através de exercícios desafiantes, que bem sucedidos podem vir

a revelar-se uma estratégia para aumentar a AF. Torna-se assim importante ajudar as raparigas a sentirem-se mais confiantes consigo mesmas, bem como com as suas capacidades para participar em AF (Neumark-Sztainer, et al., 2003).

O sentimento de prazer na prática desportiva

O prazer que cada adolescente retira da sua prática desportiva aparece como um dos motivos mais fortes para a manutenção ou abandono da prática da modalidade (Weinberg, et al., 2000). Para Rodrigues-Romo, Boned-Pascual e Garrido-Munoz (2009), o principal motivo para a prática desportiva dos adolescentes é o divertimento. Os jovens aderem mais à



prática de AF se tiverem a noção de que se vão divertir e sentir-se bem, do que por motivos de saúde (Mota & Sallis, 2002). Csikszentmihalyi (2002) afirma que o prazer gerado pela prática de determinadas atividades é tão intenso que nada mais parece importar. A própria experiência é tão agradável que as pessoas a realizam pela simples razão de a praticar. Este estado psicológico é

definido, pelo o autor, como “*flow*” (fluxo). As AF são das atividades que mais produzem fluxo de uma forma consistente.

Fatores comportamentais

A forma como os adolescentes se comportam no seu dia a dia reveste-se de uma complexidade e diversidade que se tem vindo a acentuar nos tempos modernos. Estes comportamentos podem, em muito casos, constituir como um dos elementos explicativos das tomadas de decisão relacionada com a prática de AF.

Ocupação dos tempos livres em comportamentos sedentários

Sendo o lazer uma parte integrante do quotidiano juvenil, as atividade de lazer constituem um contexto que possibilita identificar as questões pessoais e sociais associadas ao adolescente dos nossos tempos (Freire &

Soares, 2000). Um fator que tem sido relacionado com o sedentarismo das crianças é a cultura (sedentária) de hoje. A sociedade atual está orientada para as tecnologias, e por isso, muitas tarefas do dia a dia (que os jovens antes realizavam manualmente) são agora automatizadas. Além disso, os jovens passam grande parte do seu tempo de lazer envolvidos em AS, sendo estas muitas vezes mais acessíveis e atraentes do que alternativas mais ativas (SPRC, 2007). Contudo, ainda residem muitas dúvidas sobre as suas causas e, acima de tudo, que e quais as consequências da adoção compulsiva destes comportamentos na saúde dos adolescentes.

A frequente associação direta entre os conceitos de AF e CS promove a confusão, o que dificulta a compreensão do fenómeno. Trata-se pois de comportamentos distintos que nem sempre são o inverso um do outro (Gordon-Larsen, et al., 2000; Johnson-Taylor & Everhart, 2006). Esta ideia é bem presente na consideração realizada por Owen et al (2000, p. 156): *"Although sedentary behaviour may arguably be conceptualised as no more than the other side of the physical activity coin, we see it as a class of behaviours that can coexist with and also compete with physical activity"*.

Outro dos problemas neste campo é o facto de o comportamento sedentário em si ser raramente avaliado. Frequentemente, classifica-se como sedentário um sujeito se este realizar um determinado comportamento, numa determinada quantidade de tempo, sem ter em conta todas as suas outras atividades (Biddle, Gorely & Stensel, 2004).

Nelson, Neumark-Stzainer, Hannan, Sirard e Story (2006) consideram que a cultura da adolescência, assim como os padrões de comportamento dos adolescentes estão a mudar. Os adolescentes estão a passar por mudanças desfavoráveis nos padrões de AF, através da diminuição longitudinal de AFMV e aumentos dramáticos, também longitudinais, de CS atribuídos especificamente ao uso do computador (Aaron, Storti, Robertson, Kriska, & LaPorte, 2002; Gordon-Larsen, Nelson, & Popkin, 2004).

Para Olds et al. (2009) são os rapazes quem exhibe níveis mais elevados de tempo de ecrã (ver TV, usar computador e jogar videojogos). Contudo, as raparigas realizam outros CS, como falar ao telefone, falar com amigos, etc. Assim, o tempo de ecrã poderá não ser um indicador claro dos CS na

adolescência. Contudo, Mota et al. (2007) verificaram que as raparigas que não praticavam AF nos seus tempos de lazer apresentavam significativamente mais tempo de exposição de ecrã, enquanto no caso dos rapazes não se verificou qualquer associação.

Ver TV é a atividade sedentária preferida dos adolescentes em todo o mundo (Biddle, Gorely, Marshall & Cameron, 2009) e no caso particular de Portugal (Matos & Equipa Aventura Social, 2003), o que leva a que o impacto deste comportamento na prática de AF seja uma das temáticas mais investigadas.

A investigação realizada por Santos et al. (2005) confirmou a variação da influência de determinados CS na prática de AF, ao verificar que grupos ativos não diferiam no tempo despendido a ver TV do grupo de jovens não ativos. Contudo, verificou que um aumento no tempo de uso do computador (a partir de 1 hora para 2-3 horas por dia) foi associado a um mais elevado nível de prática de AF. Os autores justificam a aparente contradição do uso do computador como estando provavelmente relacionada com o trabalho, em vez de ser uma ferramenta meramente lúdica.

Estes e outros resultados mostram que o nível de AF e os CS são regulados através de uma complexa série de mecanismos de decisão (Epstein & Roemmich, 2001) e que simplesmente restringir a visualização da TV pode não ser um meio eficaz. Inclusive, a maneira como é realizada a restrição da TV pode afetar drasticamente as alterações subsequentes da prática de AF. É disso exemplo o caso da prevenção da obesidade, ao considerar-se que um programa eficaz deve contemplar o aumento dos índices de AF e a restrição da TV deve ser aplicada de forma combinada com outras estratégias de promoção (Nelson, et al, 2006). Contudo, os jovens que despendem mais tempo em atividades de ecrã são rapazes, com baixo nível de AF, que despendem 25% do tempo de atividade de ecrã em jogos de computador, dormem menos e tendem a pertencer a famílias de baixo nível socioeconómico (Olds, Ridley, & Dollman, 2006).

É cada vez mais comum, nos tempos modernos, os jovens terem TV no seu quarto. Neste cenário, os adolescentes que afirmam despendem mais tempo a ver TV, realizam menos AF, têm hábitos alimentares mais pobres, menos

refeições em família e pior desempenho escolar. Abster-se de colocar uma TV em quartos dos adolescentes pode ser um primeiro passo para ajudar a diminuir o tempo de ecrã e os comportamentos associados (Barr-Anderson, van den Berg, Neumark-Sztainer, & Story, 2008).

Uma das razões possíveis para justificar a incoerência nos resultados é o facto de ver TV e praticar exercício atingirem os seus picos de prática em diferentes momentos do dia, tanto nos rapazes como nas raparigas. Contudo, a probabilidade de realizar este comportamento sedentário é duas a três vezes superior ao praticar desporto (Biddle, Marshall, Gorely & Cameron, 2009).

Se analisarmos os últimos 50 anos, tendo em conta apenas os jovens com acesso a um aparelho de televisão, o número de horas despendidas a ver TV parece não ter aumentado (Marshall, Gorely, & Biddle, 2006), sendo que o tempo despendido ao computador, em particular nos rapazes, foi o comportamento sedentário que mais aumentou nos últimos anos (Nelson, et al, 2006).

Fatores sociais e culturais

A maioria dos fatores ligados à proteção e ao risco na área da saúde teve a sua génese na infância e na adolescência, resultante de uma aprendizagem social, de uma experimentação ou de uma adesão a um grupo de pertença, que se tornou uma alternativa (Calmeiro & Matos, 2004). Seguidamente, abordaremos os principais fatores sociais e culturais mais influentes na prática desportiva das adolescentes.

A família

Na sociedade predominam estereótipos de género e preconceitos, que contribuem para que os indivíduos adotem os papéis associados a cada género e do que é socialmente aceite por cada um deles. Ao longo da infância e da adolescência, o indivíduo é exposto a diversos fatores, que influenciam os seus comportamentos relativamente à forma como percebe os papéis de género. A influência mais forte no desenvolvimento do papel de género parece acontecer dentro do seio familiar, onde os pais transmitem as suas próprias convicções sobre género. A avaliação do

impacto de influência parental no desenvolvimento do papel de género conduz à sugestão de que uma orientação de papel de género hermafrodita pode ser mais benéfica para as crianças do que a aderência rígida para papéis de género tradicionais (Witt, 1997).

Matos et al. (2002) salientam a importância da família na adoção, por parte do adolescente, de estilos de vida ativos e saudáveis. O papel dos pais, relativamente à adesão e manutenção das práticas de AF, tem vindo a revelar-se fundamental (Neumark-Sztainer, et al., 2003; Sallis et al, 2000) não só em termos de influência no tipo ou forma de desporto a praticar, mas também em termos de suporte e facilitador de um ambiente que encoraje a AF, como o transporte, dinheiro para equipamento, etc. (Taylor, Baranowsky, & Sallis, 1994).

Para Delgado e Tercedor (2002) restam poucas dúvidas relativamente ao meio familiar, considerando que quanto maior for a AF realizada pelo núcleo familiar, maiores probabilidades existem de o filho a realizar, especialmente quando é a mãe a praticar. As opiniões dos pais não parecem divergir no que se refere às modalidades mais ajustadas a praticar pelos géneros. O boxe, a par do futebol, rãguebi e hóquei são indicados como os desportos mais adequadas para os rapazes, enquanto a ginástica, natação e voleibol e patinagem são vistos como os mais ajustados às raparigas (Coelho, Silva, & Sobral, 2002).

Os pares

Os amigos são fundamentais no processo de desenvolvimento do adolescente, tornando-se muitas vezes os catalizadores de conhecimentos, através de trocas de experiências, fundamentais para a vida adulta.

Na adolescência uma das grandes metas é ser aceite pelos membros de um grupo que o indivíduo admire e onde se reveja (Rice, 2000). A aceitação por parte dos pares, o estatuto, a popularidade dentro do grupo são considerados importantes na formação de atitudes e crenças acerca do mundo, influenciando também os estados afetivos como o sentimento de solidão (Weiss & Smith, 1999).

Os grupos são um meio privilegiado para partilhar informações que cada um recolheu em situações familiares, pessoais, em atividades de tempos livres ou através de interesses individuais, e onde surge a oportunidade de as transmitir aos pares. O estar com amigos, geralmente do mesmo grupo etário, é uma necessidade do adolescente, é um comportamento saudável. O isolamento de um jovem dos pares, preferindo investir sistematicamente em ligações limitadas com o círculo familiar, pode ser interpretado como conduta anormal, podendo vir a revelar-se como um fator de alerta para a saúde (Braconnier & Marcelli, 2000).

As amizades têm uma importante influência nas atitudes, comportamentos e desenvolvimento dos adolescentes, podendo estas ser de cariz positivo ou negativo. Alguns adolescentes elegem mal os seus pares, os seus melhores amigos, que em vez de cobrirem as suas necessidades estimulam, ainda mais, a frustração e a ira (Rice, 2000). Quanto mais frágeis forem os laços que unem as famílias ao jovem, maior dependência este terá do seu grupo de amigos, sujeitando-se a tudo para ser aceite (Csikszentmihalyi, 2002).

A escola

A escola é um local institucionalmente concebido para a realização do processo educativo e tem uma função fundamental no processo de formação e desenvolvimento das crianças e adolescentes. A instituição escolar tem um papel cada vez mais preponderante na formação do indivíduo, não só em termos do currículo formal, mas também no currículo oculto que emerge das interações extremamente ricas entre diferentes agentes, e que pode levar ao bem-estar ou, pelo contrário, ser fonte de inúmeros problemas psicológicos (Sampaio, 1997). Por norma, os alunos gostam da escola e em alguns casos esta não é vista como o local onde vão adquirir conhecimento, mas como o local onde podem fazer mais amigos e participar em atividades (Rice, 2000).

Os indivíduos com mais anos de escolaridade apresentam proporcionalmente participações desportivas mais elevadas, assim como uma maior abrangência e fidelidade à prática desportiva (Marivoet, 2001). Num estudo realizado por Aarnio et al. (2002), que teve como objeto o

estudo de gémeos, foi encontrada uma relação significativa da baixa escolaridade com a AF praticada. Matos et al. (2002) consideram que o envolvimento escolar é significativo na aderência da prática de AF, por parte dos adolescentes.

No entanto, o decréscimo de AF com a idade, sobretudo nas raparigas, sugere que de algum modo a escola não está a ser capaz de motivar os jovens para a prática ou, eventualmente, a escola não seja o cenário ideal para a promoção de AF (Calmeiro & Matos, 2004). Nesse âmbito, Gomes (2003) considera que a educação e a escola não estão a trabalhar para a promoção das características, valores e necessidades da sociedade atual.

Os currículos escolares não são, por vezes, muito eficazes no estímulo e promoção de estilos de vida ativos nem na promoção de oportunidades de AF quotidiana (Smith & Biddle, 2008). Simons-Morton et al. (1988) sugeriram uma orientação programática da EF para habilidades motoras e atividades desportivas dirigidas para o exercício físico moderado e vigoroso, defendendo que este possui um maior valor na promoção de níveis desejados de condição física.

Torna-se desta forma evidente que mais importante do que discutir acerca da quantidade de blocos incluídos no programa de EF é refletir acerca da qualidade dos mesmos, no sentido de predispor os adolescentes para a prática de atividades desportivas, podendo eventualmente produzir algum contributo positivo na saúde e aptidão dos jovens. Para Matos et al. (2002) os atuais programas da disciplina de EF visam a promoção de estilos de vida ativos, incluindo hábitos de prática de AF que assegurem a sua continuidade em idades adultas. No entanto, Gomes (2003) considera que o currículo da disciplina parece um pouco desfasado dos alunos que hoje frequentam a escola, não satisfazendo minimamente a suas necessidades e motivações. Kemper (1994) reforça a importância das aulas de EF para estimular as crianças com diversas atividades desportivas e outras formas de movimento, de forma a criar oportunidades de adoção de estilos vida ativo.

A comunicação social

A abordagem da comunicação social à prestação desportiva de ambos os géneros é completamente diferente. O foco de atenção é predominantemente masculino, existindo um maior acompanhamento das competições masculinas e originando um muito maior volume de informação (Pedersen & Seidman, 2004).

A tipologia do tratamento informativo não se distingue apenas pela quantidade mas também pelos adjetivos utilizados para definir as prestações, realçando atributos nos homens (potencia muscular, força mental e coragem) e desvalorizando as capacidades femininas através de comentários racistas e sexistas (Vincent, 2004). Outra das formas de tratamento desigual passa pelo tipo de imagens e fotografias usadas para retratar os atletas, onde os homens aparecem a maior parte das vezes em poses atléticas, em situação competitiva e com equipamento desportivo, enquanto as atletas femininas aparecem mais em situações estáticas onde são privilegiadas posições consideradas mais “sexys” (Gill, 2002; Vincent, 2004).

Fatores ambientais

O ambiente que rodeia o indivíduo desde o seu nascimento pode induzir a adoção de determinados comportamentos. Nesse particular, o modelo ecológico começa a ser evidenciado como importante na promoção da atividade e retrata as interações das pessoas com o seu ambiente físico e sociocultural (Stokols, 1992). Este modelo distingue-se pela explícita inclusão do ambiente, variáveis políticas e as suas inferências no comportamento dos indivíduos. Os níveis das variáveis contidas no modelo ecológico da AF incluem o intrapessoal (biológico e psicológico), interpessoal/cultural, organizacional, o ambiente físico (natural e construído) e a política (leis, regras, regulamentos e códigos) (Sallis, et al, 2006).

O meio residencial

A revisão realizada por Jackson (2003) enfatiza a forte evidência de uma relação multidimensional entre a saúde humana e o meio urbano em que a maioria das pessoas vive as suas vidas diárias. Locais esteticamente agradáveis, ambientes com parques e espaços abertos e o acesso através

de calçadas, caminhos e trilhos são considerados essenciais para a criação de comunidades que promovam a saúde física e mental. Esta ideia é reforçada por Kaczynski e Henderson (2007), que consideram que a quarta era da investigação sobre a AF tem como foco uma ampla gama de políticas e os fatores ambientais que promovem a saúde, tais como planejamento urbano, transporte, habitação e parques de recreação.

O ambiente físico, em particular, o local onde os indivíduos residem, apresenta um conjunto de particularidades e características que têm vindo a ser estudadas e discutidas como potenciais facilitadoras e ou obstáculos à prática da AF e de desportos para os adolescentes (Katzmarzyk et al., 2008). O bairro é considerado por Carver, Timperio e Crawford (2008) como um item fundamental na análise das práticas físicas de exterior, pois oferece a oportunidade de realizar práticas informais de AF como a caminhada e o andar de bicicleta. Parece evidente, em particular no caso feminino, as perceções que possuem sobre o bairro e o gostar dos equipamentos existentes está associado à realização de níveis mais elevados de AF (Whitehead, et al., 2006).

A possibilidade ou a dificuldade de as crianças brincarem ou jogarem na rua começa a originar uma nova classificação do tipo de criança: as crianças que passam os seus tempos livres em espaços exteriores à sua residência, designadas “crianças de exterior”, e aquelas que ocupam o seu tempo a ver televisão e a jogar computador, as “crianças de interior”. A casa representa, para as crianças e jovens, um local seguro dos perigos exteriores, proporcionando segurança e conforto e uma criança que veja as suas práticas limitadas em sua casa poderá apresentar baixos índices de prática (Hume, Salmon, & Ball, 2005).

Tabela 2 - Análise da literatura sobre as associações entre as características do bairro e a prática de AF dos adolescentes

Características do meio	Assoc.	Referências
Infraestruturas recreativas Privado	0	(F) (Dunton, Jamner, & Cooper, 2003)
	+	(Fein, Plotnikoff, Wild, & Spence, 2004)

Público		
	Proximidade de campos de jogos e parques	+ (M) (Gomez, Johnson, Selva & Sallis 2004); (F)(Norman, et al., 2006); (Pate et al, 2008); (Thompson, et al., 2005); (L. Frank, J. Kerr, J. Chapman, & J. Sallis, 2007)
	Despesas com as instalações	0 (Brodersen, Steptoe, Williamson & Wardle 2005)
		0 (F) (Dunton, et al., 2003)
	Acessibilidade às instalações	+ (Mota et al, 2005); (Fein, et al., 2004); (F) (Norman, et al., 2006); (F) (Brodersen et al, 2005), (M) (Carver et al, 2005); (Babey, Hastert, Yu, & Brown, 2008); (Kerr, Frank, Sallis, & Chapman, 2007)
	Distância da escola	- (F) (Cohen et al., 2006); (Ewing, Schroeer, & Greene, 2004)
	Equipamentos nas áreas de recreação escolar	+ (Fein, et al., 2004); (Sallis et al, 2001)
Existência de recursos		
Infraestruturas de transporte	Presença de passeios	0 (Mota, et al, 2005) + (Ewing, et al., 2004); (F)(Evenson, Scott, Cohen, & Voorhees, 2007)
	Presença de ciclovias	0 (Jago, Baranowski, Zakeri, & Harris, 2005); (Ewing, et al., 2004); (Katzmarzyk, et al., 2008) + (F) (Evenson, et al., 2007)
	Ligação entre as ruas	0 (Mota, et al 2005); + (F)(Norman et al, 2006)
	Densidade de tráfego	- (Carver et al, 2005); (Mullan, 2003)
	Segurança e desordem no bairro	
Condições do meio residencial	Percepção de segurança	0 (Sallis, et al, 2002); (Mota, et al, 2005); (F) (Carver et al, 2005); (F) (Evenson et al., 2006), (Richmond, Field, & Rich, 2007) + (Molnar, Gortmaker, Bull, & Buka, 2004); (F) (Evenson, et al., 2007); (Forman et al., 2008)
	Crime	- (F) (Gomez, et al, 2004); (Gordon-Larsen, et al., 2000);
	Cães vadios	- (Carver et al, 2005)
	Desordem /perigo desconhecido	- (Molnar, et al, 2004); (Alison Carver, Anna Timperio, & David Crawford, 2008)
	Estética da vizinhança	+ (F) (Mota, et al 2005);
	Interações sociais	+ (Carver et al, 2005); (Hohepa, Scragg, Schofield,

Legenda: Associações identificadas com a AF: + associação significativa positiva; - associação significativa negativa; 0 sem associação. Efeitos específicos num grupo particular: (M) = Masculino; (F) = Feminino

O estudo de Ries, Voorhees, Gittelsohn, Roche e Astone (2008) identificou sete aspetos relacionados com a percepção da influência ambiente residencial na prática de AF, nomeadamente: características da AF, suporte social, influências sociais negativas, controlo parental, influências ambientais negativas, transporte e tecnologia e aspetos financeiros. Norman, et al (2006) consideram que *design* do bairro e o acesso às instalações de recreio apenas explicam 3% da variabilidade da prática de AF dos adolescentes.

Num estudo efetuado por Davison e Lawson (2006) o ambiente residencial foi analisado de acordo com três itens: as condições do meio residencial, as infraestruturas recreativas e as infraestruturas de transporte. Tendo em conta a organização das características do bairro sugeridas pelos autores, procedeu-se a uma análise da literatura existente. Atendendo à importância da temática nesta investigação, procedeu-se à elaboração da Tabela 2, que procura apresentar, de uma forma facilitadora, as atuais considerações científicas sobre o meio. Posteriormente, cada área foi desenvolvida de forma detalhada.

Infraestruturas recreativas

Os espaços físicodesportivos são aqueles espaços funcionais que foram produzidos especificamente para a AF recreativa (parques de jogo, ludotecas, circuitos de AF, campos de jogo) (Delgado & Tercedor, 2002).

A existência e acessibilidades às instalações no bairro foi igualmente identificada como facilitador de outros tipos de AF, além da simples caminhada (Kerr, et al., 2007). O valor da acessibilidade às instalações é cada vez mais reconhecido como um estímulo importante para o aumento de AF (Norman, et al., 2006), sendo considerado por Tucker et al. (2009) como fator essencial nos aumentos dos níveis de AF.

As infraestruturas recreativas (áreas de jogo) para crianças e jovens podem ser classificadas como privadas (fornecidas pelos pais ou à volta de casa), públicas (áreas comunitárias ou instalações escolares) e privadas-públicas (áreas de jogo comerciais) (Davison & Lawson, 2006). Independentemente da sua tipologia ou classificação, a existência de áreas de jogo (Frank et al., 2007) e a proximidade destas aos lares das crianças e jovens (Norman, et al., 2006) está associada positivamente à prática desportiva. Para Evenson et al. (2006) as raparigas que percebem que as instalações desportivas estão suficientemente perto de casa são duas vezes mais ativas do que as suas companheiras com perceção contrária e, no caso das raparigas caucasianas (Russell et al., 2008), estas despendem significativamente mais MET (unidade de medida de dispêndio de energia). A segurança dos parques (Babey, et al., 2008) e a sua qualidade (Carver et al., 2005; Holta, Spenceb, Sehna, & Cutumisu, 2008; Romero, 2005) parecem ser fatores igualmente importantes para a prática da AF. No entanto, na investigação realizada por Sallis et al. (2002), com 781 adolescentes norte-americanos, não foi encontrada qualquer associação entre os itens de acesso ao parque, campos de jogos e ginásios e a prática de AF medida objetivamente. Não foi igualmente encontrada associação entre a proximidade das instalações e a quantidade de tempo gasto em AS (Norman, Schmid, Sallis, Calfas, & Patrick, 2005) e o tamanho dos espaços também não parece condicionar a prática dos jovens (L. Frank, et al., 2007). Contudo, em Portugal verificou-se que a disponibilidade de instalações gratuitas ou de baixo custo tinha uma associação positiva com a AF das raparigas (Santos, Page, Cooper, Ribeiro & Mota, 2009). Para Gordon-Larsen et al. (2000) os jovens que utilizam um centro de recreação da comunidade também têm uma maior probabilidade de realizar AFMV.

A mobilidade de alguns jovens, principalmente dos mais novos, pode ser muito limitada, o que leva a restringir e a condicionar a utilização dos parques ou campos de jogos, mesmo que eles existam a pouca distância (Veitch, Bagley, Ball, & Salmon, 2006).

Infraestruturas de transporte

As infraestruturas de transporte são habitualmente agrupadas segundo a existência de vias de transporte (e.g., ciclovias, passeios, circuitos de manutenção) e os perigos na estrada (Davison & Lawson, 2006; Hume, Singh, Brug, Mechelen, & Chinapaw, 2009). Nalguns países, estas infraestruturas nas cidades são da responsabilidade de diversas organizações, como, por exemplo, nos Estados Unidos a Metropolitan Planning Organization (MPO) está responsável por definir orientações e projetos que contribuam para facilitar a mobilidade dos habitantes (AMPO, 2008).

As ciclovias são um ótimo exemplo de infraestruturas que podem facilitar o deslocamento dos jovens mas que, por enquanto, as investigações realizadas ainda não apresentam resultados consensuais e unânimes (Katzmarzyk, et al., 2008).

Para Jago et al. (2005) as características da calçada, como o material, a presença de postes de iluminação, e a quantidade e a altura das árvores estão positivamente associadas à AF leve dos rapazes. A perceção de perigos nas vias onde circulam os adolescentes é um importante fator a ter em conta. Esses perigos poderão ser percecionados pela quantidade de tráfico ou de muitas zonas de estacionamento, o que conduz a que esses locais sejam considerados menos agradáveis para se viver (Mullan, 2003). Nos locais onde o tráfico é menos problemático existe a perceção de que é mais fácil caminhar ou andar de bicicleta (Carver et al, 2005). Esse aspeto é bem evidente no estudo de Timperio et al. (2004), em que as perceções dos pais acerca da quantidade de estradas que os filhos têm de atravessar para chegar aos campos de jogos e a falta de iluminação e sinalização nas passagens estão associadas negativamente à prática de AF dos jovens.

Condições do meio residencial

Nas condições do meio residencial são englobadas características que permitem classificar o ambiente em positivo ou negativo. As características que originam a anterior classificação são: a segurança do bairro, a segurança das áreas de jogos, o índice de criminalidade, a desordem social,

os perigos estranhos, a desordem física e as condições climáticas (Davison & Lawson, 2006).

A segurança do bairro é um dos aspectos mais estudados e cujos resultados ainda são bastante contraditórios. A possível razão dessa ambiguidade passa pela complexidade do conceito de segurança, que varia de cultura para cultura e entre sujeitos, como por exemplo entre pais e filhos (Carver, et al, 2008). Um espaço seguro pode ser considerado como um sítio onde se pode andar sozinho depois de anoitecer, um local que permite brincar na rua, onde se possa pedir ajuda ou um favor, ou onde as pessoas se cumprimentem e parem para falar umas com outras (Mullan, 2003).

Um estudo realizado com 1378 jovens, com idades compreendidas entre os 11 e os 16 anos, nos Estados Unidos, encontrou uma relação significativa entre a insegurança e o pouco tempo de prática de AF (Molnar, et al., 2004). Esta relação foi igualmente encontrada em outros estudos em que se tiveram em conta as perceções dos jovens (Evenson, et al., 2006), bem como naqueles em que se tiveram em conta as perceções dos pais (Sallis, et al 2002; Veitch, et al., 2006), ou mesmo em estudos em que ambos os grupos participaram (Forman, et al., 2008; Heitzler, et al., 2006). Para Ferreira et al. (2006), a única variável ambiental associada à prática foi a baixa incidência de crime.

A detalhada revisão de literatura realizada por Carver et al. (2008) apresenta o “perigo do estranho” como um dos fatores que mais condiciona a prática de AF nas crianças e jovens. Também é evidente, nos dados de Heitzler et al. (2006), que para as crianças e adolescentes participarem em atividades ativas nos seus tempos livres é extremamente importante garantir a oferta de ambientes acessíveis e seguros para tais atividades. Apesar destas indicações, existem estudos que não encontraram qualquer relação entre a segurança e a prática de AF (Burdette & Whitaker, 2005; Mota et al, 2005)

As interações sociais percebidas pelos adolescentes podem igualmente influenciar a forma como realizam a sua prática. Os jovens que sentem menor apoio por parte dos amigos tendem a caminhar menos (Hohepa, et al., 2007). Os rapazes que têm muitos amigos, da mesma idade, com quem

socializar, as raparigas que têm amigas que residem perto das suas casas (Carver et al, 2005) e os jovens que veem caminhantes e ciclistas no bairro (Evenson, et al., 2007) realizam uma maior quantidade de TA.

O *design* urbano e a sua influência na realização das atividades físicas dos jovens são ainda ambíguos e pouco consensuais (Katzmarzyk, et al., 2008). Um dos aspetos que tem sido recentemente estudado é a parte estética do bairro (como por exemplo, existirem muitas coisas interessantes para ver quando se está a caminhar, presença de árvores, jardins, iluminação, não existirem grafites nas paredes, inexistência de lixo nas ruas) e existem diversos estudos que encontraram associações positivas com a prática de AF (Kerr et al, 2007; Mota, et al, 2005). A perceção das características do bairro pode mudar em função do género ou do tipo de prática física realizada pelo adolescente. Os estudos de Mota et al. (2009) confirmam a associação positiva das questões estéticas do bairro, acessibilidade às instalações e ambiente social e prática de AF não-organizada das raparigas. Contudo, não encontraram associações com a prática de AF organizadas.

A localização do bairro parece ser um fator a ter em conta na promoção da AF. Diversos estudos (Colabianchi et al., 2007; Russell, et al., 2008) têm tentado quantificar as distâncias que os jovens consideram acessíveis para facilitar o seu deslocamento autónomo desde a sua casa até às instalações ou espaços de jogos.

Recomendações para a promoção da Atividade física nos adolescentes

Ao concluirmos este trabalho gostaríamos de deixar algumas considerações que poderão contribuir para adoção de medidas de promoção da saúde dos adolescentes e futuras linhas de investigação.

Parece-nos evidente, que é essencial continuar a implementar políticas de promoção de estilos de vida ativos através de estratégias mais objetivas e ajustadas às idades e género. A prática física do género feminino deve ser dinamizada de forma particular e atendendo os vários predictores identificados. É importante continuar a desenvolver esforços concertados, entre os diversos agentes, de forma a erradicar os preconceitos de género

existentes no desporto, que continuam a condicionar o acesso das raparigas a toda a oferta desportiva. O papel da mulher no desporto deve ser estimulado, não só em termos de participação direta na prática, mas em todas as áreas que envolve a prática desportiva.

Os hábitos de prática das jovens devem ser estimulados precocemente, em particular no contexto escolar; através de um aumento da oferta desportiva e da promoção da prática sem o foco predominantemente competitivo. Na escola é crucial que o currículo formal de algumas disciplinas, em especial o de EF, estimule e dinamize estratégias promotoras de prática de AF. O caminhar, de casa para a escola e vice-versa, é uma das práticas – chave que pode ser implementada, principalmente através de programas ajustados à rotina diária das crianças e das famílias. Como programas de sucesso na promoção do caminhar, destacamos o autocarro a pé (“*Walkingbus*”), a criação de um perímetro à volta da escola interdito a carros (onde só é permitido andar) e a criação de caminhos seguros para a escola, que promovem tanto o caminhar como o uso de bicicletas como meio de transporte.

A redução da autonomia de mobilidade na rotina diária dos adolescentes está associada à sedentarização dos estilos de vida e assim, torna-se importante valorizar questões relacionadas com o contexto, principalmente o meio onde residem os adolescentes. A existência de espaços de qualidade para as práticas e questões relacionadas com a segurança são aspetos especialmente importantes para a AF das raparigas. A criação de espaços de qualidade no bairro deve ser entendida como uma importante medida para a promoção da AF. Devem ser criadas sinergias entre diversos agentes (autarquias, juntas, comunidades) de forma a aumentar a perceção de segurança das populações. A perceção positiva de segurança surge associada a diversos aspetos e são disso exemplo, a existência de passeios, de zonas limitadas ao tráfego, a existência de passadeiras e semáforos, boa iluminação, controlo de animais vadios, aumento da presença policial, entre outros. A estética do bairro também deve ser equacionada e valorizada, pois poderá ser um importante fator de influência nas práticas físicas realizadas no exterior. O conhecimento existente sobre

esta temática ainda é escasso, principalmente na realidade portuguesa, e por isso é importante desenvolver estudos em diversos contextos e onde se utilizem diferentes metodologias (questionários, entrevistas, “GPS”, acelerómetros).

A relação entre CS e a prática de AF não é linear mas é fundamental continuar a limitar os CS. Os pais devem ser alertados para a importância de regulamentarem o tempo despendido pelos jovens em atividades de ecrã e a importância de acompanharem o tipo de programas a que assistem bem como os sítios visitados na internet. Para possibilitar esse maior acompanhamento, os pais não devem permitir a presença de aparelhos de TV no quarto dos jovens. Nos últimos anos têm surgido formas mais dinâmicas de jogos no computador, que implicam um maior dispêndio energético, mas ainda não existe conhecimento claro sobre o seu impacto (quer positivo como negativo) na saúde dos adolescentes.

A AF é um fenómeno complexo e multifatorial, se adicionarmos a esta equação aspetos particulares da adolescência, a complexidade e a dinâmica dos fatores envolvidos torna-se muito mais elevada.

Referencias

- Aarnio, M. (2003). Leisure-time physical activity in late adolescence. A cohort study of stability, correlates and familial aggregation in twin boys and girls. *Journal of Sports Science & Medicine, Suppl.* 2.
- Aarnio, M., Winter, T., Peitonen, J., Kujala, E., & Kaprio, J. (2002). Stability of leisure-time physical activity during adolescence - a longitudinal study among 16-, 17-, and 18-year-old Finnish youth. *Scand J Med Sci Sports, 12*, 179 - 185.
- Aaron, D., Storti, K., Robertson, R., Kriska, A., & LaPorte, R. (2002). Longitudinal study of the number and choice of leisure time physical activities from mid to late adolescence: implications for school curricula and community recreation programs. *Arch Pediatr Adolesc Med 156*(11), 1075-1080.
- Akerstedt, T., Knutsson, A., Westerholm, P., Theorell, T., Alfredsson, L., & Kecklund, G. (2002). Sleep disturbances, work stress and work hours. A cross-sectional study. *J. Psychosom. Res., 53*, 741-748.
- AMPO. (2008). What is AMPO? Retrieved 18/6/2008, from <http://www.ampo.org/what/index.php>
- Babey, S., Hastert, T., Yu, H., & Brown, E. (2008). Physical activity among adolescents when do parks matter? *Am J Prev Med., 34*(4), 345-348.
- Barr-Anderson, D., van den Berg, P., Neumark-Sztainer, D., & Story, M. (2008). Characteristics associated with older adolescents who have a television in their bedrooms. *Pediatrics., 121*(4), 718-724.
- Bélanger, M., Gray-Donald, K., O'Loughlin, J., Paradis, G., & Hanley, J. (2009). When Adolescents Drop the Ball: Sustainability of Physical Activity in Youth. *American Journal of Preventive Medicine, 37*(1), 41-49.
- Berger, B., Pargman, D., & Weinberg, R. (2007). *Foundations of Exercise Psychology*. Morgantown: FIT.

- Biddle, S., Gorely, T., Marshall, S., & Cameron, N. (2009). The prevalence of sedentary behavior and physical activity in leisure time: A study of Scottish adolescents using ecological momentary assessment. *Preventive Medicine, 48*(2), 151-155.
- Biddle, S., Gorely, T., & Stensel, D. (2004). Health-enhancing physical activity and sedentary behaviour in children and adolescents. *J Sports Sci, 22*, 679 - 701.
- Biddle, S., Marshall, S., Gorely, T., & Cameron, N. (2009). Temporal and Environmental Patterns of Sedentary and Active Behaviors during Adolescents. *Leisure Time International Journal of Behavioral Medicine, 16*(3), 278-286.
- Boscolo, R., Sacco, I., Antunes, H., Mello, M., & Tufik, S. (2007). Avaliação do padrão de sono, atividade física e funções cognitivas em adolescentes escolares. *Rev Port Cien Desp, 7*(1), 18-25.
- Braconnier, A., & Marcelli, D. (2000). *As mil faces da adolescência*. Lisboa: Confrontações.
- Brodersen, N., Steptoe, A., Boniface, D., & Wardle, J. (2007). Trends in physical activity and sedentary behaviour in adolescence: ethnic and socioeconomic differences. *Br J Sports Med, 41*, 140 - 144.
- Brodersen, N., Steptoe, A., Williamson, S., & Wardle, J. (2005). Sociodemographic, developmental, environmental, and psychological correlates of physical activity and sedentary behavior at age 11 to 12. *Ann Behav Med., 29*(1), 2-11.
- Burdette, H. L., & Whitaker, R. C. (2005). A National Study of Neighborhood Safety, Outdoor Play, Television Viewing, and Obesity in Preschool Children. *Pediatrics, 116*(3), 657-662. doi: 10.1542/peds.2004-2443
- Burton, N., & Turrell, G. (2000). Occupation, hours worked, and leisuretime physical activity. *Prev Med., 31*, 673-681.
- Caius, N., & Benefice, E. (2002). Foods habits, activity and overweight among adolescents. . *Rev. Epidemiol Sante Publique., 50*(6), 543-546.
- Calmeiro, L., & Matos, M. (2004). *Psicologia do exercicio e saúde*. Lisboa: Visão e Contextos.
- Carver, A., Salmon, J., Campbell, K., Baur, L., & Garnett, S. (2005). How do perceptions of local neighborhood relate to adolescents' walking and cycling? *American Journal of Health Promotion, 20*(2), 139 - 147.
- Carver, A., Timperio, A., & Crawford, D. (2008). Perceptions of Neighborhood Safety and Physical Activity Among Youth: The CLAN Study. *Journal of Physical Activity & Health, 5*(3), 430-444.
- Carver, A., Timperio, A., & Crawford, D. (2008). Playing it safe: The influence of neighbourhood safety on children's physical activity-A review. *Health & Place, 14*, 217-227.
- Caspersen, C., Powell, K., & Chirstenson, P. (1985). Physical activity, exercise and physical fitness: definitions and distinctions for health - related research. *Public Health Reports, 100*(2), 126-130.
- Castro, S. (2001). *Avaliação da atividade física habitual em crianças e jovens por acelerometria: utilização de dois pontos de corte*. Tese de Mestrado. Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física da Universidade do Porto
- Chaput, J., Brunet, M., & Tremblay, A. (2006). Relationship between short sleeping hours and childhood overweight/obesity: results from the / Quebec en Forme/ Project. *Int J Obes, 30*(7), 1080-1085.
- Chen, M., Wang, E., & Jeng, Y. (2006). Adequate sleep among adolescents is positively associated with health status and health-related behaviors. *BMC Public Health, 6*(1), 59.
- Chief Medical Officer. (2004). *At Least Five a Week: Evidence on the impact of physical activity and its relationship to health*. London: Department of Health.
- Cizza, G., Skarulis, M., & Mignot, E. (2005). A link between short sleep and obesity: building the evidence for causation. *Sleep 28*, 1217-1220.
- Coelho, E., Silva, M., & Sobral, F. (2002). Socialização desportiva primária e barreiras percecionadas pelas famílias. In F. Sobral, M. Coelho & C. Silva (Eds.), *Demografia e Jovens no Desporto - participação e fatores de constrangimento no desporto federado infantojuvenil segundo a percepção das famílias e dos agentes desportivos* (pp. 71-94). Lisboa: Centro de Estudos e Formação Desportiva - Ministério da Juventude e do Desporto.
- Cohen, D., Ashwood, S., Scott, M., Overton, A., Evenson, K., Voorhees, C., . . . McKenzie, T. (2006). Proximity to school and physical activity among middle school girls: The Trial of Activity for Adolescent Girls Study. *Journal of Physical Activity and Health, 3*(Suppl 1), S129 - S138.
- Colabianchi, N., Dowda, M., Pfeiffer, K., Porter, D., Almeida, M., & Pate, R. (2007). Towards an understanding of salient neighborhood boundaries: adolescent reports of an easy walking

- distance and convenient driving distance. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 4(1), 66.
- Corte-Real, N., Dias, C., Corredeira, R., & et al. (2008). Prática desportiva de estudantes universitários: o caso da Universidade do Porto. *Rev. Port. Cien. Desp*, 8(2), 219-228.
- Csikszentmihalyi, M. (2002). *Fluir*. Lisboa: Relógio d'Água.
- Dahl, R. E., & Lewin, D. S. (2002). Pathways to adolescent health: Sleep regulation and behavior. *J Adolesc Health*, 31, 175 - 184.
- Davison, K., & Lawson, C. (2006). Do attributes in the physical environment influence children's physical activity? A review of the literature. *Int J Behav Nutr Phys Act*, 3, 19.
- Davison, K. K., & Lawson, C. T. (2006). Do attributes in the physical environment influence children's physical activity? A review of the literature. *Int J Behav Nutr Phys Act*, 3, 19.
- Delgado, M., & Tercedor, P. (2002). *Estrategias de intervencion en educacion para para la salud desde a Educacion Física*. Barcelona: INDE Publicaciones.
- Diniz, J. (1997). *Estudo Integrado das condições de aprendizagem e da intensidade das atividades em Educação Física*. Doutorado, Faculdade de Motricidade Humana., Lisboa.
- Dionne, I., Alméras, N., Bouchard, C., & Tremblay, A. (2000). The association between vigorous physical activities and fat deposition in male adolescents. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 32(392- 395).
- Dishman, R. (1993). Exercise adherence. In M. Murphey & L. Tennant (Eds.), *Handbook of research on sports psychology*. New York: Macmillan.
- Dishman, R., & Sallis, J. (1994). Determinants and interventions for physical activity and exercise. In C. Bouchard, R. Shephard & T. Stephens (Eds.), *Physical Activity, Fitness, and Health: International Proceedings and Consensus Statement* (pp. 214-238). Champaign: Human Kinetics Publishers.
- Dollman, J., Norton, K., & Norton, L. (2005). Evidence for secular trends in children's physical activity behaviour. *British Journal of Sports Medicine*, 39, 892 - 897.
- Dunton, G., Jamner, M., & Cooper, D. (2003). Assessing the perceived environment among minimally active adolescent girls: Validity and relations to physical activity outcomes. *Am J Health Promotion*, 18, 70 - 73.
- Eccles, J., & Barber, B. (1999). Student council, volunteering, basketball or marching band: What kind of extracurricular involvement matters? *Journal of Adolescent Research*, 14(10-34).
- Epstein, L., & Roemmich, J. (2001). Reducing sedentary behavior: role in modifying physical activity. *Exerc Sport Sci Rev*, 29(103-8).
- Eurobarometer. (2006). Health and food retrieved 20/5/2007 in http://ec.europa.eu/health/ph_publication/eb_food_en.pdf.
- Eurobarometer. (2010). Sport and physical activity retrieved 17/4/2010 in http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/eb_special_en.htm#334
- Evenson, K., Birnbaum, A., Bedimo-Rung, A., Sallis, J., Voorhees, C., Ring, K., & Elder, J. (2006). Girls' perception of physical environmental factors and transportation: reliability and association with physical activity and active transport to school. *Int J Behav Nutr Phys Act* , 3(28).
- Evenson, K., Scott, M., Cohen, D., & Voorhees, C. (2007). Girls' Perception of Neighborhood Factors on Physical Activity, Sedentary Behavior, and BMI. *Obesity*, 15, 430-445.
- Ewing, R., Schroeder, W., & Greene, W. (2004). School location and student travel. *Transportation Research Record* 1895, 55-63.
- Fein, A., Plotnikoff, R., Wild, C., & Spence, J. (2004). Perceived environment and physical activity in youth. *International Journal of Behavioral Medicine*, 11(3), 135 - 142.
- Ferreira, I., van der Horst, K., Wendel-Vos, W., Kremers, S., van Lenthe, F. J., & Brug, J. (2006). Environmental correlates of physical activity in youth - a review and update. *Obes Rev*, 8(2), 129 - 154.
- Fischer, S., Wilhelm, I., & Born, J. (2007). Developmental Differences in Sleep's Role for Implicit Off-line Learning: Comparing Children with Adults. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 19(2), 214-227. doi:10.1162/jocn.2007.19.2.214
- Forman, H., Kerr, J., Norman, G., Saelens, B., Durant, N., Harris, S., & Sallis, J. (2008). Reliability and validity of destination-specific barriers to walking and cycling for youth. *Prev Med*, 46(4), 311-316.
- Frank, L., Kerr, J., Chapman, J., & Sallis, J. (2007). Urban form relationships with walk trip frequency and distance among youth. *American Journal of Health Promotion*, 21, 305 - 311.

- Frank, L., Kerr, J., Chapman, J., & Sallis, J. (2007). Urban form relationships with walk trip frequency and distance among youth. *American Journal of Health Promotion*, 21, 305-311.
- Freire, T., & Soares, I. (2000). O impacto psicossocial do envolvimento em atividade de lazer no processo de desenvolvimento do adolescente. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 1(23-40).
- Gaina, A., Sekine, M., Hamanishi, S., Chen, X., Wang, H., Yamagami, T., & Kagamimori, S. (2007). Daytime Sleepiness and Associated Factors in Japanese School Children. *The Journal of Pediatrics*, 151(5), 518-522.e514.
- Gill, D. (2002). Gender and sport behavior. In T. Horn (Ed.), *Advances in sport psychology* (pp. 355-375). Champaign: Human Kinetics.
- Gomes, P. (2003). Escola, Educação Física e Atividade Física. Factos, equívocos e orientações para um caminho a percorrer. In (Ed.), *A atividade Física: do lazer ao rendimento. A estética, a saúde e o espetáculo* (pp. 47-53). Lamego: Escola Superior de Educação de Lamego. .
- Gomez, J., Johnson, B., Selva, M., & Sallis, J. (2004). Violent crime and outdoor physical activity among inner-city youth. *Preventive Medicine*, 39(5), 876 - 881.
- Gomez, J. E., Johnson, B. A., Selva, M., & Sallis, J. F. (2004). Violent crime and outdoor physical activity among inner-city youth. *Preventive Medicine*, 39(5), 876-881.
- Gordon-Larsen, P., McMurray, R., & Popkin, B. (2000). Determinants of adolescent physical activity and inactivity patterns. *Pediatrics*, 105(6).
- Gordon-Larsen, P., Nelson, M., & Popkin, B. (2004). Longitudinal physical activity and sedentary behavior trends: Adolescence to adulthood. *American Journal of Preventive Medicine*, 27(4), 277-283.
- Gorely, T., Marshall, S., & Biddle, S. (2004). Couch kids: correlates of television viewing among youth. *International Journal of Behavioral Medicine*, 11, 152 - 163.
- Gupta, K., Mueller, H., Chan, W., & Meininger, C. (2002). Is Obesity associated with poor sleep quality in adolescents? *American Journal of Human Biology*, 14, 762-768.
- Hedley, A., Ogden, C., Johnson, C., Carroll, M., Curtin, L. R., & Flegal, K. (2004). Prevalence of overweight and obesity among US children, adolescents, and adults, 1999-2002. *J. Am. Med. Assoc*, 291, 2847-2850.
- Hedman, L., Bjerg-Baclund, A., Pezanowski, M., & Sundberg, S. (2007). Factors related to tobacco use among teenagers. *Respir. Med.*, 111(3), 496-502.
- Heitzler, C., Martin, S., Duke, J., & Huhman, M. (2006). Correlates of physical activity in a national sample of children aged 9-13 years. *Preventive Medicine*, 42(4), 254-260.
- Hohepa, M., Scragg, R., Schofield, G., Kolt, G., & Schaaf, D. (2007). Social support for youth physical activity: Importance of siblings, parents, friends and school support across a segmented school day. *International Society for Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 4, 54.
- Holta, N., Spence, J., Sehna, Z., & Cutumisu, N. (2008). Neighborhood and developmental differences in children's perceptions of opportunities for play and physical activity. *Health & Place* 14, 2-14.
- Hughes, R., & Rogers, A. (2004). First, do no harm. Are you tired? Sleep deprivation compromises nurses' health and jeopardizes patients. *Am J Nurs*, 104, 36-38.
- Hume, C., Salmon, J., & Ball, K. (2005). Children's perceptions of their home and neighborhood environments, and their association with objectively measured physical activity: a qualitative and quantitative study. *Health Educ. Res.*, 20(1), 1-13. doi: 10.1093/her/cyg095
- Hume, C., Singh, A., Brug, J., Mechelen, W., & Chinapaw, M. (2009). Dose-response associations between screen time and overweight among youth. *Int J Pediatr Obes.*, 4(1), 61-64.
- Jackson, L. (2003). The relationship of urban design to human health and condition. *Landscape and Urban Planning*(64), 191-200.
- Jago, R., Baranowski, T., Zakeri, I., & Harris, M. (2005). Observed environmental features and the physical activity of adolescent males. *Am J Prev Med*, 29(2), 98 - 104.
- Janz, K., Dawson, J., & Mahoney, L. (2000). Tracking physical fitness and physical activity from childhood to adolescence: the Muscatine study. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 32, 1250-1257.
- Johnson-Taylor, W., & Everhart, J. (2006). Modifiable environmental and behavioral determinants of overweight among children and adolescents: report of a workshop. *Obesity* 14(6), 929-966.
- Kaczynski, A. T., & Henderson, K. A. (2007). Environmental Correlates of Physical Activity: A Review of Evidence about Parks and Recreation. *Leisure Sciences*, 29(4), 315 - 354.

- Katzmarzyk, P., Baur, L., Blair, S., Lambert, E., Oppert, J., & Riddoch, C. (2008). International Conference on Physical Activity and Obesity in Children: Summary Statement and Recommendations. *International Journal of Pediatric Obesity*, 3(1), 3 - 21.
- Kemper, H. (1994). The natural history of physical activity and aerobic fitness in teenagers. In R. Dishman (Ed.), *Advances in exercise adherence*. Champaign: Human Kinetics.
- Kerr, J., Frank, L., Sallis, J., & Chapman, J. (2007). Urban form correlates of pedestrian travel in youth: Differences by gender, race-ethnicity and household attributes. *Transportation Research Part D: Transport and Environment*, 12, 177-182.
- Kjonnixsen, L., Torsheim, T., & Wold, B. (2008). Tracking of leisure-time physical activity during adolescence and young adulthood: a 10-year longitudinal study. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 5(1), 69.
- Knutson, K. (2005). Sex Differences in the Association between Sleep and Body Mass Index in Adolescents. *The Journal of Pediatrics*, 147(6), 830-834.
- Kuo, J., Schmitz, K. H., Evenson, K. R., McKenzie, T. L., Jobe, J. B., Rung, A. L., . . . Pate, R. R. (2009). Physical and Social Contexts of Physical Activities Among Adolescent Girls. *Journal of Physical Activity & Health*, 6(2), 144-152.
- Larson, N., Story, M., Perry, C., Neumark-Sztainer, D., & Hannan, P. (2007). Are diet and physical activity patterns related to cigarette smoking in adolescents? Findings from Project EAT. *Prev Chronic Dis*, 4(3), A51.
- Lasheras, L., Aznar, S., Begoña Merino, B., & López, E. (2001). Factors Associated with Physical Activity among Spanish Youth through the National Health Survey. *Preventive Medicine*, 32(6), 455-464.
- Leslie, E., Owen, N., Salmon, J., Bauman, A., Sallis, J., & Lo, S. (1999). Insufficiently active Australian college students: Perceived personal, social, and environmental influences. *Prev Med*, 28(20-27).
- Lian, W., Gan, G., Pin, C., Wee, S., & Ye, H. (1999). Correlates of leisure-time physical activity in an elderly population in Singapore. *Am J Public Health*, 89(10), 1578-1580.
- Limstrand, T. (2008). Environmental characteristics relevant to young people's use of sports facilities: a review. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, 18(3), 275-287.
- Marivoet, S. (2001). Hábitos desportivos da população Portuguesa. Lisboa: Centro de Estudos e Formação Desportiva.
- Marshall, S., Gorely, T., & Biddle, S. (2006). A descriptive epidemiology of screen-based media use in youth: a review and critique. *Journal of Adolescence*, 29(3), 333 - 349.
- Martin, S., Morrow, J., Jackson, A., & Dunn, A. (2000). Variables related to meeting the CDC/ACSM physical activity guidelines. *Med Sci Sports Exerc*, 32(12), 2087-2092.
- Matos, M., & Diniz, J. (2002). Fatores associados à prática da atividade física nos adolescentes portugueses. *Análise Psicológica*, 1(X), 57-66.
- Matos, M., & Equipa Aventura Social. (2003). A saúde dos adolescentes portugueses (Quatro anos depois) [The health of Portuguese adolescents (Four years later)]. Lisboa: Edições FMH.
- Matos, M., Simões, C., & Canha, L. (2000). Saúde e estilos de vida nos jovens portugueses. Cruz-quebrada: FMH/PPES.
- Matos, M., Simões, C., Reis, C., & Canha, L. (2000). A saúde dos adolescentes Portugueses. Estudo Nacional da Rede Europeia HBSC/OMS 1998. Cruz-quebrada: Faculdade de Motricidade Humana/ Programa de Educação para Todos.
- Matos, M., Simões, C., Tomé, G., Camacho, I., Ferreira, M., Ramiro, L., . . . Equipa Aventura Social. (2011). Aventura social & saúde. A saúde dos adolescentes portugueses. Relatório do estudo HBSC 2010. Cruz-Quebrada: Faculdade de Motricidade Humana.
- Matton, L., Duvigneaud, N., Wijndaele, K., Philippaerts, R., ; Duquet, W., Beunen, G., Claessens, A., . . . J., L. (2007). Secular trends in anthropometric characteristics, physical fitness, physical activity, and biological maturation in Flemish adolescents between 1969 and 2005. *Am. J. Hum. Biol.*, 19(3), 345-357.
- McDonald, N. (2007). Travel and the social environment: Evidence from Alameda County, California. *Transportation Research Part D: Transport and Environment*, 12, 53 - 63.
- McGuire, M., Hannan, P., Neumark-Sztainer, D., Cossrow, N., & Story, M. (2002). Parental correlates of physical activity in a racially/ethnically diverse adolescent sample. *J Adolesc Health*, 30, 253-261.
- McKay, H., Petit, M., & Schutz, R. (2000). Augmented trochanteric BMD after modified physical education classes: A randomized school-based exercise intervention study in prepubescent and early pubescent children. *J Pediatr*, 136, 156 - 162.

- McMillan, T. (2007). The relative influence of urban form on a child's travel mode to school. *Transportation Research Part A: Policy and Practice*, 41, 69 - 79.
- Molnar, B., Gortmaker, S., Bull, F., & Buka, S. (2004). Unsafe to play? Neighborhood disorder and lack of safety predict reduced physical activity among urban children and adolescents. *Am J Health Promot*, 18(5), 378-386.
- Mota, J., Almeida, M., Santos, P., & Ribeiro, J. (2005). Perceived Neighborhood Environments and physical activity in adolescents. *Prev Med.*, 41(5-6), 834-836.
- Mota, J., Almeida, M., Santos, R., Ribeiro, J., & Santos, M. (2009). Association of Perceived Environmental Characteristics and Participation in Organized and Non-Organized Physical Activities of Adolescents. *Pediatric Exercise Science*, 21(2), 233-239.
- Mota, J., & Esculcas, C. (2002). Leisure-Time Physical Activity Behavior: Structured and Unstructured Choices According to Sex, Age, and Level of Physical Activity. I. *Journal of Behavioral Medicine*, 9(2), 111-121.
- Mota, J., Gomes, H., Almeida, M., Ribeiro, J., Carvalho, J., & Santos, M. (2007). Ative versus passive transportation to school differences in screen time, socioeconomic position and perceived environmental characteristics in adolescent girls. *Annals of Human Biology*, 34(3), 273 - 282.
- Mota, J., & Sallis, J. (2002). *Atividade Física e Saúde. Fatores de influência nas crianças e nos adolescentes*. Porto: Campo de Letras.
- Mota, J., & Silva, G. (1999). Adolescent's physical activity: association with socioeconomic status and parental participation among a Portuguese sample. *Sport Education Society*, 4, 193-199.
- Motl, R., Dishman, R., Saunders, R., Dowda, M., & Pate, R. (2007, January 1, 2007). Perceptions of Physical and Social Environment Variables and Self-Efficacy as Correlates of Self-Reported Physical Activity Among Adolescent Girls. *J. Pediatr. Psychol.*, 32, 6-12.
- Mullan, E. (2003). Do you think that your local area is a good place for young people to grow up? The effects of traffic and car parking on young people's views. *Health & Place*, 9(4), 351-360.
- Nader, P., Bradley, R., Houts, R., McRichie, S., & O'Brien, M. (2008). Moderate-to-vigorous physical activity from ages 9 to 15 years. *Journal of the American Medical Association*, 300, 295-305.
- Nelson, M., & Gordon-Larsen, P. (2006). Physical Activity and Sedentary Behavior Patterns Are Associated With Selected Adolescent Health Risk Behaviors. *Pediatrics*, 117(4), 1281-1290. doi: 10.1542/peds.2005-1692
- Nelson, M., Neumark-Stzainer, D., Hannan, P., Sirard, J., & Story, M. (2006). Longitudinal and Secular Trends in Physical Activity and Sedentary Behavior During Adolescence. *Pediatrics*, 118(6), e1627-1634. doi: 10.1542/peds.2006-0926
- Neumark-Sztainer, D., Story, M., Hannan, P., Tharp, T., & Rex, J. (2003). Factors associated with changes in physical activity: a cohort study of inactive adolescent girls. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 157, 803 - 810.
- Neumark-Sztainer, D., Wall, M., Eisenberg, M., Story, M., & Hannan, P. (2006). Overweight status and weight control behaviors in adolescents: Longitudinal and secular trends from 1999 to 2004. *Preventive Medicine*, 43(1), 52-59.
- Nilsson, A., Bo Andersen, L., Ommundsen, Y., Froberg, K., Sardinha, L., Piehl-Aulin, K., & Ekelund, U. (2009). Correlates of objectively assessed physical activity and sedentary time in children: a cross-sectional study (The European Youth Heart Study). *BMC Public Health*, 9(1), 322.
- Norman, G., Nutter, S., Ryan, S., Sallis, J., Calfas, K., & Patrick, K. (2006). Community Design and Access to Recreational Facilities as Correlates of Adolescent Physical Activity and Body-Mass Index. *Journal of Physical Activity and Health*, 3(118-128).
- Norman, G., Schmid, B., Sallis, J., Calfas, K., & Patrick, K. (2005). Psychosocial and Environmental Correlates of Adolescent Sedentary Behaviors. *Pediatrics*, 116(4), 908-916. doi: 10.1542/peds.2004-1814
- Olds, T., Ridley, K., & Dollman, J. (2006). Screenieoppers and extreme screenies: the place of screen time in the time budgets of 10-13 year-old Australian children. [Article]. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 30(2), 137-142.
- Olds, T., Wake, M., Patton, G., Ridley, K., Waters, E., Williams, J., & Hesketh, K. (2009). How Do School-Day Activity Patterns Differ with Age and Gender across Adolescence? *Journal of Adolescent Health*, 44(1), 64-72.
- Owen, N., Leslie, E., Salmon, J., & Fotheringham, M. (2000). Environmental determinants of physical activity and sedentary behavior. *Exercise and Sport Sciences Reviews*, 28, 153-158.

- Parks, S., Housemann, R., & Brownson, R. (2003). Differential correlates of physical activity in urban and rural adults of various socioeconomic backgrounds in the United States. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 57, 29 - 35.
- Pate, R., Colabianchi, N., Porter, D., Almeida, M., Lobelo, F., & Dowda, M. (2008). Physical Activity and Neighborhood Resources in High School Girls. *American Journal of Preventive Medicine*, 34(5), 413-419.
- Pate, R., Dowda, M., O'Neill, J., & Ward, D. (2007). Change in physical activity participation among adolescent girls from 8th to 12th grade. *Journal of physical activity & health* 4(1), 3-16.
- Pate, R., Stevens, J., Webber, L., Dowda, M., Murray, D., Young, D., & Going, S. (2009). Age-Related Change in Physical Activity in Adolescent Girls. *Journal of Adolescent Health*, 44(3), 275-282.
- Patel, S., & Hu, F. (2008). Short sleep duration and weight gain: a systematic review. *Obesity (Silver Spring)*, 16, 643 - 653.
- Patel, S., Malhotra, A., White, D., Gottlieb, D., & Hu, F. (2006). Association between reduced sleep and weight gain in women. *Am J Epidemiol*, 164, 947 - 954.
- Pedersen, S., & Seidman, E. (2004). Team sports achievement and self-esteem development among urban adolescent girls. *Psychology of Women Quarterly*, 28(4), 412-422.
- Pender, N., Bar-or, O., B., W., & Mitchell, S. (2002). Self-efficacy and perceived exertion of girls during exercise. *Nursing Research*, 51, 86-91.
- Pink, B. (2008). Discussion paper: Defining Sport and Exercise, a conceptual Model Retrieved from <http://www.abs.gov.au/ausstats/abs@.nsf/mf/4149.0.55.001>
- Pivarnik, J., Reeves, M., & Rafferty, A. (2003). Seasonal variation in adult leisure-time physical activity. *Med Sci Sports Exerc*, 35(6), 1004-1008.
- Raudsepp, L., Liblik, R., & Hannus, A. (2002). Children's and Adolescents' Physical Self-Perceptions as Related to Moderate to Vigorous Physical Activity and Physical Fitness. *Ped Exerc Sci*, 14, 97 - 106.
- Reilly, T., & Edwards, B. (2007). Altered sleep-wake cycles and physical performance in athletes. *Physiology & Behavior*, 90(2-3), 274-284.
- Rice, F. (2000). *Adolescencia. Desarrollo, relaciones y cultura*. Madrid: Prentice Hall.
- Richmond, T. K., Field, A. E., & Rich, M. (2007). Can neighborhoods explain racial/ethnic differences in adolescent inactivity? *International Journal of Pediatric Obesity*, 2(4), 202 - 210.
- Riddoch, C., Andersen, L., Wedderkopp, N., Harro, M., Klasson-Heggebo, L., Sardinha, L., . . . Ekelund, U. (2004). Physical activity levels and patterns of 9- and 15-yr-old European children. *Med Sci Sports Exerc*, 36, 86 - 92.
- Ries, A., Voorhees, C., Gittelsohn, J., Roche, K., & Astone, N. (2008). Adolescents' Perceptions of Environmental Influences on Physical Activity. *American Journal of Health Behavior*, 32(1), 26-39.
- Rodriguez-Romo, G., Boned-Pascual, C., & Garrido-Munoz, M. (2009). Motivos y barreras para hacer ejercicio y practicar deportes en Madrid. *Rev Panam Salud Publica*, 26(3), 244-254.
- Romero, A. (2005). Low-income neighborhood barriers and resources for adolescents' physical activity. *Journal of Adolescent Health*, 36(3), 253-259.
- Russell, R. P., Natalie, C., Dwayne, P., Maria, J. A., Felipe, L., & Marsha, D. (2008). Physical Activity and Neighborhood Resources in High School Girls. *American journal of preventive medicine*, 34(5), 413-419.
- Sallis, J. (2000). Age-related decline in physical activity: a synthesis of human and animal studies. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 32(9), 1598-1600.
- Sallis, J., Alcaraz, J., McKenzie, T., Hovell, M., Kolody, B., & Nader, P. (1992). Parental behavior in relation to physical activity and fitness in 9-year olds. *Am J Disease of Children*, 146, 1383 - 1388.
- Sallis, J., Cervero, R., Ascher, W., Henderson, K., Kraft, M., & Kerr, J. (2006). An ecological approach to creating active living communities. *Annual Review of Public Health*, 27(1), 297-322. doi: doi:10.1146/annurev.publhealth.27.021405.102100
- Sallis, J., Conway, T., Prochaska, J., McKenzie, T., Marshall, S., & Brown, M. (2001). The association of school environment with youth physical activity. *Am J Public Health*, 91, 618 - 620.
- Sallis, J., & Hovell, M. (1990). Determinants of exercise behavior. *Exerc Sport Sci Rev*, 11, 307-330.
- Sallis, J., Linton, L., & Kraft, M. (2005). The first Active Living Research conference: Growth of a transdisciplinary field. *American Journal of Preventive Medicine*, 28(2), 93-95.

- Sallis, J., & Owen, N. (1999). *Physical activity & behavioural medicine*. California: Sage Publications.
- Sallis, J., Prochaska, J., & Taylor, W. (2000). A review of correlates of physical activity of children and adolescents. *Med Sci Sports Exerc*, 32, 963 - 975.
- Sallis, J., Taylor, W., Dowda, M., Freedson, P., & Pate, R. (2002). Correlates of vigorous physical activity for children in grades 1 through 12: Comparing parent-reported and objectively measured physical activity. *Ped Exer Sci*, 14, 30 - 44.
- Salvy, S., Roemmich, J., Bowker, J., Romero, N., Stadler, P., & L., E. (2009). Effect of peers and friends on youth physical activity and motivation to be physically active. *J Pediatr Psychol*, 34(2), 217-225.
- Sampaio, D. (1997). *A cinza do tempo*. Lisboa: Editorial Caminho.
- Santos, M., Gomes, H., & Mota, J. (2005). Physical activity and sedentary behaviors in adolescents. *Annals of Behavioral Medicine* 30(1), 21-24.
- Santos, M. P., Page, A. S., Cooper, A. R., Ribeiro, J. C., & Mota, J. (2009). Perceptions of the built environment in relation to physical activity in Portuguese adolescents. *Health & Place*, 15(2), 548-552.
- Seabra, A., Mendonça, D., Thomis, M., Anjos, L., & Maia, J. (2008). Biological and sociocultural determinants of physical activity in adolescents. *Cad Saude Publica*, 24(4), 721-736.
- Seabra, F., Mendonça, M., Thomis, A., Anjos, A., & Maia, A. (2008). Determinantes biológicos e sócio-culturais associados à prática de atividade física de adolescentes. *Caderno de Saúde pública*, 24(4), 721-736.
- Sekine, M., Yamagami, T., Handa, K., Saito, T., Nanri, S., & Kawaminami, K. (2002). A dose-response relationship between short sleeping hours and childhood obesity: Results of the Toyama birth cohort study. *Child Care Health Dev*, 28, 163 - 170.
- Shropshire, J., & Carroll, B. (1997). Family variables and children's physical activity: influence of parental exercise and socioeconomic status. *Sport Education Society* 2(95-116).
- Silva, C. (1999). *Práticas de Atividades Físicas e Imagem Corporal*. Tese de Mestrado. Lisboa. Faculdade de Motricidade Humana. .
- Simons-Morton, B., Parcel, G., O'Hara, N., Blair, S., & Pate, R. (1988). Health--related physical fitness in childhood: status and recommendation. *Annual Review of Public Health*, 9, 403-425.
- Smith, A., & Biddle, J. (2008). *Youth physical activity and sedentary behavior: challenges and solutions*. Champaign: Human Kinetics.
- Spiegel, K., Knutson, K., Leproult, R., & et al. (2005). Sleep loss: a novel risk factor for insulin resistance and type 2 diabetes. *J Appl Physiol* 99, 2008-2019.
- Spiegel, K., Tasali, E., Penev, P., & Cauter, E. V. (2004). Brief Communication: Sleep Curtailment in Healthy Young Men Is Associated with Decreased Leptin Levels, Elevated Ghrelin Levels, and Increased Hunger and Appetite. *Ann Intern Med*, 141(11), 846-850.
- SPRC. (2007). *Building "Generation Play": Addressing the Crisis of inactivity Among America's Children*. A Report by Stanford University. Stanford: Stanford University School of Medicine.
- Springer, A., Kelder, S., & Hoelscher, D. (2006). Social support, physical activity and sedentary behavior among 6th grade girls - a cross sectional study. *Int J Behav Nutr Phys Act*, 3, 8.
- Stokols, D. (1992). Establishing and maintaining healthy environments: toward a social ecology of health promotion. *American Psychologist*, 47, 6-22.
- Tammelin, T., Näyhä, S., Hills, A., & Järvelin, M. (2003). Adolescent participation in sports and adult physical activity. *American Journal of Preventive Medicine*, 24(1), 22-28.
- Taylor, C., Baranowsky, T., & Sallis, J. (1994). Family Determinants of Childhood Physical activity: a social-cognitive model In R. Dishman (Ed.), *Advances in exercise adherence* (pp. 319-342). Champaign: Human Kinetics.
- Tercedor, P. (2001). *Actividad física, condicion física y salud*. . Sevilla: Wanceulen.
- Thompson, A. M., Rehman, L. A., & Humbert, M. L. (2005). Factors Influencing the Physically Active Leisure of Children and Youth: A Qualitative Study. *Leisure Sciences*, 27(5), 421 - 438.
- Timperio, A., Ball, K., Salmon, J., Roberts, R., Giles-Corti, B., Simmons, D., . . . Crawford, D. (2006). Personal, family, social and environmental correlates of active commuting to school. *American J of Preventive Medicine*, 30, 45 - 51.
- Timperio, A., Crawford, D., Telford, A., & Salmon, J. (2004). Perceptions about the local neighborhood and walking and cycling among children. *Prev Med*. Jan;38(1):39-47, 38(1), 39-47.

- Tonetti, L., Fabbri, M., & Natale, V. (2008). Sex Difference in Sleep-Time Preference and Sleep Need: A Cross-Sectional Survey among Italian Pre-Adolescents, Adolescents, and Adults. *Chronobiology International*, 25(5), 745 - 759.
- Trost, G., Owen, E., Bauman, F., Sallis, J., & Brown, W. (2002). Correlates of adults' participation in physical activity: review and update. *Med. Sci. Sports Exerc.*, 34, 1996-2001.
- Tucker, P., Irwin, J. D., Gilliland, J., He, M., Larsen, K., & Hess, P. (2009). Environmental influences on physical activity levels in youth. *Health & Place*, 15(1), 357-363.
- U.S. Department of Health and Human Services. (2002). *Physical Activity Evaluation Handbook*. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention.
- University of Oxford British Heart Foundation Health Promotion Research Group. (2005). *Understanding participation in sport: A systematic review: Sport England*.
- Van den Bulck, J. (2004). Television viewing, computer game playing, and Internet use and self-reported time to bed and time out of bed in secondary-school children. *Sleep*, 27(1), 101 - 104.
- Van der Horst, K., Paw, M., Twisk, J., & Van Mechelen, W. (2007). A brief review on correlates of physical activity and sedentariness in youth. *Med Sci Sports Exerc*, 39(8), 1241-1250.
- Varo, J., Martinez Gonzalez, A., de Irala Estevez, J., Kearney, J., Gibney, M., & Martinez, J. (2003). Distribution and determinants of sedentary lifestyles in the European Union. *Int J Epidemiol*, 32, 138 - 146.
- Veitch, J., Bagley, S., Ball, K., & Salmon, J. (2006). Where do children usually play? A qualitative study of parents' perceptions of influences on children's active free-play. *Health & Place*, 12(4), 383-393.
- Vincent, J. (2004). Game, sex, and match: The construction of gender in British newspaper coverage of the 2000 Wimbledon Championships. *Sociology of Sport Journal*, 21(4), 435-456.
- Wallace, L., & Buckworth, J. (2001). Application of the transtheoretical model to exercise behavior among nontraditional college students. *Am J Health Educ*, 32(1), 39-47.
- Wang, C., & Biddle, S. (2001). Young People's Motivational profiles in physical activity: a cluster analysis. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 23(1-22).
- Weinberg, R., Tenenbaum, G., McKenzie, A., Jackson, S., Anshel, M., Groove, R., & Fogarty, G. (2000). Motivation for youth participation in sport and physical activity: relationships to culture, self-reported activity levels, and gender. *International Journal of Sports Psychology*, 31, 321-346.
- Weiss, M., & Smith, A. (1999). Quality of Youth Sport friendships: Measurement Development and Validation. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 21, 145-166.
- Wenthe, P., Janz, K., & Levy, S. (2009). Gender similarities and differences in factors associated with adolescent moderate-vigorous physical activity. *Pediatr Exerc Sci*, 21(3), 291-304.
- Whitehead, S., Biddle, S., O'Donovan, T., & Nevill, M. (2006). Social-Psychological and Physical Environmental Factors in Groups Differing by Levels of Physical Activity: A Study of Scottish Adolescent Girls. *Pediatric Exercise Science*, 18(2), 226-239.
- Whitlock, E., Williams, S., Gold, R., Smith, P., & Shipman, S. (2005). Screening and interventions for childhood overweight: a summary of evidence for the US Preventive Services Task Force. *Pediatrics*, 116(1).
- WHO. (2000). *Health and Health Behaviour among young people.*: WHO.
- WHO. (2004). *Young people's health in context. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey*. Copenhagen: WHO.
- WHO. (2006). *Addressing the socioeconomic determinants of healthy eating habits and physical activity levels among adolescents*. Genebre: WHO.
- WHO. (2008). *Inequalities in young people's health. HBSC international report from the 2005&2006 survey*. Copenhagen: WHO.
- WHO. (2009). *A snapshot of the health of young people in Europe*. Copenhagen: WHO.
- Wilson, D., Smith, B., Speizer, I., Bean, M., Mitchell, K., Uguy, L., & al., e. (2005). Differences in food intake and exercise by smoking status in adolescents. *Prev Med*, 0(6), 872-879.
- Witt, S. (1997). Parental influence on children's socialization to gender roles. *Adolescence*, 32(126), 253-259.
- Wong, S., & Leatherdale, S. (2009). Association Between Sedentary Behavior, Physical Activity, and Obesity: Inactivity Among Active Kids. *Prev Chronic Dis*, 6(1), 1-13.

Intervenção na obesidade pediátrica

Susana Veloso

O excesso de peso e obesidade em crianças e adolescentes representa uma ameaça à saúde pública. Os desafios do ambiente e do estilo de vida, desde os alimentos e bebidas com elevada densidade energética muito disponíveis, até às oportunidades para o dispêndio de energia através do transporte e lazer ativo pouco prováveis, elevaram o problema de excesso de peso a proporções epidémicas. Há mesmo quem considere que “pela primeira vez na história da sociedade moderna, uma geração está em risco de reverter, em vez de aumentar, a esperança média de vida” (Daniels 2006, p.47), pois este aumento epidémico da obesidade pediátrica coloca os jovens de hoje em risco de viverem vidas menos saudáveis e mais curtas que os seus pais. Algumas ameaças para a saúde física e psicológica são colocadas devido à obesidade. Num futuro próximo, doenças relacionadas com a obesidade como doenças cardiovasculares, diabetes tipo 2 e alguns tipos de cancro, tornar-se-ão provavelmente as principais causas de morte em muitos países (Barlow 2007). O comprometimento do bem-estar psicológico associado à obesidade pediátrica inclui as perturbações do comportamento alimentar, o empobrecimento das relações sociais e as desvantagens ao nível académico (WHO, 2009). A prevenção precoce é fundamental dado que o desenvolvimento destas doenças começa na infância e na adolescência (Peebles 2008), e os estudos longitudinais mostram que crianças obesas tendem a tornar-se adolescentes e adultos obesos, com todos os riscos e comorbilidades associadas (Freedman, Mei et al. 2007). Relativamente às consequências psicológicas, o impacto psicológico do excesso de peso é uma preocupação crescente e polémica. Problemas como baixa autoestima, depressão, distúrbios alimentares, discriminação social e *bullying* são suscetíveis de ter mais impacto sobre a saúde e o bem-estar das crianças e adolescentes com obesidade do que muitos dos adversos efeitos físicos do excesso de peso (Byrne and La Puma 2007).

Os governos estão preocupados, a investigação na população pediátrica fornece ainda pouca evidência científica para suportar as intervenções (Flynn, McNeil et al. 2006; Sinha and Kling 2009). Não obstante os países da Região Europeia da OMS assinaram a Carta Europeia de Luta Contra a Obesidade, declarando o compromisso de realizar progressos face à obesidade, especialmente em relação às crianças e adolescentes, para inverter a tendência pelo menos até 2015 (WHO, 2006). O contexto sociocultural atual aumenta a complexidade da luta contra a obesidade. Por um lado, existe uma indústria da perda de peso e dieta que movimenta multibilhões, apoiada pelo valor cultural colocado na magreza, que promove a ideia de que as pessoas obesas são infelizes e de que a perda de peso vai torná-las mais felizes (Blaine, Rodman et al. 2007). Por outro lado, investigadores e profissionais de saúde deparam-se com a complexidade da solução, pois os esforços para controlar e prevenir a obesidade pediátrica envolvem o ensino, a investigação e a intervenção, focando seis níveis relevantes para a prevenção e intervenção: a família, a escola, o sistema de saúde, o governo, a indústria e os media (Pietrobelli, Espinoza et al. 2008).

Prevalência

A obesidade é reconhecida desde 1998 como uma epidemia de saúde pública nos países desenvolvidos, bem como em alguns países em desenvolvimento. As estimativas atuais do excesso de peso e da obesidade na infância variam de 12% a mais de 30% nos países desenvolvidos e em 2% a 12% nos países em desenvolvimento (Flynn et al., 2006). Os EUA atingem taxas de 30%, a Europa atinge cerca 20%, sendo a África Subsariana e Ásia as regiões com prevalências mais baixas (Lobstein, Baur et al. 2004). A prevalência nos EUA representa aumentos de 700% desde 1960 e de 250% desde 1990 (Ogden, Flegal et al. 2002). Em Portugal, crianças dos 7 aos 9 anos de idade, entre 1970 e 2002, apresentavam uma aceleração do peso em relação à estatura, atingindo 20,3% de excesso de peso e 11,3% de obesidade (Padez, Fernandes et al. 2004). Nos adolescentes, o estudo *Health Behaviour School-age Children*¹³ (HBSC),

¹³ HBSC (*Health Behaviour School-age Children*) estudo colaborativo internacional, do qual Portugal faz parte desde 1998, promovido pela Organização Mundial de Saúde (WHO/HBSC), que pretende estudar os estilos de

situa os jovens Portugueses, entre os 36 países da Europa, Canadá, EUA, Gronelândia e Israel, em terceiro lugar aos 11 anos, em décimo aos 13 anos e em sexto aos 15 anos relativamente à obesidade e excesso de peso (Currie, Gabhainn et al. 2008). Estes dados baseados no autorelato do peso e altura, representativos da população de adolescentes Portugueses dos 11 aos 16 anos, indicam uma prevalência de 15,2% de excesso de peso e 2,8% de obesidade em 2006 (Matos & Equipa Aventura Social, 2006). O mesmo estudo em 2010, mostra um agravamento do problema com a obesidade a subir para 3,4% (Matos, Simões et al. 2010), mantendo-se o padrão dos rapazes mais novos (11 anos) com mais excesso de peso e obesidade. No entanto, a maioria dos jovens Portugueses reporta um peso normal (66, 7%), e 14,8% um peso baixo ou magreza ($IMC < 17 \text{kg/m}^2$). Outro estudo recente, que avaliou diretamente a antropometria (peso e altura) a uma amostra representativa de adolescentes do 2º e 3º ciclos e secundário oficial de Portugal Continental, mostrou prevalências menos positiva de 22,6% de excesso de peso e 7,8% obesidade, ambas com valores superiores nos rapazes e nos adolescentes mais novos (Sousa, 2010). Os estudos na população Portuguesa apresentam uma trajetória gradualmente incidente do excesso de peso e obesidade ao longo do ciclo da vida: desde a infância com 20,3 e 11,3% respetivamente, passando pela adolescência com 22,6% e 7,8% e atingindo nos adultos os 39,4 e 14,2% (do Carmo, Dos Santos et al. 2008).

Definição

O excesso de peso e obesidade definem-se, genericamente, por um excesso de gordura corporal ou adiposidade (Dehghan, Akhtar-Danesh & Merchand, 2005). Mas não é consensual o nível de gordura corporal que distingue o excesso de peso da obesidade nas crianças e adolescentes, dado não existir uma medida ideal que avalie de forma precisa a adiposidade e que seja acessível, aceite pelo sujeito, comprovada e com valores de referência publicados (Power, Lake e Cole, 1997). O índice de massa corporal (IMC), estando significativamente associado à gordura

vida dos jovens em idade escolar, no sentido de compreender os seus comportamentos ligados à saúde e ao risco. Realiza-se de 4 em 4 anos utilizando amostras representativas dos países membros.

corporal, representa, apesar de tudo, a forma mais conveniente de medir a adiposidade (cuja fórmula é o peso em kg dividido pela altura em metros ao quadrado - kg/m²). Como as taxas ideais do IMC variam muito nesta fase de desenvolvimento de acordo com a idade e o sexo, uma comissão de especialistas reunidos pela IOTF¹⁴ realizou estudos com dados de diversos países para chegar a uma definição consensual da obesidade e excesso de peso em crianças e adolescentes, criando pontos de corte internacionais do IMC, para rapazes e raparigas, dos 2 aos 18 anos (Cole et al., 2000). A evolução natural do IMC aumenta durante os primeiros meses de vida, cai após o primeiro ano e sobe novamente por volta dos 6 anos (Lobstein, Baur et al. 2004). Os conceitos de “excesso de peso” e “obesidade” em crianças e adolescentes geram alguma polémica. A *American Medical Association* (AMA) sugere a alteração da terminologia para “em risco de excesso de peso” e “com excesso de peso” (Spear, Barlow et al. 2007), considerando “obesidade” um termo pejorativo que estigmatiza os jovens e propondo uma classificação com vários graus de excesso de peso (Smolak and Thompson 2009). Em oposição, outros autores preferem considerar vários graus de obesidade do médio para o severo (Dilley, Martin, Sullivan, Seshadri, & Binns, 2007) dado ser pouco provável que a expressão “em risco de excesso de peso” leve à mudança de comportamento num contexto em que é emergente combater a epidemia. Outra perspetiva, considera que a categoria “excesso de peso” tende a uniformizar e deturpar a realidade (Berg, 2004), pois a adiposidade está mais claramente associada aos problemas de saúde do que ao peso *per si* (Berg, 2004). De facto, apesar de haver uma relação entre risco cardiovascular e o IMC, cerca de 50% dos indivíduos em risco de excesso de peso, não têm fatores de risco cardiovascular, enquanto 25% das crianças magras o têm (Freedman et al., 2007). Há ainda um comité de especialistas focado na prevenção, avaliação e intervenção da obesidade (Barlow, 2007) que sugere para além da avaliação do risco médico presente e futuro, a avaliação dos comportamentos alimentares e de atividade física de risco.

¹⁴ *International Obesity Task Force*. Para mais informação consulte, Lobstein, Baur & Uauy (2004). Obesity in children and young people: a crisis in public health. *Obesity reviews*, 5 (1), 4-85.

Intervenção

A intervenção na obesidade pediátrica é um grande desafio da prática clínica e da investigação, dada a falta de evidências científicas sobre qual o melhor método (Finkelstein and Trogon 2008; Whitlock, O'Connor et al. 2008; Luttikhuis, Baur et al. 2009). No entanto, estudos de revisão mostram que a combinação de intervenções cognitivo-comportamentais no estilo de vida, comparativamente à intervenção habitual ou à autoajuda, pode reduzir de forma significativa e clinicamente relevante a prevalência de excesso de peso em crianças e adolescentes (Wilfley, Stein et al. 2007; Tsiros, Sinn et al. 2008).

Especialistas da *Endocrine Society* recomendaram três tipos de abordagens clínicas para a prevenção e intervenção na obesidade (August, Caprio et al. 2008): a **modificação intensiva do estilo de vida** (MEV - alimentação, atividade física, comportamento sedentário, mudança de comportamento e envolvimento parental) como pré-requisito a qualquer tipo de intervenção; a **farmacoterapia** (sempre combinada com modificação do estilo de vida) em crianças obesas cuja intervenção MEV tenha falhado ou em crianças com obesidade severa cujas comorbilidades persistam após a MEV (embora nesta abordagem devam ser cuidadosamente ponderados os potenciais efeitos adversos); e a **cirurgia bariátrica** apenas para adolescentes com um IMC de 40 Kg/m² a 50 Kg/m² com severas comorbilidades, quando a terapia de MEV e farmacológica falharam, sendo cuidadosamente selecionados e assistidos por equipas multidisciplinares altamente especializadas. A maioria da investigação sobre a intervenção na obesidade pediátrica ignora a distinção entre adolescentes e crianças. Contrariando esta tendência uma revisão sobre intervenções entre 1982 e 2006 apenas com jovens dos 12 aos 19 anos (Tsiros et al., 2008) concluiu que: não há certeza da eficácia e segurança da terapia medicamentosa ou cirúrgica; as intervenções na atividade física e alimentação registam melhorias a curto-prazo; e as intervenções psicológicas (quer comportamentais quer cognitivas) são a forma mais eficaz de alcançar a mudança de estilos de vida necessários para manter a saúde. No entanto, há necessidade de realizar de estudos de longo-prazo para reforçar as evidências de que as

estratégias comportamentais e cognitivo-comportamentais combinadas com a abordagem na alimentação e atividade física podem ajudar na redução da obesidade.

Uma revisão das intervenções cognitivo-comportamentais, em contexto escolar ou de cuidados de saúde especiais, com crianças e adolescentes obesos dos 5 aos 18 anos, mostrou que estas podem ter resultados a curto-prazo, estando associadas à perda de peso relativa ou absoluta moderada, mas que varia com a intensidade e contexto da intervenção (Whitlock et al., 2008). Outra revisão recente (entre 1985 e maio de 2008) concluiu que a intervenção combinada nos comportamentos do estilo de vida produz redução significativa do excesso de peso em crianças e adolescentes (Luttikhuis, Baur et al. 2009). Reconhece, no entanto, que são necessários estudos de elevada qualidade que incluam os determinantes psicossociais da mudança comportamental, estratégias para melhorar a interação entre os clínicos e a família, e programas de baixo custo para os cuidados de saúde primários e comunitários. A avaliação da eficácia das intervenções no "mundo real", reconhecendo a impossibilidade do controlo rigoroso das variáveis estranhas e do uso de estudos controlados estandardizados com grupo de controlo, pode seguir a seguinte estrutura (Lobstein 2004): a) uma avaliação formativa inicial para estabelecer objetivos claros e praticáveis; b) uma avaliação das necessidades com revisão de literatura; c) uma definição de critérios de avaliação da intervenção e de descrição dos processos durante a implementação; d) uma avaliação do impacto para avaliar o alcance de objetivos específicos (por exemplo, mudanças nos comportamentos de atividade física); e) uma avaliação dos resultados para medir efeitos a longo prazo.

Recomendações para a intervenção

As recomendações para a obesidade pediátrica foram revistas recentemente pelo comité de especialistas investigadores e clínicos (Barlow, 2007). Elaborou-se um modelo de análise para uma avaliação, prevenção e intervenção precoce universais para todos os pacientes, que inclui todas as fases do atendimento, desde o peso normal e baixo risco, até à obesidade grave, operacionalizando a prevenção, avaliação e intervenção na

obesidade pediátrica determinando as medidas progressivamente mais intensas de acordo com a idade, risco e gravidade do excesso de peso. De acordo com os diversos estágios o comitê de especialistas definiu recomendações específicas sobre a prevenção e intervenção no excesso de peso e obesidade nas crianças e adolescentes (ver algumas na Tabela 1).

Tabela 1. Recomendações de prevenção e intervenção no excesso de peso e obesidade em crianças e adolescentes (adaptado de Barlow, 2007)

Recomendações para a Prevenção	
Intervenção ao nível do paciente	Intervenção ao nível comunitário
<p>. Todos os profissionais dos cuidados de saúde devem aconselhar crianças entre 2-18 anos com percentil de IMC 5-84 a:</p> <p>(a) Minimizar as bebidas açucaradas (b) Encorajar alimentação com porções de frutos e vegetais recomendadas (5/dia) (c) Limitar o tempo de ecrã até 2 horas por dia, e retirar TV e PC do quarto de dormir (d) Comer o pequeno-almoço diariamente (e) Limitar refeições em restaurantes, principalmente de <i>fast food</i> (f) Encorajar refeições em família (g) Limitar o tamanho das porções</p> <p>2. Providenciar aconselhamento à família para adotar os seguintes comportamentos:</p> <p>(a) Comer alimentos ricos em cálcio e ricos em fibra (b) e ricos em fibra (c) Alimentação equilibrada em macronutrientes (energia das gorduras, carboidratos e proteínas) (d) Iniciar e manter o leite materno (e) Praticar 1 hora de atividade física moderada-a-vigorosa/dia para crianças com peso normal (os 60 minutos podem ser acumulados ao longo do dia; essas atividades devem ser divertidas para a criança) (f) Limitar o consumo de alimentos com elevada densidade energética</p>	<p>1. Os profissionais dos cuidados e organizações de saúde devem:</p> <p>(a) Exigir ao governo local promover a atividade física nas escolas através de programas do 1º ao último grau de ensino e através da criação de um ambiente escolar que suporte a atividade física em geral (b) Suportar os esforços de preservar e melhorar os parques e áreas de atividade física, informar sobre as iniciativas de desenvolvimento local de inclusão de caminhos pedonais e ciclovias e promover o uso dos locais pelas famílias através de publicidade disponibilizar nos consultórios médicos</p> <p>2. Uso de determinadas técnicas pelos profissionais de saúde que possam suportar a prevenção da obesidade no contexto clínico, escolar e comunitário:</p> <p>(a) Envolver ativamente a família com obesidade parental ou diabetes materno, porque essas crianças têm risco acrescido de desenvolver obesidade mesmo com IMC atual normal (b) Encorajar nos pais um estilo autoritativo (ambos os pais são exigentes e responsáveis, dando suporte motivacional e tangente) que facilite o aumento de atividade física e reduza o sedentarismo (c) Desencorajar um estilo parental restritivo (que envolve uma pesada monitorização e controlo do comportamento da criança) em relação à sua alimentação (d) Encorajar os pais a modelar a alimentação/porções saudáveis, a atividade física e a limitar o tempo de TV (e) Promover a atividade física na escola e nos contextos onde a criança (ex: programas de ATL) perguntando às crianças e pais pelas atividades nesses contextos durante as visitas de rotina ao consultório</p>

Estas recomendações são baseadas em julgamentos clínicos devido às limitações das evidências científicas. As crianças cujo IMC se mantêm estável entre os percentis 85-94 ao longo do tempo, e que não têm riscos médicos, podem ter um baixo risco de excesso de gordura corporal. Neste caso, os médicos podem continuar com as estratégias de prevenção da obesidade e não avançar para o próximo estágio de intervenção (Spear et al., 2007). Salva-guarde-se que todos os adolescentes devem ser avaliados sobre eventuais sintomas de perturbações do comportamento alimentar, uma vez que segundo o *Youth Risk Behavior Surveillance Survey*, 15% dos adolescentes tem comportamentos alimentares não saudáveis. Se a perda de peso média for superior 0,91Kg/semana, em qualquer faixa etária, é

importante avaliar eventuais restrições excessivas de energia orientada pelos pais ou realizada pela própria criança/adolescente, ou o recurso a estratégias de perda de peso não saudáveis como, o saltar refeições, vômito, uso de laxantes/diuréticos, jejum, exercício excessivo ou suplementos de emagrecimento (Spear et al, 2007).

Aspetos psicossociais da intervenção

O reequilíbrio da “balança energética” implica inverter a relação - mais consumo do que dispêndio de energia corporal - característica do excesso de peso e obesidade. Isto implica necessariamente intervir nas causas multifatoriais da obesidade que podem ser genéticas, biológicas, psicológicas, socioculturais e ambientais, que ainda se relacionam entre si (IASO, 2002). No entanto, os fatores ambientais, o estilo de vida preferido, o contexto interpessoal e a cultura parecem ter o principal papel no aumento da obesidade no mundo (Dehghan et al., 2005). Segundo a OMS a obesidade nos adolescentes resulta da conjugação de três principais fatores interrelacionados: o exercício, a nutrição e a saúde mental e, num segundo plano, de fatores socioeconómicos, ambientais e socioculturais (WHO, 2006). Os adolescentes estão rodeados por um “ambiente tóxico” que simultaneamente restringe a mobilidade e estimula o elevado consumo de energia. O nível socioeconómico baixo expõe o jovem a um ambiente insalubre em casa e na comunidade, com menor acesso à educação e saúde, a escolhas alimentares saudáveis e a oportunidades de prática desportiva. A baixa saúde mental, favorecida pela “epidemia do juízo corporal” disseminada pelos media, pelos pares e sociedade em geral, aumentam a vulnerabilidade do jovem para iniciar ou agravar um excesso de peso. Uma revisão sistemática para identificar fatores de risco para a obesidade pediátrica concluiu que o índice de gordura dos pais, os fatores sociais, o peso à nascença, a taxa de crescimento/maturação, a inatividade física, a alimentação e outros fatores comportamentais ou psicológicos, contribuem todos para o aparecimento da obesidade (Pearson, Power, Logan & Summerbell, 1999). A etnia e as carências socioeconómicas são também determinantes importantes do desenvolvimento da obesidade, assim como as dificuldades físicas ou de aprendizagem, as necessidades

educativas especiais, aumentam a vulnerabilidade para o excesso de peso. A adolescência, ao acumular fatores de morbidade associados à obesidade nos adultos, é um dos períodos mais vulneráveis para o desenvolvimento do excesso de peso e obesidade (Lobstein, et al. 2004). Por outro lado, as consequências mais imediatas da obesidade nesta idade parecem ser psicológicas e sociais. Reconhecendo-a como uma fase emergente na promoção da autonomia, um investimento na prevenção e intervenção nesta população, com vista à promoção de estilos de vida mais saudáveis, assentes num maior bem-estar psicológico e social, representa uma oportunidade e uma responsabilidade da sociedade.

A Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde (WHO, 1986) aponta a necessidade de múltiplos níveis de intervenção, múltiplas áreas de ação e de formas de envolvimento e participação para o combate à epidemia da obesidade. Focaremos essencialmente o nível de intervenção individual, interpessoal, explorando os fatores psicossociais com elevado impacto no controlo do peso de forma saudável e na manutenção de um peso e estilo de vida saudáveis.

Fatores comportamentais “chave”

A atividade física, a alimentação e o comportamento sedentário são os “comportamentos-chave” do estilo de vida saudável que previnem o excesso de peso, promovem ou mantêm o peso saudável. O potencial efeito cumulativo dos três comportamentos sobre o risco da obesidade e outras doenças crónicas são de vital importância para a saúde pública. São muitos os adolescentes que não conseguem satisfazer as múltiplas recomendações para uma dieta saudável e níveis suficientes de atividade física e mínimos de consumo de ecrã que garantam benefícios de saúde (Pearson, Atkin et al. 2009; Pearson, Timperio et al. 2009). Nas últimas décadas a comida tornou-se mais acessível a um maior número de pessoas, o seu preço diminuiu substancialmente relativamente ao salário e o conceito de “comida” como um meio de nutrição, transformou-se, representando mais uma marca do estilo de vida e uma fonte de prazer (Dehghan et al., 2005). Por outro lado, o declínio da atividade física e o

aumento do comportamento sedentário em todos os grupos etários vem agravar fortemente o desequilíbrio energético (Biddle and Mutrie 2008).

Um estudo americano avaliou o nível de cumprimento das recomendações para a alimentação, exercício e tempo de ecrã dos adolescentes dos 12 aos 19 anos, antes da publicação/divulgação das mesmas através de dados do NHNE de 1999-2002 (Foltz, Cook et al. 2011). As recomendações diárias de ≥ 5 porções de fruta/vegetais, < 2 horas de tempo de ecrã, > 1 hora de atividade física, e 0 de bebidas açucaradas (constituindo a fórmula diária de: 5-2-1-0) apenas eram totalmente cumpridas por 0,4% da população contra 41% que não cumpria nenhum objetivo. Apenas 9% consumia ≥ 5 frutas/vegetais, 27% relataram < 2 horas de tempo de ecrã, 32% praticavam > 1 hora de atividade física e 14% não consumia bebidas açucaradas por dia. A análise das minorias étnicas/raciais e do estatuto socioeconómico mais baixo, revelou valores ainda mais distantes das metas (Foltz, Cook et al. 2011). Dados do HBSC desde 1998 a 2010 mostram a evolução destes comportamentos nos adolescentes de quatro em quatro anos, verificando-se a manutenção dos valores de atividade física, mas um claro agravamento do comportamento sentado, devido ao tempo ao computador (e não ao tempo a ver televisão que diminuiu). Por outro lado, a ingestão de doces e refrigerantes manteve-se, assim como a dieta (Matos, Simões et al. 2006; Matos, Simões et al. 2010).

Fatores psicológicos e sociais

A relação entre a obesidade e as variáveis psicológicas e sociais é extremamente complexa, pois estas podem ser desencadeadoras da obesidade, podem ser uma consequência da obesidade, podem estar associadas à obesidade e podem ainda afetar a própria intervenção na obesidade (Hassink 2007). Este facto é facilmente justificado quando se considera que a complexidade da regulação energética depende da capacidade de autoregular o comportamento alimentar, a fome, os estados emocionais, as interações com o ambiente (claramente obesogénico), a capacidade de equilibrar a atividade com a inatividade física, e que todos estes fatores se tornam mais vulneráveis quando a saúde mental e social está diminuída. Um modelo explicativo da relação complexa entre

obesidade e stress psicossocial, considera que os determinantes da obesidade que podem coexistir são: pobreza, negligência parental, stress social, desregulação alimentar, baixa autoestima e depressão. Os mediadores psicológicos que influenciam a gravidade do problema são: depressão, ansiedade, perturbação bipolar, défice de atenção e perturbação de oposição/desafio, por um lado, e a compulsão alimentar, *bullying*, baixa qualidade de vida, e stress psicossocial da família, por outro. Finalmente as consequências psicológicas do problema são a depressão, a baixa autoestima e o isolamento (Hassink, 2007). Vários estudos mostram o poder dos determinantes da obesidade deste modelo (Hassink, 2007). Por exemplo, a falta de suporte parental, pode provocar estados emocionais negativos que facilmente influenciam o balanço energético através de comportamentos como a compulsão alimentar e a inatividade física ou mesmo alterando o equilíbrio hormonal que influencia o armazenamento de gordura. De fato, a reação fisiológica ao stress aumenta a produção de cortisol, o que altera a homeostasia da glicose, que por sua vez, pode afetar o comportamento alimentar ao nível do sistema nervoso central numa tentativa de inverter os efeitos induzidos pelo stress (Dallman, Pecoraro et al. 2003). Vítimas de um estereótipo que os considera “preguiçosos, feios e pouco espertos” (Neumark-Sztainer, Story, French, 1997), as crianças e adolescentes com excesso de peso são alvo de estigmatização e discriminação em diversos contextos de vida. As consequências psicológicas negativas no bem-estar tem sido alvo de crescente investigação (Goodman and Whitaker 2002; Erermis, Cetin et al. 2004; Swallen, Reither et al. 2005; Wardle and Cooke 2005), nomeadamente, a insatisfação com o corpo, a baixa autoestima e depressão ou falta de bem-estar emocional. Estas consequências são mais evidentes em amostras clínicas de sujeitos com excesso de peso em tratamento, tipicamente com menor bem-estar psicológico quando comparadas com amostras populacionais com excesso de peso e com peso normal (Velooso et al., 2012). No entanto, estudos comunitários sugerem que, apesar de níveis moderados de insatisfação com o corpo, algumas crianças obesas estão deprimidas ou sofrem de baixa autoestima (Warde & Cooke, 2005). A falta de autoestima mostra muitas vezes uma relação direta com a obesidade, no

entanto, os efeitos são quase sempre moderados, raramente fora do intervalo de normalidade (Warde & Cooke, 2005). Os potenciais fatores de risco são semelhantes aos dos jovens que possuem apenas insatisfação com o corpo. Ou seja, ser adolescentes (vs. ser criança), pertencer a uma amostra clínica (vs. amostras da comunidade), ser rapariga (vs. ser rapaz) e ser de etnia Caucasiana (vs. Hispânica ou Afro-americana).

Neste sentido, Warde e Cooke (2005) apresentam as implicações para a intervenção resultantes da relação entre obesidade pediátrica e imagem corporal, autoestima e depressão e as prioridades futuras da investigação (p.436-437): “a) A capacidade de resiliência das crianças e jovens obesos pode explicar-se pelo apoio da família e amigos que reforçam a crença de que o impacto da sua aparência é menos grave do que a visão dos outros, mas esta área está pouco estudada; b) a persistência do mito de desajustamento psicológico nas crianças obesas pode estar a ser reforçado pelos médicos que só lidam com os sujeitos com problemas de peso que estão mais “afritos”, levando-os a acreditar que a depressão se associa à obesidade, pois de fato, nós vemos os problemas que esperamos ver; c) as principais implicações para a prática clínica são a necessária avaliação objetiva da depressão e autoestima e, na presença de depressão, exigir intervenção adequada sem a considerar uma consequência da obesidade; d) maior atenção à sensibilidade de crianças e adolescentes às provocações depreciativas especialmente relacionadas com o peso; finalmente, e) os programas de intervenção devem incluir estratégias para melhorar e proteger a autoestima dos jovens”

Os mesmos autores sugerem ainda implicações para a investigação futura, como o identificar os mecanismos que protejam o bem-estar psicológico e efetuar estudos de intervenção, visando potenciais moderadores e mediadores para avaliar a sua importância relativa. Identificar os preditores da prevalência e incidência de distúrbios alimentares (compulsão alimentar e comportamentos extremos de controle de peso) entre os adolescentes com excesso de peso é relevante para clarificar este fenómeno.

Um estudo longitudinal mostrou que os fatores de risco em ambos os sexos incluíam: a exposição a formas de perda de peso dos artigos de revistas,

bem como atribuição de maior importância ao peso e ter comportamentos não saudáveis de controlo de peso (Neumark-Sztainer, Wall et al. 2009); por outro lado, os fatores de proteção eram: a ligação com a família, a satisfação com o corpo, e refeições familiares regulares, embora houvesse algumas diferenças de preditores da prevalência (total de casos) *versus* da incidência (novos casos) dos distúrbios alimentares. Constata-se a necessidade de intervir nos adolescentes com excesso de peso no sentido de diminuir ou prevenir os distúrbios alimentares, nomeadamente incluir estratégias para promover as relações familiares positivas, a saúde psicológica e as refeições regulares em família, e diminuir a ênfase no peso que favorece os comportamentos não saudáveis de controlo de peso (Neumark-Sztainer et al., 2009).

Relativamente aos fatores sociais que influenciam o excesso de peso e obesidade nos adolescentes a literatura científica mostra quanto são negativos os comentários depreciativos relacionados com o peso (e.g. a provocação) ou uma maior preocupação com o peso, quer da parte da família quer dos pares, aparecendo relacionados com alguma psicopatologia, nomeadamente, os distúrbios do comportamento alimentar e a compulsão alimentar (*binge eating*) nos jovens (Neumark-Sztainer, Falkner et al. 2002; Eisenberg, Neumark-Sztainer et al. 2003; Hayden-Wade, Stein et al. 2005; Libbey, Story et al. 2008).

A relevância da família no contexto do excesso de peso e controlo do peso nos adolescentes foi explorada num outro estudo longitudinal que, considerando as diferenças entre géneros, encontrou fatores pessoais, comportamentais e sócio-ambientais na linha-de-base que previam o excesso de peso para ambos os sexos após 5 anos (Haines, Neumark-Sztainer et al. 2007): insatisfação corporal e preocupação com o peso, dieta e comportamentos não saudáveis de controlo de peso, menor regularidade do pequeno almoço, níveis mais elevados de provocações relacionadas com o peso, comportamento e preocupação dos pais relacionada com o peso. Estes fatores de risco alertam para a importância de intervir na promoção da satisfação dos adolescentes com o corpo e treino de

competências alternativas à dieta, como comportamentos de controlo do peso saudáveis (Haines et al., 2007).

A procura de clarificação da influência parental para ajudar a planear intervenções cada vez mais eficazes, concluiu que os adolescentes com a perceção correta da importância do estatuto do peso para a mãe têm mais frequentemente desejo de ser magros e recorrem mais a dietas (Field, Austin et al. 2005). No mesmo sentido estão os estudos sobre a provocação a respeito do peso e sua relação com a obesidade e prejuízo na saúde. Os adolescentes vítimas de provocação a respeito do peso, quer da parte da família quer da parte dos pares, têm maior risco de pensamentos e comportamentos típicos dos distúrbios alimentares e de morbilidades psicológicas, tais como depressão, ansiedade, raiva e falta de autoestima (Libbey, Story et al. 2008). Quanto mais incomodados são com este tipo de provocação, mais valorizam a magreza, maior é a sua ansiedade, a baixa autoestima e mais a sua autoavaliação é influenciada pelo peso e forma corporal, podendo ainda sofrer mais frequentemente de compulsão alimentar e sintomas depressivos. Os profissionais de saúde devem incentivar os pais e os jovens a falar sobre as preocupações com as provocações. Além disso, os pais, as escolas e as comunidades devem considerar a promulgação de políticas para reduzir ou proibir a provocação. É necessário explorar melhor as relações entre provocação e funcionamento psicológica em investigações futuras (Libbey, Story et al. 2008). Finalmente, os estudos sobre a influência dos pares no excesso de peso na adolescência (Trogon, Nonnemaker et al. 2008) mostram que o peso médio dos pares está correlacionado com o peso do adolescente avaliado com excesso de peso, mesmo depois de controlar os grupos de pares endógenos (definindo o grupo de pares endógeno como o grupo de amigos nomeados da mesma escola), mas o impacto do peso dos pares é maior nas raparigas e nos adolescentes com elevado IMC (Trogon et al., 2008). O IMC dos amigos próximos está correlacionado com um maior IMC nos adolescentes entrevistados, mesmo depois de controlar variáveis demográficas e da família; por outro lado, os adolescentes são mais sensíveis ao IMC dos amigos do mesmo sexo (Renna, Grafova & Thakur,

2008). Apesar de serem mais fortes as correlações na extremidade superior da distribuição do IMC, a relação de IMC com os pares é moderada ao longo de quase toda a escala do IMC dos adolescentes, tornando-se robusta quando se inclui a pertença à mesma escola, mesmo controlando a raça, sexo e idade (Halliday & Kwak, 2009). Sendo a maioria das refeições tomadas em contexto social procurou-se estudar a influência dos pares na ingestão do lanche de acordo com o estatuto de peso destes (Salvy, Romero et al. 2007). Concluiu-se que as raparigas com excesso de peso tendem a consumir mais calorias quando lancham com pares com o mesmo peso do que com pares de peso normal; as raparigas de peso normal consomem a mesma quantidade, quer lanchem com pares com excesso de peso ou “magros”; o modelo de regressão melhorava quando se entrava com o tipo de ingestão dos pares, reforçando esta influência (Salvy et al., 2007). Estes dados reforçam a importância em considerar as múltiplas influências sociais na criação de políticas de prevenção do excesso de peso para os adolescentes (Trogon et al., 2008; Halliday & Kwak, 2009). No entanto, apesar destas correlações entre o IMC dos adolescentes e seus pares, esta relação não pode, nem tem intenção de resolver completamente a existência de efeitos entre pares endógenos (Trogon et al., 2008).



Um modelo da mudança comportamental para a saúde

A principal causa da obesidade em qualquer idade é o balanço energético positivo (i.é, o facto de o consumo ser superior ao gasto calórico). Neste sentido, o comportamento de atividade física, o padrão alimentar e a sua mudança continuam a ser a questão central quer na etiologia, quer na prevenção e na intervenção no excesso de peso (Heinberg and Thompson 2009). A mudança cognitivo-comportamental é uma das principais tarefas aplicadas dos psicólogos, na medida em que os comportamentos individuais disfuncionais podem levar a problemas de saúde num grupo, numa sociedade e até mesmo no mundo (Tobias 2009). Um modelo que tem vindo

a ser apoiado por um crescente corpo de pesquisas como tendo poder explicativo dos mediadores da mudança de comportamento e sua manutenção no contexto da perda e manutenção do peso (Williams, Grow et al. 1996), é a chamada **Teoria da Autodeterminação** (TAD) (Deci and Ryan 1985). A TAD é uma teoria empírica da motivação, desenvolvimento e bem-estar dos seres humanos, que destaca a importância dos recursos internos para o desenvolvimento da personalidade e do comportamento de autoregulação (Ryan and Deci 2000). De acordo com a TAD, os seres humanos podem ser pró-ativos e empenhados, ou pelo contrário, passivos e alienados, em função das condições sociais em que funcionam e se desenvolvem.

Ao procurar compreender os fatores contextuais e sociais que facilitam os processos naturais de automotivação e desenvolvimento psicológico saudável, a TAD salientou a existência de três **necessidades psicológicas básicas**, competência, autonomia e relações positivas, que quando satisfeitas, aumentam a automotivação e saúde mental e, quando insatisfeitas, levam à falta de motivação ou de bem-estar (Ryan & Deci, 2000). A **competência** refere-se ao sentimento de eficácia pessoal nas interações com o ambiente, exprime-se pela tendência para o desafio, para a exploração do meio e seu domínio contribuindo para o desenvolvimento de capacidades que permitem maior adaptação às mudanças complexas do mundo (Ryan & Deci, 2000). Não é a competência adquirida, mas antes o sentimento de confiança na realização de uma ação. Quando as pessoas têm poucas oportunidades de explorar o meio e a sua percepção de competência é pouco reforçada, é provável que o seu funcionamento seja menos adaptativo. A **autonomia** refere-se à percepção de liberdade de escolha, autoria pelo seu próprio comportamento, vontade própria nas decisões, agir de acordo com o interesse próprio e valores integrados (Deci, 1975). É o oposto de heteronomia, ou seja, sentir-se compelido ou controlado, mas diferente de independência, que significa não confiar em influências ou fontes externas. A **relação positiva**, relacionamento positivo ou "necessidade de pertença", refere-se ao sentimento de estar em contacto com os outros, cuidando e sendo-se cuidado pelos outros, sentimento de

pertença a grupos de indivíduos e a uma comunidade; é a tendência para formar ligações interpessoais fortes e estáveis (Baumeister & Leary, 1995; Bowlby, 1979, Ryan & Deci, 2000). Refere-se à tendência na vida para a integração, para estar em contacto e sentir-se integralmente aceite pelos outros (Ryan & Deci, 2000). Um dos maiores contributos da TAD foi a conceptualização da natureza da “motivação ótima” e as condições gerais que suportam ou minam essa mesma motivação, analisando-a em termo de “qualidade” e não de “quantidade”. Definida como a intensidade, direção e persistência do esforço face um determinado objetivo, a motivação assume enorme relevância para aqueles que assumem papéis que envolvem mobilizar os outros para a ação, como os gestores, os professores, os treinadores, os técnicos de saúde e os pais. As pessoas podem ser levadas a agir por diferentes tipos de razões, com elevada variedade de consequências e experiências, por exemplo, podem ser motivadas porque valorizam uma atividade ou porque existe uma forte pressão externa para a realizarem (Ryan & Deci, 2000). É nesta lógica que a TAD distingue: a **amotivação** (quando há falta de claras intenções para mudar, geralmente por baixa perceção de competência ou autoeficácia); a **motivação extrínseca** (quando o comportamento é realizado para obter um resultado que está separado da tarefa em si, por exemplo uma recompensa, e neste caso, o indivíduo experiência pouca ou nenhuma satisfação pela realização da mesma, sentido que o seu comportamento é controlado externamente); e a **motivação intrínseca** (realização de uma tarefa ou comportamento por vontade própria, porque a atividade é inerentemente divertida, agradável ou desafiadora) (Deci & Ryan, 1985; Ryan & Deci, 2000). Consensual entre diversos modelos teóricos a motivação intrínseca (MI) é vista como automaticamente autodeterminada, dado que a capacidade do indivíduo está totalmente ajustada às exigências da tarefa.

A distinção entre uma motivação autónoma e controlada é central na TAD, pois agir com total sentido de vontade e escolha porque a atividade é interessante ou pessoalmente importante, ao contrário de agir sentindo-se pressionado devido a uma exigência coerciva ou oferta sedutora, permite o preenchimento e satisfação das três necessidades psicológicas básicas

essenciais para o desenvolvimento e bem-estar (Ryan & Deci, 2000). A motivação é autónoma na medida em que a pessoa percebe um locus de causalidade interno (i.e., percebe-se como a fonte de iniciação e regulação do comportamento). A motivação é controlada na medida em que a pessoa age porque se sente pressionada ou compelida pelos outros ou por ela própria, e isso envolve a percepção de um locus de causalidade externo (Chirkov et al. 2003). A TAD foca-se nos processos através dos quais um comportamento não intrinsecamente motivado pode tornar-se completamente autodeterminado e nas formas como o ambiente social influencia esse processo. Neste sentido, se os contextos sociais em que os indivíduos estão integrados ou com os quais contactam são sensíveis às necessidades psicológicas básicas, então, permitem o desenvolvimento adequado e a expressão da natureza ativa, assimilativa e integrada dos indivíduos (Deci & Ryan, 2008b). Pelo contrário, os ambientes com controlo excessivo, com desafios não-ótimos e falta de contacto interpessoal positivo, perturbam as tendências naturais do indivíduo, resultando na falta de iniciativa e responsabilidade, e também em angústia e psicopatologia (Deci & Ryan, 2008a).

A investigação identificou três dimensões interpessoais que criam ambientes promotores da satisfação das necessidades psicológicas básicas (ver Tabela 2), simultaneamente facilitadores da regulação mais autodeterminada do comportamento, sentimento de bem-estar e saúde (Wilson et al. 2008).

Tabela 2. Estratégias contextuais promotoras das necessidades psicológicas básicas

O **suporte à autonomia** - implica que as figuras de autoridade (e.g. pais, professores, médicos, instrutores de exercício, nutricionistas) ouçam com empatia, fornecendo raciais para a mudança sem pressionar, proporcionando escolhas, reconhecendo que a mudança cognitivo-comportamental é exigente e desafiadora para os participantes;

A **estrutura** - exige que as figuras de autoridade forneçam *feedback* preciso e realista em relação ao resultado do comportamento e suas contingências;

O **envolvimento** - representa o compromisso genuíno das figuras de autoridade no apoio aos participantes e ao seu bem-estar.

Assim, atendendo à presença ou privação relativa da satisfação das necessidades psicológicas básicas dos indivíduos, os profissionais estão em melhores condições para diagnosticar as fontes de alienação vs. adesão, e facilitar a melhoria do desempenho e bem estar dos seres humanos. Este conhecimento é relevante também para os pais e educadores preocupados com o desenvolvimento cognitivo e da personalidade, porque aborda as condições que promovem a integração e regulação de comportamentos. A motivação parece ser a variável mais crítica na manutenção da mudança (Ryan & Deci, 2000).

Aplicação do modelo à prevenção e intervenção da obesidade pediátrica

A aplicação da TAD à prevenção e intervenção na obesidade e excesso de peso em crianças e adolescentes passa pela aplicação dos princípios, e especificamente das estratégias interpessoais aos diversos contextos onde a mudança ocorre, seja ela no consultório, na escola, ou em casa. De acordo com a TAD, a perda e manutenção do peso com sucesso poderá ocorrer quando as pessoas escolhem adotar uma determinada alimentação e prática de exercício porque, pessoalmente, valorizam a manutenção do peso perdido e seus benefícios na saúde (Silva et al. 2008). Deste modo, a TAD vai para além da visão comportamentalista, centrada no controlo do comportamento através do reforço e punição, e da tradição sociocognitiva, centrada na expectativa de resultado e aumento da autoeficácia, focando a qualidade da motivação ou seja a autonomia e a causalidade (Silva et al., 2008). É maximizando as possibilidades da pessoa experienciar autonomia, competência e relacionamento positivo no contexto dos cuidados saúde, que a autoregulação dos comportamentos saudáveis é mais provável que seja internalizada e a mudança de comportamento seja mantida (Williams et al. 1998). O clima que apoia a autonomia fornecido pela equipa de saúde, e as diferenças individuais na orientação para autonomia ou para o controlo na forma de levar a vida, pode influenciar a satisfação das necessidades psicológicas básicas (autonomia, competência e relacionamento positivo) do indivíduo, que por sua vez terão impacto sobre os comportamentos relacionados com a saúde e bem-estar, tais como a cessação tabágica, a

adesão a medicamentos prescritos, o maior consumo de frutas e legumes ou mais prática de atividade física (Sheldon, Williams et al. 2003). As intervenções na alimentação que permitem alguma liberdade de escolha, são um exemplo de aplicação deste modelo, pois estas mostram que a integração de estratégias que promovem a autonomia é possível. De fato, um estudo que comparou dois planos alimentares de 1500 Kcal/dia, um livre na escolha dum lanche até 150 calorias (que poderia incluir refrigerante), e outro restrito (que impedia esta escolha), concluiu não haver diferenças no alcance de perda de peso modesta em raparigas entre os 11 e 15 anos (Williams, Strobino et al. 2007). Neste contexto de combate ao excesso de peso a aplicação do modelo à promoção da atividade física visa a motivação para a prática explorando o carácter inerentemente gratificante da atividade física e exercício, como algo que gera uma sensação de bem-estar geral que contribui para a felicidade e vitalidade. Explorando várias formas de atividade física (desporto, exercício em contacto com a natureza), os autores apontam princípios da promoção da atividade física com impacto no bem-estar e saúde (Ryan et al., 2009)

A entrevista motivacional

A entrevista motivacional (EM) é um método diretivo, centrado no cliente, para aumentar a motivação intrínseca para a mudança explorando e resolvendo a ambivalência face à mudança de comportamento (Miller & Rollnick, 2002), visa um estilo de comunicação não avaliativo nem confrontativo, empático e encorajador, facilitador da abertura do cliente à mudança natural, ao estabelecer uma relação de igual para igual que permite que aquele se sinta confortável para exprimir todos os aspetos positivos e negativos do seu comportamento atual (Resnicow et al., 2002). A mudança de comportamento é negociada e não prescrita, sendo o conselho, a persuasão, e até o dar informação, estratégias que aumentam a resistência, mais do que facilitam a mudança (Miller & Rollnick, 2002). Algumas técnicas específicas são: a escuta reflexiva, o acompanhamento da resistência, o estabelecimento da agenda, a evocação de afirmações automotivadoras e a alteração do discurso interno. Ambas as abordagens são baseadas na suposição de que os seres humanos têm uma tendência

inata para o seu desenvolvimento pessoal em direção à integração psicológica, a EM fornece os fatores sócio-ambientais sugeridos pela TAD como promotores desta tendência (Markland et al., 2005). Esta abordagem representa um desafio para muitos dos profissionais de saúde, pois contrasta com o formato prescritivo, centrado no especialista e nos seus conhecimentos e experiência, usualmente utilizados nos contextos de saúde (Resnicow et al., 2002). Tal como a teoria da autodeterminação, a EM baseia-se na suposição de que os seres humanos têm uma tendência inata para o seu desenvolvimento pessoal em direção à integração psicológica, facilitando a satisfação das três necessidades psicológicas básicas (Markland et al., 2005). Este autor relaciona estas três necessidades com as estratégias interpessoais da TAD e os princípios da EM:

A **estrutura**, promotora da **competência**, relaciona-se com o apresentar informação clara e neutra acerca do comportamento e resultados, ajudar o jovem a desenvolver objetivos apropriados, dar *feedback* positivo e apoiar a autoeficácia;

suporte à autonomia, promotor da **autonomia**, relaciona-se com o evitar a pressão, acompanhar a resistência, explorar opções, encorajar o discurso de mudança, deixar o jovem tomar decisões/escolher acerca do que quer e como quer mudar;

envolvimento, promotor do **relacionamento positivo**, relaciona-se com o expressar empatia, explorar as preocupações do jovem, demonstrar compreensão da posição do jovem, evitar o julgamento ou culpa.

O fato de os adolescentes estarem numa fase de exploração e iniciação de comportamentos que comprometem a saúde; terem uma morbidade associada a fatores sociais e comportamentais (Matos et al., 2006; Currie et al, 2008); e lutarem por estabelecer uma identidade independente da família, pais e outros adultos, apresentando muita resistência às figuras de autoridade, procurando reforço e aprovação dos pares, sugere que uma intervenção motivacional breve no contexto dos cuidados de saúde se adequa claramente (Tober, 1991). Esta é uma oportunidade de promover o sentimento de autocontrolo do adolescente sobre a própria vida, que resolve

a habitual reação aos adultos e a falta de paciência dos jovens em dar atenção a assuntos pouco interessantes (como a saúde) com um modelo de intervenção motivacional breve, adequado à fase do seu desenvolvimento, às suas necessidades, circunstâncias e prontidão para a mudança (Tober, 1991).

Papel dos pais

A principal tarefa dos pais é transmitir valores e levar as crianças a integrar as regras necessárias ao pleno funcionamento em sociedade e simultaneamente incentivá-las a expressar e perseguir os seus próprios interesses e capacidades. Se isto acontece de forma ótima, a internalização é benéfica para a aprendizagem, bem-estar psicossocial e adaptação da criança (Joussement et al., 2008). Será possível facilitar a internalização, inclusive de atividades não intrinsecamente agradáveis (e.g. alimentação saudável, exercício físico) sem afetar a autodeterminação da criança? Segundo a TAD através da necessidade de autonomia, definida como um sentimento de liberdade para iniciar ou realizar comportamentos que compete com forças internas ou externas que influenciam os comportamentos; diferente de independência ou egoísmo, porque é uma vontade harmoniosa e um funcionamento integrado que contrastam com uma experiência controlada, em conflito ou alienada (Ryan & Deci, 2000). Apoiar a autonomia ou suporte autónomo refere-se ao apoio ativo da capacidade da criança para ter autoiniciativa e autonomia (Ryan et al., 2006) e é um dos três componentes-chave do sucesso parental (para além do envolvimento e estrutura). Para as atividades interessantes tudo o que há a fazer é evitar estratégias de controlo e deixar o processo de desenvolvimento da motivação intrínseca florescer. Em contraste, quando as tarefas em si não são agradáveis (e.g., comer vegetais) e para as quais é necessária internalização, apoiar a autonomia das crianças assume uma forma mais proactiva (Joussement et al., 2008). Na prática a estratégia assenta em quatro componentes: 1) justificar e explicar a necessidade de realização do comportamento; 2) reconhecer os sentimentos e a perspetiva da criança; 3) dar opções de escolha e incentivar a iniciativa; e 4) minimizar o uso do controlo. O **controlo psicológico**, é uma estratégia coerciva dos

pais para forçar a mudança da criança, pressionando-a para pensar, sentir ou comportar-se de formas particulares usando estratégias como, a indução da culpa, vergonha, afeto condicionado e invalidação dos sentimentos da criança, representando por isso uma ameaça para a internalização adequada (Soenens & Vansteenkiste, 2010). Pelo contrário, o **suporte à autonomia** pelos pais é percebido por adolescentes de várias culturas (Rússia, China e EUA) como associado à autorregulação eficaz e aos resultados positivos na escola (Joussement et al., 2008). A dicotomia entre promoção da independência vs. dependência e entre o suporte à autonomia vs. controlo psicológico parental resulta numa série de comportamentos dos pais importantes de considerar (Soenens & Vansteenkiste, 2010):

Os pais que promovem a independência e simultaneamente suportam a autonomia, permitem voluntariamente à criança tomar decisões independentes das suas, confiam o suficiente nos seus filhos para apoiar a sua genuína urgência por maior independência;

Os pais que promovem a independência, mas simultaneamente usam o controlo, são pais que encorajam a independência pressionando, não permitem à criança ser dependente, mesmo quando a criança pede orientação parental e culpam a criança por ser imatura quando pede apoio parental;

Os pais que promovem a dependência, mas simultaneamente suportam a autonomia, permitem aos seus filhos os pedidos genuínos por apoio e dependência sem implementar táticas de controlo, mas permitem à criança a dependência ao ponto desta fazer recair nos pais a sua responsabilidade pessoal;

Os pais que promovem a dependência e simultaneamente usam o controlo, mantêm a criança dentro de limites fechados assumindo uma atitude superprotectora, e quando a criança sai fora dessas fronteiras, induzem culpa e acusam a criança por não ser leal com os pais.

O modelo de estrutura multinível para o estudo dos comportamentos de saúde e da obesidade inclui o contexto social e biológico, como forma de ampliar os horizontes da ciência do comportamento em saúde pública

(Glass & McAtee, 2006). De facto, a promoção da saúde exige o apoio sério e contínuo ao bem-estar físico, psicológico e social das crianças e adolescentes (Gaspar, Matos, Pais, Leal & Aristides, 2009). Este estudo com 3195 alunos portugueses do 5º e 7º ano, mostrou que as variáveis psicossociais têm um forte impacto na qualidade de vida relacionada com a saúde. Concluiu, ainda, que são necessárias intervenções preventivas a todos os níveis, focadas nos mediadores que colocam a saúde e bem-estar das crianças e adolescentes em risco, para promover a saúde nestas idades e, simultaneamente, contribuir para a saúde pública (Gaspar et al., 2009). A mudança é muito complexa dado que necessita de um contexto facilitador, interpessoal e ambiental, que interage com as variáveis individuais internalizando os comportamento e o estilo de vida

Referências

- August, G. P., S. Caprio, et al. (2008). "Prevention and treatment of pediatric obesity: an endocrine society clinical practice guideline based on expert opinion." *J Clin Endocrinol Metab* 93(12): 4576-4599.
- Barlow, S. E. (2007). "Expert Committee Recommendations Regarding the Prevention, Assessment, and Treatment of Child and Adolescent Overweight and Obesity: Summary Report." *Pediatrics* 120: S164-S192.
- Baumeister, R. F., & Leary, M. R. (1995). The need to belong: Desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychological Bulletin*, 117, 497–529.
- Berg, F. (2004). *Underage and overweight: America's childhood obesity crisis - What every family needs to know*. New York: Hatherleigh Press.
- Biddle and N. Mutrie (2008). *Psychology of physical activity: determinants, well-being and interventions*. New York, Routledge.
- Blaine, B. E., J. Rodman, et al. (2007). "Weight loss treatment and psychological well-being: a review and meta-analysis." *Journal Health Psychology* 12(1): 66-82.
- Bowlby, J. (1997). *Attachment*. London: Pimlico.
- Byrne, S. M. and M. La Puma (2007). *Psychosocial aspects of childhood obesity. Children, obesity and exercise: prevention, treatment and management of childhood and adolescent obesity*. A. P. Hills, N. A. King and N. M. Byrne. London and New York, Routledge: 80-91.
- Chirkov, V., R. M. Ryan, et al. (2003). "Differentiating autonomy from individualism and independence: a self-determination theory perspective on internalization of cultural orientations and well-being." *J Pers Soc Psychol* 84(1): 97-110.
- Currie, C., S. N. Gabhainn, et al. (2008). *Inequalities in young people's health: international report from the Health Behaviour School Age Children 2005/06 survey, [Health Policy for Children and Adolescents, No.5; http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20080616_1 on 30 July 2009]*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe. Dallman, M. F., N. Pecoraro, et al. (2003). "Chronic stress and obesity: a new view of "comfort food"." *Proc Natl Acad Sci U S A* 100(20): 11696-11701.
- Daniels, J. (2006). "Obesity: America's epidemic." *Am J Nurs* 106(1): 40-49, quiz 49-50.
- Deci, E. and R. Ryan (1985). "Intrinsic motivation and self-determination in human behavior."
- Deci, E. L. (1975). *Intrinsic motivation*. New York: Plenum.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2008a). *Facilitating Optimal Motivation and Psychological Well-Being Across Life's Domains*. *Canadian Psychology*, 49(1), 14-23.

- Deci, E., & Ryan, R. (2008b). Self-Determination Theory: A Macrotheory of Human Motivation, Development, and Health. *Canadian Psychology*, 49(3), 182.
- Dehghan, M., Akhtar-Danesh, N. & Merchand, A. (2005). Childhood obesity, prevalence and prevention. *Nutrition Journal*. 4: 24.
- Dilley, K., Martin, L., Sullivan, C., Seshadri, R., & Binns, H. J. (2007). Identification of overweight status is associated with higher rates of screening comorbidities of overweight in pediatric primary care practice. *Pediatrics*, 119, e148-e155.
- Do Carmo, I., O. Dos Santos, et al. (2008). "Overweight and obesity in Portugal: national prevalence in 2003-2005." *Obes Rev* 9(1): 11-19.
- Eisenberg, M. E., D. Neumark-Sztainer, et al. (2003). "Associations of weight-based teasing and emotional well-being among adolescents." *Arch Pediatr Adolesc Med* 157(8): 733-738.
- Eremis, S., N. Cetin, et al. (2004). "Is obesity a risk factor for psychopathology among adolescents?" *Pediatr Int* 46(3): 296-301.
- Field, A. E., S. B. Austin, et al. (2005). "Weight concerns and weight control behaviors of adolescents and their mothers." *Arch Pediatr Adolesc Med* 159(12): 1121-1126.
- Finkelstein, E. P. and J. P. Trogdon (2008). "Public Health Interventions for Addressing Childhood Overweight: Analysis of the Business Case." *American Journal of Public Health* 98(3): 411.
- Flynn, M., D. McNeil, et al. (2006). "Reducing obesity and related chronic disease risk in children and young: a synthesis of evidence with 'best practice' recommend." *Obesity Review* 7(1): 7-66.
- Foltz, J. L., S. R. Cook, et al. (2011). "US adolescent nutrition, exercise, and screen time baseline levels prior to national recommendations." *Clin Pediatr (Phila)* 50(5): 424-433.
- Freedman, D. S., Z. Mei, et al. (2007). "Cardiovascular risk factors and excess adiposity among overweight children and adolescents: the Bogalusa Heart Study." *J Pediatr* 150(1): 12-17 e12.
- Gaspar, T., Matos, M.G., Ribeiro, J., Leal, I., & Ferreira, A. (2009). Health-related quality of life in children and adolescents and associated factors. *Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies*, 9(1), 33-48.
- Glass, T. A. & McAtee, M. J. (2006). Behavioral science at the crossroads in public health: extending horizons, envisioning the future. *Soc Sci Med*, 62(7), 1650-1671.
- Goodman, E. and R. C. Whitaker (2002). "A prospective study of the role of depression in the development and persistence of adolescent obesity." *Pediatrics* 110(3): 497-504.
- Haines, J., D. Neumark-Sztainer, et al. (2007). "Personal, behavioral, and environmental risk and protective factors for adolescent overweight." *Obesity (Silver Spring)* 15(11): 2748-2760.
- Halliday, T. J., & Kwak, S. (2009). Weight gain in adolescents and their peers. *Econ Hum Biol*, 7(2), 181-190.
- Hassink, S. G. (2007). *A clinical guide to pediatric weight management and obesity*, Lippincott Williams & Wilkins.
- Hayden-Wade, H. A., R. I. Stein, et al. (2005). "Prevalence, characteristics, and correlates of teasing experiences among overweight children vs. non-overweight peers." *Obes Res* 13(8): 1381-1392.
- Heinberg, L. J. and J. K. Thompson (2009). *Obesity in youth: causes, consequences, and cures*. Washington, DC, American Psychological Association.
- Joussemet, M., Landry, R. & Koestner, R. (2008). A Self-Determination Theory Perspective on Parenting. *Canadian Psychology*, 49(3), 194.
- Libbey, H. P., M. T. Story, et al. (2008). "Teasing, disordered eating behaviors, and psychological morbidities among overweight adolescents." *Obesity (Silver Spring)* 16 Suppl 2: S24-29.
- Lobstein, T. (2004). "The prevention of obesity in children." *Pediatr Endocrinol Rev* 1 Suppl 3: 471-475.
- Lobstein, T., L. Baur, et al. (2004). "Obesity in children and young people: a crisis in public health." *Obes Rev* 5 Suppl 1: 4-104.
- Luttikhuis, O., L. Baur, et al. (2009). Interventions for treating obesity in children, *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
- Markland, D., Ryan, R. M., Tobin, V. J., & Rollnick, S. (2005). Motivational interviewing and self-determination theory. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 24, 811-831.
- Matos, M. G., C. Simões, et al. (2010). *A saúde dos adolescentes Portugueses: Relatório final do Estudo HBSC 2010*. [The Portuguese Adolescent Health - Final Report of the HBSC study in 2010]. FMH/UTL. Lisboa.

- Matos, M. G., C. Simões, et al. (2006). [The health of Portuguese adolescents: today and in eight years. Preliminary report of 2005/06 HBSC survey <http://www.fmh.utl.pt/aventurasocial/%5D>. Preliminary report of 2005/06 HBSC survey. [<http://www.fmh.utl.pt/aventurasocial/>] and [http://www.fmh.utl.pt/aventurasocial/pdf/Relatorio_nacional_2006.pdf%5D]. Lisbon, FMH.
- Neumark-Sztainer, D., Story, M., French, S. A. & Resnick, M. D. (1997). Psychosocial concerns and health-compromising behaviors among overweight and non-overweight adolescents. *Obesity Research*, 5(3), 237–249.
- Neumark-Sztainer, D., N. Falkner, et al. (2002). "Weight-teasing among adolescents: correlations with weight status and disordered eating behaviors." *Int J Obes Relat Metab Disord* 26(1): 123-131.
- Neumark-Sztainer, D., M. Wall, et al. (2009). "Five-year longitudinal predictive factors for disordered eating in a population-based sample of overweight adolescents: implications for prevention and treatment." *Int J Eat Disord* 42(7): 664-672.
- Ogden, C. L., K. M. Flegal, et al. (2002). "Prevalence and trends in overweight among US children and adolescents, 1999-2000." *JAMA* 288(14): 1728-1732.
- Padez, C., T. Fernandes, et al. (2004). "Prevalence of Overweight and Obesity in 7–9-Year-Old Portuguese Children: Trends in Body Mass Index From 1970–2002." *American Journal of Human Biology* 16: 670–678.
- Pearson, N., A. J. Atkin, et al. (2009). "Patterns of adolescent physical activity and dietary behaviours." *Int J Behav Nutr Phys Act* 6: 45.
- Pearson, N., A. Timperio, et al. (2009). "Family influences on children's physical activity and fruit and vegetable consumption." *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity* 6(1): 34.
- Peebles, R. (2008). "Adolescent obesity: etiology, office evaluation, and treatment." *Adolesc Med State Art Rev* 19(3): 380-405, vii.
- Pietrobelli, A., M. C. Espinoza, et al. (2008). "Childhood obesity: looking into the future." *Angiology* 59(2 Suppl): 30S-33S.
- Power, C., Lake J. K., & Cole T. J. (1997). Measurement and long-term health risks of child and adolescent fatness. *Int J Obes*, 21, 507–526.
- Renna, F., Grafova, I. B., & Thakur, N. (2008). The effect of friends on adolescent body weight. *Econ Hum Biol*, 6(3), 377-387.
- Resnicow, K., Dilorio, C., Soet, J., Borrelli, B., Hecht, J., & Ernst, D. (2002). Motivational interviewing in health promotion: It sounds like something is changing. *Health Psychology*, 21, 444-451.
- Ryan, P. and K. J. Sawin (2009). "The Individual and Family Self-Management Theory: background and perspectives on context, process, and outcomes." *Nurs Outlook* 57(4): 217-225 e216.
- Ryan, R. M. and E. L. Deci (2000). "Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being." *Am Psychol* 55(1): 68-78.
- Salvy, S. J., N. Romero, et al. (2007). "Peer influence on preadolescent girls' snack intake: effects of weight status." *Appetite* 49(1): 177-182.
- Sheldon, G., G. C. Williams, et al. (2003). Self-determination theory in the clinic: motivating physical and mental health. New Haven.
- Silva, M. N., D. Markland, et al. (2008). "A randomized controlled trial to evaluate self-determination theory for exercise adherence and weight control: rationale and intervention description." 8(234).
- Sinha, A. and S. Kling (2009). "A review of adolescent obesity: prevalence, etiology, and treatment." *Obes Surg* 19(1): 113-120.
- Smolak, L. and J. K. Thompson (2009). Body image eating disorders, and obesity in youth: assessment, prevention, and treatment Washington, American Psychological Association.
- Spear, B. A., S. E. Barlow, et al. (2007). "Recommendations for Treatment of Child and Adolescent Overweight and Obesity." *Pediatrics* 120 (Supplement): S254-S288
- Soenens, B., & Vansteenkiste, M. (2010). A theoretical upgrade of the concept of parental psychological control: Proposing new insights on the basis of self-determination theory. *Developmental Review*, 30(1), 74-99.
- Sousa, J. (2010). Prevalência de Obesidade Infanto-Juvenil: associação com os hábitos alimentares, atividade física e comportamentos sedentários dos adolescentes escolarizados de Portugal. Dissertação desenvolvida no âmbito do doutoramento em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa. ENSP. 2010.

- Swallen, K. C., E. N. Reither, et al. (2005). "Overweight, obesity, and health-related quality of life among adolescents: the National Longitudinal Study of Adolescent Health." *Pediatrics* 115(2): 340-347.
- Tobias, R. (2009). "Changing behavior by memory aids: a social psychological model of prospective memory and habit development tested with dynamic field data." *Psychol Rev* 116(2): 408-438.
- Trogdon, J. G., J. Nonnemaker, et al. (2008). "Peer effects in adolescent overweight." *J Health Econ* 27(5): 1388-1399.
- Tsiros, M. D., N. Sinn, et al. (2008). "Treatment of adolescent overweight and obesity." *Eur J Pediatr* 167(1): 9-16.
- Veloso, S. M., Matos, M. G., Fonseca, H., Carvalho, M., Diniz, J. A., Palmeira, A. & Martins, S. (2012) Cross-sectional psychosocial differences between clinical and non-clinical samples of overweight adolescents, *The Archives of Exercise in Health and Disease, Vol 3, No1-2, 123-131*.
- Wardle, J. and L. Cooke (2005). "The impact of obesity on psychological well-being." *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab* 19(3): 421-440.
- Whitlock, E. A., E. P. O'Connor, et al. (2008). "Effectiveness of weight management programs in children and adolescents." *Evid Rep Technol Assess (Full Rep)*(170): 1-308.
- WHO (2009). *A snapshot of the health of young people in Europe*. Copenhagen: WHO.
- WHO (2006). *Addressing the socioeconomic determinants of healthy eating habits and physical activity levels among adolescents*. Genebre: WHO.
- WHO (1986). *The Ottawa Charter for Health Promotion*. Geneva: World Health Organization.
- Wilfley, D. E., R. I. Stein, et al. (2007). "Efficacy of maintenance treatment approaches for childhood overweight: a randomized controlled trial." *JAMA* 298(14): 1661-1673.
- Williams, C. L., B. A. Strobino, et al. (2007). "Weight control among obese adolescents: a pilot study." *Int J Food Sci Nutr* 58(3): 217-230.
- Williams, G. C., Z. R. Freedman, et al. (1998). "Supporting autonomy to motivate patients with diabetes for glucose control." *Diabetes Care* 21(10): 1644-1651.
- Williams, G. C., V. M. Grow, et al. (1996). "Motivational predictors of weight loss and weight-loss maintenance." *J Pers Soc Psychol* 70(1): 115-126.
- Wilson, P., D. Mack, et al. (2008). "Understanding Motivation for Exercise: A Self-Determination Theory Perspective." *Canadian Psychology* 49(3): 250.

Competências de vida e estilos de vida ativos

Luis Calmeiro

Ao longo da vida, os indivíduos passam por determinadas fases que envolvem diferentes formas de relação com o mundo, com os outros e consigo mesmos. A adolescência é um período da vida em que os jovens procuram assumir uma maior independência face aos pais, alguma irreverência face à autoridade dos adultos e onde as relações com os pares assumem gradualmente maior importância. É uma fase muito associada à experimentação e autodescoberta, pelo que os comportamentos de risco são mais frequentes. É também um período fundamental para a aquisição de competências de vida que ajudem os jovens a lidar com este período do desenvolvimento. A atividade física poderá ser um meio para ensinar aos jovens as competências pessoais necessárias para uma vida com sucesso. A aquisição destas competências de vida através da prática de atividade física são a base para a manutenção de estilos de vida ativos ao longo da vida. Para além disso, estas competências podem ser transferíveis para outros contextos de vida. Esta transferência não é, na maioria das vezes, automática, devendo ser planeada e orientada através de programas específicos. Neste artigo, esta relação entre competências de vida e estilos de vida ativos será refletida, analisando a sua pertinência para o sucesso dos indivíduos nos vários domínios da vida e providenciando exemplos de como a transferência de competências aprendida nos contextos de atividade física geral ou desportiva pode ser feita de uma forma intencional.

Competências de Vida Básicas

Promover competências de vida de uma forma eficaz implica conhecer as alterações por que os indivíduos passam ao longo do seu desenvolvimento. Em cada período da vida, as pessoas são confrontadas com desafios e tarefas particulares. Durante a infância, a perceção e compreensão do mundo social são grandemente influenciadas pela família. As crianças aprendem inicialmente a relacionar-se através da observação dos pais, interagindo entre eles e com outras pessoas, aprendendo os seus estilos relacionais e de vida. Tanto a componente verbal como a não-verbal da

comunicação interpessoal, o tipo de abordagem e de solução de conflitos, a capacidade de negociar, são competências que são aprendidas através de modelos parentais (Calmeiro & Matos, 2004). O comportamento social é formatado em função da avaliação do resultado das interações, o qual proporciona um importante feedback para o reforço ou extinção de futuras ações.

A fase da adolescência encerra em si os pressupostos subjacentes ao desenvolvimento de programas que visam o desenvolvimento das competências de vida (Dias, Cruz & Danish, 2001). As tarefas que se apresentam aos adolescentes consistem em adquirir competência, gerir emoções, tornar-se autónomo, estabelecer e desenvolver relações interpessoais mais maduras e desenvolver integridade pessoal (Danish, Fazio, Nellen & Owens, 2002). Ser-se adolescente significa aceitar, rejeitar ou modificar novos papéis assim como outros previamente adquiridos. Acompanhando as modificações biológicas (i.e., a puberdade), os adolescentes experimentam igualmente uma modificação da rede social, na qual os pares passam a ter uma forte influência (Dias et al., 2001). Assim, o início da separação emocional dos pais e a aquisição de uma identidade separada, a maturação das capacidades cognitivas (e.g., raciocínio moral), a focalização nas relações de pares em oposição as parentais, a transição para o trabalho adulto e o preenchimento de diferentes papéis na família, acarretam significativas alterações emocionais, cognitivas, interpessoais e sociais (Danish et al., 2002). Os vários contextos escolares e extraescolares onde os jovens se passam a movimentar com mais frequência, proporcionam inúmeras oportunidades de interação, aumentando a probabilidade de se envolverem em comportamentos de risco e enveredarem por estilos de vida pouco funcionais e comprometedores do bem-estar (Dias et al., 2001). Para ser bem-sucedidos, os adolescentes necessitam de adquirir as competências de vida necessárias para funcionar de uma forma eficaz na família, na escola ou na comunidade. Para tal, Danish et al. (2002) subscrevem ser desejável que, durante a adolescência, os indivíduos adquiram as seguintes características: (1) capacidade de processar informação proveniente de variadas fontes e comunica-la de uma

forma clara; (2) estar encaminhado para uma vida com significado, aprendendo e adaptando as aprendizagens a diferentes contextos educativos e laborais; (3) ser um bom cidadão através da participação em atividades comunitárias e a sentir empatia e preocupação pelo bem-estar dos outros; (4) ser um indivíduo ético, distinguindo o "bem" e o "mal" e agindo em conformidade, e (5) ser uma "pessoa saudável", do ponto de vista biopsicossocial.

Comportamentos de saúde e expectativas positivas de futuro

A promoção de comportamentos de saúde deverá encorajar a "cultura do *sim*", em oposição "à cultura do *não*", isto é, fornecer alternativas positivas aos comportamentos de "não fumar", "não beber", "não tomar drogas" (Matos, 2005). A manutenção de estilos de vida ativos, enquanto comportamento de saúde, poderá ser uma forma de proporcionar uma cultura alternativa à associada aos comportamentos de risco. Se os adolescentes tiverem opções de vida saudáveis e competências pessoais e sociais associadas ao sucesso, mais facilmente resistirão a comportamentos não-saudáveis. Os comportamentos de risco são mais prováveis de ocorrer em indivíduos que têm expectativas negativas, preocupando-se e investindo menos em termos de longo-prazo. Por conseguinte, desenvolver competências de vida significa promover expectativas num futuro mais positivo (Dias et al., 2001). Os modelos que melhor explicam a modificação de comportamentos envolvida na adoção e manutenção de um estilo de vida ativo, são os que se centram em parâmetros como a perceção de competência, autonomia e eficácia pessoais (Biddle, 1994). Os programas de promoção de competências pessoais assentam grandemente na melhoria da capacidade dos indivíduos para lidarem com variadas situações nos diversos domínios da vida. Procura-se ensinar a refletir e planear o futuro, ser-se autossuficiente mas, também, saber procurar relações de ajuda. O sucesso do desenvolvimento destas capacidades passa por se saber identificar, estabelecer e atingir objetivos, na medida em que estas competências promovem a perceção de controlo sobre a vida (Danish, Petitpas & Hale, 1992). As competências de

vida facilitam a percepção de controlo sobre o futuro, permitem encará-lo com confiança e desenvolver nos indivíduos uma atitude mais ativa, através da utilização de estratégias conducentes ao sucesso. Neste âmbito, a conceptualização de programas de intervenção deveria passar por ensinar os adolescentes a pensar sobre o futuro e a desenvolver confiança nele, a adquirir a percepção de controlo sobre si mesmos e o envolvimento, de forma a que os jovens possam tomar melhores decisões e tornarem-se melhores cidadãos (Danish et al., 2002). Dentro desta perspetiva, o Projeto Aventura Social (Matos 1998; Matos, e Equipa do Projeto Aventura Social, 2000) tem como objetivo geral ajudar adolescentes em risco a construir um projeto de vida com expectativas positivas no futuro. Trata-se de uma intervenção que tem por base o desenvolvimento de competências sociais e pessoais ensinando os jovens a

- (1) Identificar e utilizar componentes do comportamento aberto na comunicação interpessoal verbal e não-verbal;
- (2) Utilizar estratégias de identificação e solução de problemas e gestão de conflitos, e (3) gerir as emoções e identificar e utilizar comportamentos assertivos em diferentes contextos.

Competências de Vida e Atividade Física

Os períodos de transição associados as diferentes fases da vida apresentam dificuldades e desafios próprios que têm repercussões no modo de vida das pessoas. As modificações ecológicas estruturais típicas destas fases transacionais constituem fatores de risco na adoção e manutenção de estilos de vida saudáveis (Matos 1994; 1988; Matos, e Equipa do Projeto Aventura Social, 2000). Ingressar ou sair da escola, entrar na universidade, obter o primeiro emprego, o casamento, a maternidade/paternidade ou a reforma exigem um ajustamento a novas condições de vida, muitas vezes dificultando a adesão a estilos de vida ativos. Assim, o ensino de estratégias que preparem as pessoas para ultrapassar estas fases pode aumentar a probabilidade dos jovens virem a ser adultos ativos. Este cenário sugere a necessidade de um aprofundamento da noção de competência pessoal e

social e da sua aplicação direta à adoção de estilos de vida ativos o mais cedo quanto possível (Calmeiro & Matos, 2004).

A prática da atividade física, livre ou organizada, é propícia ao desenvolvimento de competências associadas à mestria, ao desempenho e ao sucesso. Através desta prática, os jovens aprendem a exercer controlo sobre o seu próprio comportamento e a utilizar estratégias que podem ser generalizados a outros contextos da vida (e.g., académico, relações sociais). Desta forma, as práticas de atividade física podem ser utilizadas como analogias para ensinar competências para uma vida bem-sucedida (Danish, Nellen & Owens, 1996; Danish et al., 2002; Dias et al., 2001).

Promover estilos de vida ativos implica mais do que simplesmente envolver os indivíduos em atividades físicas. Para que a prática de atividade física se torne um comportamento de saúde que possa ser mantido ao longo da vida, é necessário saber como fazer dela um hábito regular. Apesar de parecer razoável pensar-se que os hábitos de atividade física formados na adolescência possam ser transportados para a vida adulta, Smith e Biddle (1995) chamam a atenção para a escassez de evidências que consubstanciem claramente esta hipótese. A participação futura em atividades físicas está grandemente influenciada pela qualidade da experiência anterior. Experiências negativas como aborrecimento, falta de escolha, avaliações negativas dos pares conduzem a percepções de incompetência, falta de autonomia e reduzem a motivação intrínseca. No entanto, o desenvolvimento da percepção de competência é possível, mesmo em indivíduos menos hábeis, através de um clima orientado para a mestria. De acordo com Corbin (2002), uma autoestima positiva relacionada com a percepção de competência nas atividades motoras está relacionada com uma vida adulta ativa. Assim, Weiss (2011) sugere que o contexto de aprendizagem devesse ter uma estrutura apropriada para o desenvolvimento de experiências de sucesso, que proporcione o envolvimento em tarefas desafiantes, com uso de feedback informativo sobre o atual nível de competências e num envolvimento de suporte relacional com oportunidades para desenvolvimento da autonomia. Desta forma a atividade física poderá adquirir um significado pessoal e, como tal, as experiências poderão ser

refletidas e interiorizadas. Numa perspetiva educativa, não se deve esperar que a prática pura e simples da atividade física ou desportiva opere os seus benefícios. Pelo contrário, deve saber-se orientar e integrar a experiência dos jovens neste processo, isto é, ser-se ativo na busca destes benefícios.

Intervenção na escola

A implementação de programas que ensinem aos jovens como começar e manter uma atividade física regular devera constituir um dos objetivos educativos primordiais (Sallis & Owen, 1999). Depois da influência inicial da família, a escola tem sido entendida como um local de eleição para o estabelecimento de hábitos de atividade física (Smith & Biddle, 1995). A escola permite o acesso a um elevado número de jovens, inclui contextos institucionais de prática (i.e., Educação Física, Desporto Escolar) e constitui um local de excelência para intervenções de carácter educativo (Bailey, 2005; Eldar & Ayvazo, 2009) que facilitem a aquisição de competências de vida que possam ser transferíveis para outros domínios da vida (Weiss, 2011). O papel da Educação Física na promoção de estilos de vida saudáveis é também reforçado pelo facto de vários estudos indicarem que a educação para a saúde deve estar-lhe associada (Sallis et al., 1992; Luepker et al., 1996). Contudo, a avaliar pelas proporções epidémicas do sedentarismo, a Educação Física na escola parece ter um impacto limitado na promoção de estilos de vida ativos (Bailey, 2005; Kaplan, Sallis & Patterson, 1993). Várias são as razões que justificam tal perspetiva. Em primeiro lugar, os currículos atuais não têm sido eficazes a desenvolver estilos de vida que transformem as crianças em adultos ativos (Smith & Biddle, 1995), particularmente nas raparigas (Flintoff & Scraton, 2001). Acresce que, para a maioria dos alunos, a quantidade de atividade física proporcionada, apesar de importante, é insuficiente à luz das atuais recomendações (Kaplan et al., 1993). Em segundo lugar, à medida que os jovens avançam na sua carreira escolar, o apoio institucional à atividade física vai diminuindo. O número de hora atribuída à Educação Física no ensino secundário tem progressivamente sido reduzido e, ao nível do ensino superior, verifica-se uma inexistência generalizada de uma estrutura capaz de responder às necessidades de prática.

Em terceiro lugar, sugere-se que, por si só, a ênfase dada às atividades de condição física na escola tem um impacto limitado na adesão à atividade física livre. Apesar da maioria destas atividades serem bastante pertinentes para a vida adulta, a perspectiva mecanicista de que a promoção da saúde se reduz à participação dos alunos nas atividades, muitas vezes pouco autodeterminada, é limitadora do ponto de vista da promoção de estilos de vida ativos. Os aspetos psicológicos e socioculturais deste envolvimento são frequentemente ignorados. Se os alunos não compreenderem e interiorizarem a relevância destas atividades, não aprenderem como iniciar e manter uma atividade física regular por si só e não souberem como transferir esse conhecimento para as suas vidas futuras, será mais provável que se tornem adultos sedentários. Tal só será possível através de uma prática refletida. Em defesa deste último ponto, há um vasto conjunto de resultados de avaliações de programas de intervenção (Lupker et al., 1998; Matos, 1998; Matos, e Equipa do Projeto Aventura Social, 2000), que salientam que quando se pretende potenciar os efeitos psicológicos benéficos da atividade física, a ação/atividade “per si”, ainda que obtenha a aprovação e motivação dos indivíduos, tem efeitos necessariamente passageiros. Como consequência, os resultados a médio e longo prazo são limitados e pouco animadores. Também os testes de condição física deverão ser utilizados com uma finalidade educativa no ensino dos conceitos relacionados com a Educação Física e não para medir a “forma física” dos alunos. De acordo com Whitehead e Corbin (1991, cit. Smith & Biddle, 1995), estes testes têm uma função motivadora, mas essencialmente naqueles que apresentam melhores resultados. Nos alunos que obtêm piores resultados verifica-se um declínio da motivação intrínseca. Assim, os testes de condição física não têm automaticamente efeitos positivos na promoção da atividade física.

Corbin (2002) refere um conjunto de fatores que justificam a promoção da atividade física como objetivo prioritário da Educação Física: (1) a condição física nas crianças é grandemente influenciada por aspetos hereditários, (2) a idade e a maturação são tão importantes na predição da condição física quanto a atividade física e (3) a relação entre atividade física e condição

física não é tão forte nos jovens como é nos adultos, pelo que não se pode inferir os níveis de atividade física de uma criança através da condição física. Assim, é necessário ensinar os jovens, mesmo os que possuem bons níveis de condição física, hábitos regulares de atividade física, pois de acordo com Cavill, Biddle e Sallis (2001), "por razões de saúde pública, é mais importante monitorizar a participação dos jovens em atividades físicas do que a sua condição física" (p. 16). Finalmente, verifica-se uma dificuldade em transferir grande parte das atividades curriculares para outras fases e domínios da vida. Assim, defende-se que a promoção da atividade física enquanto comportamento de saúde, devera abarcar uma visão psicoeducacional, na qual o fator mais relevante, para além da otimização do tempo útil das aulas e aumento do tempo nas tarefas, é a preparação dos alunos para continuarem a ser ativos fora da escola e a longo-prazo. Assim, defende-se que a promoção de estilos de vida ativos nos jovens, na escola, será mais eficaz através da integração (1) de atividades relevantes para os adultos, preparando-os para ultrapassarem condicionalismos próprios da vida adulta (Sallis & McKenzie, 1991; Smith & Biddle, 1995) e (2) do ensino de estratégias cognitivo-comportamentais que possam ser aplicadas em qualquer momento da vida (Calmeiro, 1999). Estas devem de ser ensinadas de uma forma deliberada e sistemática (Weiss, 2011).

Nesta perspetiva, uma equipa de investigadores de S. Diego (EUA) desenvolveu, implementou e avaliou o projeto SPARK (*Sport, Play, and Active Recreation for Kids*). Esta intervenção é orientada para crianças dos oito aos dez anos e consiste num programa de Educação Física que inclui duas vertentes distintas, mas complementares: o *SPARK PE (SPARK Physical Education)*, um currículo baseado em atividades orientadas para a melhoria da saúde e de mais fácil transferência para a vida adulta, e o *SPARK Self-management*, baseado no ensino de estratégias cognitivo-comportamentais facilitadoras da adesão à atividade física a longo prazo (Sallis, McKenzie, Alcaraz, Kolody, Faucette & Hovell, 1997), tendo esta vertente sido considerada como crítica para uma vida futura ativa (Corbin, 2002).

Calmeiro (1999) traduziu e adaptou para a população adolescente portuguesa a vertente self-management, designando-a por Programa de Gestão Pessoal da Atividade Física (PGPAF). Este programa tem como base o ensino de estratégias cognitivo-comportamentais, suscetíveis de promover estilos de vida ativos. Aplicado na escola, procura ensinar os alunos a serem responsáveis pelo seu próprio programa de atividade física, tornando-os autónomos na escolha. Preconiza a interiorização e integração no dia-a-dia de estratégias como o estabelecimento de objetivos, o monólogo interno, o desenvolvimento da motivação intrínseca, a identificação de barreiras e a resolução de problemas, a procura do apoio da família e dos amigos e a manipulação do envolvimento (i.e., controlo do estímulo e gestão do reforço). Através do estabelecimento de objetivos, os jovens aprendem a identificar e a construir um bom objetivo, preparando um conjunto de pequenos passos que, de uma forma consistente, fomenta uma vida mais ativa. A definição de objetivos e a sua divisão em pequenas metas melhora a perceção de autoeficácia, determinando a força do compromisso estabelecido e a perseverança na sua manutenção. Desta forma, os indivíduos mais sedentários poderão sentir-se tão bem sucedidos quanto os mais ativos.

Durante a aplicação deste programa, os alunos são encorajados a planear a atividade física para a semana seguinte. No sentido de motivar os alunos a cumprirem com os seus objetivos, é implementado um sistema recompensas para reforçar o comportamento alvo. Este sistema está sujeito a um conjunto de regras que promovem o envolvimento na atividade física moderada e regular, o comprometimento e a procura do apoio da família e dos amigos na consecução dos objetivos. Através de um processo de "fading", vai sendo progressivamente retirado à medida que os alunos se vão consciencializando dos benefícios da prática e aprendendo formas de se recompensarem. O processo de resolução de problemas é também analisado com os alunos. A sua abordagem estruturada, metódica e sistemática favorece a identificação e experimentação de soluções criativas para ultrapassar barreiras a mudança comportamental (Calmeiro & Matos, 2004). Através desta estratégia os alunos aprendem a identificar claramente

problemas específicos, a redefini-los de forma positiva e a encontrar alternativas. Este processo assenta na utilização dos princípios do método científico, baseando-se na experimentação e na recolha de dados. Após a identificação do objetivo comportamental (e.g., fazer atividade física vigorosa três vezes por semana durante pelo menos 20 minutos) procede-se a recolha de dados relativos aos padrões comportamentais atuais. Nesta fase, os processos de Auto monitorização ajudam a identificar os padrões de comportamento que prejudicam ou favorecem a manutenção ou adoção de uma prática regular. Uma vez identificados os problemas, procede-se a procura de soluções para maximizar a mudança. Através de um processo de “brainstorming”, ou pensamento alternativo, o sujeito é encorajado a gerar uma lista de soluções, a mais alargada e criativa possível. Desta lista, as melhores são escolhidas e colocadas em prática através da operacionalização de novos objetivos. Após um período de experimentação destas soluções, é feita nova recolha de dados comportamentais. Estes são comparados com os dados originais no sentido avaliar a eficácia de cada solução. Este processo de avaliação permite manter, ajustar ou substituir a solução experimentada.

O suporte social é também muito importante para modificar os comportamentos, tendo um impacto capital na adesão ao exercício (Caron, Hausenblas & Mack, 1996; Dishman & Sallis, 1994; Sallis & Owen, 1999). Saber como procurar o apoio dos pais e dos amigos é uma competência de vida e deve ser uma componente fundamental na implementação de um programa de promoção de estilos de vida ativos. Através da discussão das atividades com a família, da procura de companhia ou do comprometimento para a prática de atividades físicas, pretende-se que os alunos consigam envolver os mais significativos no processo de modificação comportamental. Para além destas estratégias, outros aspetos relacionados com estilos de vida ativos e saudáveis são debatidos, tais como a moderação, a imagem corporal e a identificação e diminuição dos comportamentos sedentários. Apesar de se promoverem estilos de vida ativos não se pretende transmitir a ideia de que “quanto mais... Melhor”, discutindo-se a necessidade de moderação tanto na atividade física, como nos hábitos alimentares e

noutros comportamentos (e.g., ver televisão). Estando os hábitos alimentares e a atividade física relacionados com a alteração da imagem corporal, discutem-se também questões relacionadas com perturbações a este nível (i.e., anorexia nervosa, bulimia). A importância e a riqueza do ensino destas estratégias não se esgota na probabilidade de favorecer estilos de vida ativos. Estabelecer objetivos, comprometer-se e persistir na sua concretização, promover estados de espírito positivos através da autoinstrução, tomar decisões e resolver problemas, procurar instrução e apoio social, saber trabalhar com outros constituem habilidades cognitivas que podem favorecer o sucesso nos vários contextos de vida, tais como na escola, no trabalho, nas relações familiares e sociais.

Competências de Vida e Desporto

O desporto oferece também inúmeras oportunidades para promover o desenvolvimento psicossocial dos participantes. Este contexto constitui um fórum onde se aprendem princípios de responsabilidade, conformidade, persistência e tomada de decisão. Através da prática desportiva, os jovens redefinem a sua identidade, descobrem novas competências e têm a possibilidade de aplicar aqueles princípios a áreas extradesportivas (Dias et al., 2001). O desporto é uma atividade humana que exige uma prática sistemática na procura da excelência. Neste processo, pode tornar-se num campo de descoberta de valores, que exige a obediência a regras, a aceitação da autoridade dos outros, a subordinação a um "bem" mais elevado (e.g., objetivo do grupo, da comunidade), o trabalho em grupo e a consciencialização dos próprios limites. Este contexto de desafio constante sujeita os jovens a questionarem as suas atitudes, escolhas e preferências, o que define parcialmente o valor da atividade (Arnold, 1999). Bailey (2005) sugere que a participação em atividades desportivas pode inclusivamente resultar, pelo menos do ponto de vista teórico, na redução de comportamentos antissociais. Uma vez que as competências sociais incluem a empatia, o relacionamento com os pares, responsabilidade cívica, a resiliência e a capacidade de resistir 'a pressão dos pares (Weiss, 2011) não é de excluir que o desporto tenha esse potencial de facilitar a mudança. Por exemplo, Gendron, Royer, Bertrand and Potvin (2004) sugerem que

estudantes com problemas comportamentais demonstram um deficit de competências sociais e tendem a praticar menos atividades físicas organizadas do que os estudantes sem problemas comportamentais.

A crença de que a prática desportiva ajuda a construir o carácter é bastante generalizada. De facto, de uma perspetiva idealista, é de considerar que num contexto em que

(1) Para competir é necessário cooperar,

(2) Para se ter sucesso é preciso comunicar eficazmente, definir objetivos, aceitar e assumir papéis num grupo, e

(3) Em que a própria aceitação da competição implica, a aceitação de regras e o respeito pelo adversário e demais agentes enquanto elementos indispensáveis para o processo competitivo e a autossuperação, a prática desportiva seja uma escola de virtudes pelas muitas oportunidades de aprendizagem que proporciona. No entanto, o desenvolvimento destas virtudes não é automático, mas grandemente determinado pela qualidade da intervenção que é proporcionada aos jovens (Calmeiro, Stoll & Beller, 2004; Kavussano & Ntoumanis, 2003; Shields & Bredemeier, 1995). No entanto, a generalização das competências nem sempre é automática. É necessário saber refletir e adaptar, o que é em si uma competência de vida (Danish et al., 2002). Entendendo as virtudes como formas de excelência que os sujeitos possuem (Arnold, 1999), elas estão tão associadas ao desenvolvimento pessoal e a uma vida comunitária harmoniosa, como à valorização do bem intrínseco de certas práticas relacionais. A atividade desportiva proporciona a possibilidade de descoberta destes valores, à medida que os participantes procuram melhorar os padrões de excelência comportamental específicos. Assim, o processo de desenvolvimento destas "formas de excelência" necessita também de ser refletido, interiorizado e praticado de forma deliberada. Por exemplo, Arnold chama a atenção para o facto de "ser-se corajoso" não estar confinado à execução de um difícil gesto técnico ou a uma tomada de decisão arrojada durante um jogo; ter coragem revela "uma qualidade de carácter que pode ser utilizada numa variedade de contextos – físico, moral ou intelectual" (p.44).

O desporto faz sentido enquanto atividade educativa se for uma forma de promover o crescimento pessoal. Apenas uma fração das crianças e dos jovens que praticam, ou praticaram desporto, seguem carreiras profissionais relacionadas. No entanto, a participação em atividades desportivas ajuda a definir a identidade dos participantes e a encontrar e desenvolver outros interesses e capacidades (e.g., sociais). Aplicar os princípios aprendidos durante a participação desportiva a outros domínios da vida adulta é uma estratégia educativa de grande relevância (Danish et al., 2002). No entanto, na maioria das vezes, os jovens praticantes necessitam de ajuda na generalização das aprendizagens adquiridas ou dos valores descobertos e redescobertos. De acordo com Dias et al. (2001), os adolescentes nem sempre acreditam que possuem competências válidas noutros contextos, nem se apercebem que aquelas aprendizagens podem ser transferíveis e aplicadas igualmente com sucesso noutros domínios da vida. Por vezes, alguns adolescentes fazem do desporto o amago da construção da sua identidade pessoal, pelo que se sentem pouco motivados para explorarem papéis não-desportivos. Estes jovens constroem de si uma imagem de atletas bem-sucedidos e não de pessoas bem-sucedidas, o que pode diminuir a sua autoconfiança na exploração de outros papéis extradesportivos se aí anteciparem insucesso (Dias et al., 2001). O envolvimento num grupo desportivo faz dos participantes membros de uma comunidade, partilhando compromissos e construindo laços sociais. Este sentimento de pertença cria oportunidades para fomentar importantes valores sociais (e.g., compaixão, generosidade, empatia) e desenvolver uma identidade de grupo. Outro aspeto que fundamenta a necessidade do desenvolvimento, implementação e avaliação de programas de promoção de competência pessoais e sociais com jovens atletas, prende-se com a necessidade de uma prática sistemática e deliberada das competências aprendidas. Tal como os comportamentos motores, os comportamentos sociais aprendem-se através da demonstração, modelagem e prática (Danish et al., 1992; Dias et al., 2001). Tal como andar de bicicleta é uma competência motora, relacionar-se com os outros é uma competência social. Os processos de aprendizagem são os mesmos, sendo pois possível

ensinar competências sociais com a mesma metodologia de ensino de habilidades motoras (Calmeiro & Matos, 2004).

Intervenção no desporto

O desporto fornece um contexto rico em situações que exigem o desenvolvimento de competências para o desempenho ótimo. Este tipo de exigências não são exclusivas da atividade desportiva. Assim, através da atividade física desportiva os jovens podem aprender a construir e refinar competências de vida. Muitas vezes não é a falta de competências dos indivíduos que dificultam a obtenção do sucesso em outros domínios, mas sim a sua falta conhecimento sobre que competências são e como as transferir (Danish et al., 1992). Segundo estes autores, para que as habilidades possam ser transferíveis e' necessário que os jovens compreendam que:

1) *possuem qualidades enquanto pessoas uteis noutros contextos.*

Os jovens devem ser ajudados a reconhecer que, para além de competências motoras, possuem ainda competências cognitivas (i.e., traçar planos mentais, resolver problemas) e sociais (i.e., comunicar, trabalhar com os outros, aceitar os valores, atitudes e crenças de outros) que podem ser usados, de forma mais lata, para explorar os limites pessoais e relevantes para o bem-estar.

O instrutor deverá refletir com os jovens sobre quais as qualidades que os tornam eficazes no desporto e ajuda-los a determinar o valor dessas qualidades noutros contextos. Que competências podem ser transferíveis? Porque e' que os jovens consideram importante terem-nas aprendido? Já as utilizaram noutros contextos? Se sim, com que eficácia? Se não, por que motivos?

2) *estas qualidades são competências que podem ser aprendidos da mesma maneira que as competências motoras, através de modelação e pratica supervisionada.*

Primeiro, a habilidade e' descrita em termos comportamentais, justificando-se a sua utilização. Depois a habilidade e' demonstrada para que os

participantes possam diferenciar entre um comportamento bem-sucedido de um mal sucedido. Seguidamente, criam-se oportunidades para que o comportamento-alvo seja treinado, através de trabalhos para casa ou supervisão *in vivo*, tirando partido dos inúmeros momentos que a atividade desportiva proporciona. Finalmente, os níveis comportamentais atingidos são avaliados e as necessidades são revistas.

3) o nível de ansiedade com que se encara uma nova situação dificulta a transferência dessas competências.

O instrutor deves saber para que contextos os atletas querem transferir as competências aprendidas e assumir a tarefa de os ajudar a prepararem-se de uma forma semelhante ‘a preparação pré-competitiva, desenvolvendo um plano e progressivamente aplica-lo em situações de “treino”.

4) a confiança que se tem nas capacidades pessoais afetam a motivação para se investir no novo contexto.

Este fator evita frequentemente que os jovens tomem riscos de uma forma apropriada, evitando as situações ou incorrendo em comportamentos de risco que condicionam o bem-estar. Os jovens deverão ser desafiados a perceber os fatores associados a esta dificuldade (e.g., medo de parecer “pouco inteligente”, perder a afiliação ao grupo de pares). Uma análise dos custos e benefícios do comportamento ‘e normalmente uma boa forma de levantar questões pertinentes para serem discutidas.

5) E’ importante saber procurar relações de ajuda.

O ato de pedir ajuda pode ter significados diferentes para os adolescentes. Por exemplo, poderá ser entendido como um sinal de fraqueza ou de perda de autonomia que eles querem evitar a todo o custo. Assim e’ importante redefinir este significado, bem como saber a quem pedir ajuda e como fazelo.

Estes princípios estão na base no desenvolvimento de um programa de promoção de competências de vida através do desporto, levado a cabo por Danish e colaboradores no *Life Skills Center* da *Virginia Commonwealth University*. O programa SUPER (*Sports United to Promote Education and Recreation*) e’ destinado a jovens dos 10 aos 16 anos e tem como objetivo

fazer das experiências desportivas lições de vida. Os participantes são ensinados a melhorar o seu rendimento desportivo através de habilidades motoras e mentais e a reconhecer e aplicar estas habilidades em situações dentro e fora do desporto (Danish et al., 2002). As competências de vida ensinadas neste programa consistem em ajudar os jovens atletas a: identificar o seu sonho no desporto (“*sport dream*”), transformar este sonho em objetivos, estabelece-los de um modo realista, desenvolver planos de ação para os atingir, identificar e ultrapassar obstáculos que possam dificultar a obtenção dos objetivos, aprender a gerir as emoções, acreditar nas capacidades próprias e criar uma rede de apoio social. Assim que os indivíduos sejam capazes de definir objetivos de uma forma específica e clara, podem depois desenvolver as necessárias competências interpessoais e intrapessoais (Danish et al., 1992; Dias et al., 2001). O programa é implementado por atletas/estudantes mais velhos, servindo não só de modelos aos mais novos, mas também facilitando a liderança, na medida em que aqueles proveem de contextos físicos e sociais similares. Os líderes ensinam as habilidades motoras, ajudam a melhorar o desempenho desportivo e ensinam competências de vida. Neste processo, recebem formação e supervisão dos membros do staff do *SUPER*.

No final do programa, os participantes deverão compreender que

- (1) existe uma relação entre excelência do desempenho no desporto e excelência do desempenho na vida,
- (2) as habilidade mentais podem melhorar tanto o desempenho desportivo como pessoal, e
- (3) existem modelos de comportamento positivos por entre os seus pares, servindo estes de exemplos de sucesso com os quais os participantes se podem identificar.

Goudas e Giannoudis (2008) utilizaram uma versão abreviada do programa *SUPER* e concluíram que os jovens sujeitos a intervenção adquiriram mais conhecimentos sobre como utilizar as competências de vida e crenças mais fortes relativamente a sua capacidade em utilizá-las no dia-a-dia. No entanto, não foi verificado se a melhoria desta autoeficácia e do

conhecimento sobre competências de vida resultou em maior capacidade dos jovens em transferir estas competências para outros contextos de vida.

Em Conclusão

A atividade física é um meio de eleição para se desenvolverem competências de vida, designadamente competências pessoais e sociais. A atividade física não constitui um fim por si só, mas um meio para melhorar competências de vida e promover o crescimento pessoal. Os princípios aprendidos através da sua prática podem ser transferíveis para outros domínios da vida adulta. No entanto, esta transferência não é automática. Ela só será feita com sucesso se os indivíduos forem auxiliados na reflexão e integração das aprendizagens. O desenvolvimento e implementação de programas de ensino de competências sociais e pessoais são cada vez mais frequentes, numa perspetiva de prevenção do desajustamento social com crianças e adolescentes em oposição à tradicional abordagem clínica (Spence & Matos, 2000). No âmbito da promoção de comportamentos de saúde, entendida de uma forma mais lata, começam a aparecer programas com objetivos semelhantes, utilizando a atividade física em contextos escolar (Calmeiro, 1999) e desportivo (Dias et al., 2001). Os programas de promoção de atividade física com base numa perspetiva psicoeducacional apresentam benefícios que vão para além da adoção de estilos de vida ativos. As competências que permitem o sucesso das intervenções podem ser utilizadas no trabalho, em casa, nos grupos de pares. A implementação de programas como o PGPAF ou o SUPER são exemplos de como as experiências vividas através das várias formas de atividade física podem ser também experiências de vida e para a vida.

Referências

- Arnold, P. (1999). The virtues, moral education, and the practice of sport, *Quest*, 51, 39-54.
- Bailey, R. (2005). Evaluating the relationship between physical education, sport and social inclusion. *Educational Review*, 57, 71-90.
- Biddle, S. (1994). What helps and hinders people becoming more Physically active? In A. Killoran, P. Fentem & C. Caspersen (Eds.), *Moving on International Perspectives Promoting Physical Activity*, London: HEA.
- Calmeiro, L. (1999). A Promoção na Atividade Física em Adolescentes. Estudos dos Efeitos do Programa de Gestão Pessoal nas Intenções e Comportamentos Face à Atividade Física: Um Modelo de Aplicação em Meio Escolar. Tese de mestrado não publicada.
- Calmeiro, L. & Matos, M. (2004). *Psicologia do exercício e da saúde*. Lisboa: Visão & Contextos.
- Calmeiro, L.; Stoll, S. & Beller, J. (2004). The RSBH Value-judgment Inventory:

- Preliminary Analysis of the Portuguese Version. Atas do XIX Annual Congress of the Association for the Advancement of Applied Sport Psychology, 29 September-3 October, Minneapolis, Minnesota, USA.
- Carron, A., Hausenblas, H. & Mack, D. (1996). Social Influence and Exercise: A Meta-Analysis. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 18, 1-16.
- Cavill, N., Biddle, S. & Sallis, J. (2001) Health Enhancing Physical Activity for Young People: Statement of the United Kingdom Expert Consensus Conference. *Pediatric Exercise Science*, 13, 12-25.
- Corbin (2002). Corbin, C.B. (2002). Physical Activity for Everyone: What Every Physical Educator Should Know About Promoting Lifelong Physical Activity. *Journal of Teaching in Physical Education*, 21, 128-144.
- Danish, S.; Fazio, R.; Nellen, V. & Owens, S. (1996). Teaching Life skills through sport: Community-based programs to enhance adolescent development. In Van Raalt & Brewer (Eds.), *Exploring Sport and Exercise Psychology* (pp.269-288). Second Edition. Washington, DC: American Psychological Association.
- Danish, S.; Petitpas, A. & Hale, B. (1992). A developmental-educational model of sport psychology, *The Sport Psychologist*, 6, 403-415.
- Dias, C., Cruz, J. & Danish, S. (2001). O desporto como contexto para a aprendizagem e ensino de competências de vida: programas de intervenção para crianças e adolescentes. *Análise Psicológica*, 1 (XI), 157-170.
- Dishman, R. & Sallis, J.F. (1994). Determinants and interventions for physical activity and exercise. In C.Bouchard, R.Shephard & T.Stephens (Eds.), *Physical activity, fitness, and Health: Internatiopnal proceedings and consensus statement* (pp. 214-238). Champaign: Human Kinetics.
- Eldar, E. & Ayvazo, S. (2009). Educating through the physical-rationale. *Education and Treatment of Children*, 3, 471-486.
- Flintoff, A., & Scraton, S. (2001). Stepping into ative leisure? Young women's perceptions of ative lifestyles and their experiences of school physical education. *Sport, Education & Society*, 6, 5-21.
- Goudas, M., & Giannoudis, G. (2008). A team-sports-based life-skills program in a physical education context. *Learning and Instruction*, 18, 528-536.
- Luepker, R., Perry, S., McKinlay, S, Nader, P., Parcel, G., Stone, E., Webber, L., Elder, J., Feldman, H., Johnson, C., Kelder, S. & Wu, M. (1996). Outcomes of a Field Trial to Improve Children's Dietary Patterns and Physical Activity. The Child and Adolescent Trial for Cardiovascular Health (CATCH). *JAMA*, 13, vol.275, n.º 10, 768-776.
- Kaplan, R., Sallis, J. F. & Patterson, T. (1993). *Health and Human Behavior*. McGraw-Hill.
- Kavussanu, M. & Ntoumanis, N. (2003). Participation in Sport and Moral Functioning: Does Ego Orientation Mediate Their Relationship? *Journal of Sport & Exercise Psychology*, Vol 25(4), 501-518.
- Gendron, M., Royer, E., Bertrand, R., & Potvin, P. (2004). Behaviour disorders, social competence, and the practice of physical activities among adolescents. *Emotional & Behavioural Difficulties*, 9, 249-259.
- Matos, M. (1994). *Corpo, movimento e socialização*, Rio de Janeiro: Sprint.
- Matos, M. (1998). *Comunicação e Gestão de Conflitos na Escola*. Lisboa: Edições FMH
- Matos, M. (2005). *Comunicação, Gestão de Conflitos e saúde na Escola*. Lisboa: Edições FMH
- Shields, D. & Bredemeier, B. (1995). *Character development and physical activity*. Champaign, IL: Human Kinetics.
- Spence, S. & Matos, M. (2000). *Intervenções Preventivas com Crianças e Adolescentes*. In M. Matos, e Equipa do Projeto Aventura Social (Eds.). *Desenvolvimento de Competências de Vida na Prevenção do Desajustamento Social*. Lisboa: Edições FMH.
- Sallis, J.F, Simons-Morton, B., Stone, E, Corbin, C., Epstein, L., Faucette, N., Iannotti, R., Killen, J., Kleges, R., Petray, C., Rowland, T. & Taylor, W. (1992). Determinants of Physical Activity and Interventions in Youth. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, vol. 24, n.º 6, 248-257 (Supplement).
- Sallis, J. F. & McKenzie, T. (1991). Physical Education's Role in Public Health. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, vol. 62, nº 2, 124-137.
- Sallis, J.F., McKenzie, T., Alcaraz, J, Kolody, B., Faucette, N. & Hovell, M.F. (1997). The Effects of a 2-Year Physical Education Program (SPARK) on a Physical Activity and Fitness in Elementary School Students. *American Journal of Public Health*, 87, 1328-1334.

- Smith, A. & Biddle, S. (1995). Psychological Factors in the Promotion of Physical Activity, in Biddle, J. (Ed.). *European Perspectives on Exercise and Sport Psychology*. Human Kinetics Publishers
- Weiss, M. (2011). Teach the children well: A holistic approach to developing psychosocial and behavioural competencies through physical education. *Quest*, 63, 55-65.

Jovens e Sexualidade

Marta Reis & Lúcia Ramiro

A sexualidade faz parte da vida e está ligada ao desenvolvimento global do indivíduo, constituindo um dos elementos da personalidade. De alguma forma, os relacionamentos, o equilíbrio emocional e a manifestação de sentimentos do indivíduo dependem de uma boa evolução da sexualidade durante as etapas da infância e da adolescência.

É na adolescência, uma fase da vida caracterizada por transformações profundas ao nível fisiológico, psicológico, social e familiar, que o indivíduo procura a sua identidade e descobre a sua sexualidade. Neste processo de transição para a vida adulta, a constante busca do adolescente pelo seu “eu” conduz à construção das suas próprias ideologias e valores.

As primeiras transformações ocorrem a partir da primeira fase da adolescência (na puberdade, entre os 10 e os 12 anos), caracterizam-se por um crescimento físico mais rápido, pelo desenvolvimento de caracteres sexuais secundários (pilosidade, crescimento do peito, menarca, voz, crescimento do pénis e dos testículos, ejaculação, etc.), pelas alterações psicológicas (algumas comuns a ambos os sexos e outras particulares de cada um) e pelo “despertar” dos sentimentos afetivos e atração sexual pelo outro (Frade et al., 2003). Também nesta fase se verificam outras transformações, nomeadamente na imagem de si próprio, nas emoções, no humor, nas relações com a família e amigos, nos projetos de vida e nos valores pessoais e sociais (Matos, 2008; 2010).

A sexualidade, nesta etapa da vida, reveste-se de grande importância e manifesta-se através de sonhos, desejos, fantasias, masturbação. Com a sua inserção em grupos de pares, criam-se grandes amizades, possíveis paixões, e é frequente surgir o primeiro amor, intensifica-se o conhecimento do próprio corpo e do corpo do outro e multiplicam-se novas experiências, vividas com extrema intensidade; é descoberta uma relação de intimidade, partilha e confiança com outra pessoa – o que contribui para o desenvolvimento psicológico do jovem. Nesta fase é habitual acontecerem

as primeiras relações amorosas, que apesar de não serem sempre planejadas, muitas vezes terminam na primeira experiência sexual (Reis et al., 2009). A sexualidade do adolescente não é especialmente harmoniosa, pois a maturidade emocional nem sempre acompanha a maturidade física.

A sexualidade integra uma dimensão biológica, referente ao corpo e às suas transformações, uma dimensão relacional, relativa às representações dos relacionamentos, estilos de comunicação e estabelecimento de compromissos, uma dimensão ética e sociocultural, relacionada com as escolhas, responsabilidades da vivência sexual e a influência da cultura, valores e regras e, ainda, uma dimensão psicológica, ligada às emoções, sentimentos, afetos e atitudes. Estas emoções estão relacionadas com diferentes formas de amor. Muito característico da adolescência, o amor romântico caracteriza-se por um impulso muito forte para a relação, uma imensa energia e interesse em estar com o outro (paixão, enamoramento) e está relacionado com outra forma de amor, o amor físico, relativo ao impulso sexual puro, em que a satisfação física é mais procurada (Fisher, 2008).

Os jovens e os comportamentos sexuais de risco

Embora haja diferenças entre homem e mulher, os estudos demonstram que ambos têm iniciado a sua vida sexual cada vez mais novos. A marca Durex realizou um questionário online (Global Sex Survey, 2005) a mais de trezentos mil jovens de 41 países. Os jovens com idades entre os 25 e os 34 anos relataram ter tido a primeira relação sexual, em média, aos 17.9 anos, enquanto os jovens com idades entre os 16 e os 20 anos iniciaram a sua vida sexual mais novos, aos 16.3.

Em Portugal, num estudo realizado pelo Health Behaviour in School-aged Children, em 2010, com uma amostra de 5050 jovens, verificou-se que 16.9% referem já ter tido relações sexuais, sendo a percentagem de rapazes (21.7%) superior à das raparigas (12.6%). Relativamente à idade da primeira relação sexual, a grande maioria dos adolescentes do 10º ano que já teve relações sexuais afirma que teve a primeira relação aos 14 anos ou mais. Os resultados mostraram que os rapazes (16.3%) mais frequentemente que as raparigas (8.5%) iniciaram entre os 12 e os 13 anos;

e as raparigas (89.5%) mais frequentemente que os rapazes (75.1%) aos 14 anos ou mais tarde. No que diz respeito às relações sexuais associadas ao consumo de álcool ou drogas, existem mais rapazes (16.4%) do que raparigas (7.6%) a referir que já tiveram relações sexuais associadas ao consumo de álcool ou drogas (Matos et al., 2011).

Num outro estudo realizado com estudantes universitários (HBSC/SSREU), em 2010, foram inquiridos 3278 jovens, das várias regiões de Portugal, com uma média de 21 anos. A maioria dos estudantes universitários é sexualmente ativa (83,3%) e teve a sua primeira relação sexual a partir dos 16 anos (inclusive) (79,2%). Considerando as diferenças entre géneros, são os homens que mais frequentemente mencionam ter tido relações sexuais e afirmam ter iniciado mais novos (aos 11 ou menos, entre os 12 e os 13, e entre os 14 e os 15 anos). Relativamente a comportamentos sexuais de risco, verifica-se que os homens referem mais frequentemente ter tido relações sexuais associadas ao álcool (53.1%) e às drogas (10.7%), parceiros ocasionais (57.4%) e relações sexuais com outra pessoa para além do parceiro sexual (16.6%) do que as mulheres (27.3%, 3.3%, 21.7%, 3.6%, respetivamente) (Matos, Reis, Ramiro & equipa Aventura Social, 2011).

É um facto que a gravidez na adolescência e as infeções sexualmente transmissíveis (ISTs), cuja incidência tem vindo a aumentar nos últimos anos, constituem dois consideráveis problemas de saúde pública, sendo particularmente preocupantes junto dos adolescentes/jovens.

Em termos globais, nove em cada 100 mulheres tiveram uma gravidez não planeada antes dos 19 anos. A média baixa para 5 em Portugal, com cerca de 2% dos nascimentos não planeados a acontecerem nas raparigas entre os 15 e os 19 anos. Em relação ao aborto, mais de 4,4 milhões de raparigas entre os 15 e os 19 anos recorrem à prática do aborto anualmente (no mundo), e quase metade procura um local clandestino para o fazer (Reis et al., 2009). Dados de um estudo realizado pela Associação para o Planeamento da Família (APF), em 2006, revelaram que uma em cada cinco mulheres que tinham engravidado relataram ter feito, pelo menos, um aborto. Dessas, mais de um terço tinha idades entre os 18 e 24 anos. No

estudo realizado pela equipa Aventura Social com estudantes universitários (HBSC/SSREU), em 2010, 4,1%, 3,3% e 3,2% revelaram ter engravidado sem desejar, ter tido uma infeção sexualmente transmissível e ter efetuado um aborto, respetivamente (Matos, Reis, Ramiro & equipa Aventura Social, 2011).

Quanto às ISTs, o Global Sex Survey (2005) menciona que 13% das pessoas já tiveram uma IST. A nível nacional, verificaram-se que 8% destes casos ocorreram em jovens com idades entre os 16 e os 20 anos. Mas é no grupo até aos 25 anos que surgem mais novos casos de ISTs curáveis no mundo (FNUAP, 2006). Relativamente à infeção pelo VIH/SIDA em Portugal, os dados de dezembro de 2009 do Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis (CVEDT, 2010) comprovaram a tendência dos últimos anos, isto é do aumento do número de infetados heterossexuais bem como dos indivíduos com idades compreendidas entre



os 25 e os 44 anos, o que significa que um número significativo terá contraído a infeção ainda durante a adolescência.

Com o despertar da sexualidade, surge a necessidade de desenvolver a responsabilidade e a sensibilização dos jovens para a vivência de uma sexualidade saudável. Sem dúvida que o esclarecimento, a informação e a formação do

adolescente são fundamentais para que este possa viver do modo mais saudável possível, nomeadamente no que envolve a sua sexualidade.

Prevenção e Promoção da Saúde Sexual e Reprodutiva

A prevenção das ISTs, do VIH/SIDA e da gravidez na adolescência envolve a prática de comportamentos sexuais seguros: uso consistente de métodos contraceptivos e de preservativos e o teste dos anticorpos do VIH. Usar o preservativo corretamente e em todas as situações é a única forma de proteção contra o VIH/SIDA e as outras ISTs. Mas nem todos os jovens têm de forma ininterrupta comportamentos sexuais seguros. Segundo o Global Sex Report pouco mais de um terço dos jovens (entre os 14 e os 34 anos) relata usar o preservativo. Considerando o número de parceiros sexuais um

acrécimo aos comportamentos de risco, refira-se que segundo Global Sex Survey (2005), quase metade dos inquiridos (cerca de um terço em Portugal) afirmou ter relações sexuais desprotegidas com parceiros cuja história sexual desconheciam. No estudo do HBSC, rapazes (81.4%) e raparigas (84.1%) usaram preservativo na última relação sexual mas, os rapazes (18.6%) mais frequentemente que as raparigas (15.9%) não usaram (Matos et al., 2011). No estudo efetuado com estudantes universitários (HBSC/SSREU), os métodos contraceptivos mais utilizados habitualmente são a pílula (70,4%) e o preservativo (69%), não se constatando ainda, o uso consistente do preservativo (Matos, Reis, Ramiro & equipa Aventura Social, 2011).

Estes dados mostram claramente a existência de um conjunto de fatores que determinam as diferenças individuais no desempenho de comportamentos sexuais preventivos. Os jovens do sexo masculino, na adolescência e no início da idade adulta, parecem ter maior probabilidade de se envolverem em comportamentos sexuais de risco.

Um dos fatores mais estudados é o conhecimento dos métodos contraceptivos e das ISTs, nomeadamente do VIH/SIDA. A maior parte dos estudos revela que o conhecimento é necessário, mas que estar informado não é suficiente para as pessoas modificarem o seu comportamento. As crenças relacionadas com o preservativo (e.g., “tira o prazer”), as atitudes (positivas ou negativas), a ideia do apoio por parte das pessoas significativas (família, pares, entre outros), as ações dos pais e as aptidões comportamentais (relacionadas com a comunicação, assertividade, negociação e autoeficácia) e, ainda, a intenção de ter comportamentos sexuais seguros/preventivos sempre são condicionantes extremamente importantes quando procuramos explicar os diferentes tipos de comportamentos (Matos, Reis, Ramiro & equipa Aventura Social, 2011; Carvalho, & Batista, 2006; Kirby, 2001). Uma questão crucial a este propósito é a ideia de risco que os jovens têm, ou seja, quanto menos pensarem no risco que correm (o que pode assemelhar-se à sensação de invulnerabilidade característica da adolescência) e nas consequências dos

seus comportamentos, maior a probabilidade de se envolverem em comportamentos de risco.

Os dados objetivos acerca do número de comportamentos sexuais de risco e o grande número de fatores envolvidos no desempenho de comportamentos sexuais seguros aumentam a importância da implementação de programas e campanhas de prevenção orientadas especificamente para a alteração de comportamentos e, no geral, para a promoção da saúde sexual e reprodutiva (Matos, 2008; Matos, Reis, Ramiro & equipa Aventura Social, 2011). A maior parte destes programas têm como população alvo os jovens, independente do género, e são criados para serem desenvolvidos em contexto escolar. Em alguns casos, os professores e os pais são envolvidos na mudança de comportamentos, e os pares são usados como líderes de opinião (Matos, 2008).

É fundamental compreender a sexualidade na adolescência para se analisar e evitar consequências negativas como a gravidez na adolescência, o aborto e as ISTs, e em particular o VIH/SIDA. A sexualidade tem um papel muito importante no crescimento e desenvolvimento do adolescente e por isso o seu acompanhamento é uma medida essencial para uma adolescência harmoniosa, responsável e segura (Matos, Reis, Ramiro & equipa Aventura Social, 2011; Matos et al., 2011).

A compreensão da sexualidade humana implica o conhecimento dos contextos social, familiar e individual e o modo como os indivíduos organizam as experiências sexuais. Ou seja, o modo como os jovens interagem e se relacionam sexualmente resulta dos modelos de comportamentos e atitudes vigentes no contexto familiar e social.

Se considerarmos a prevenção primária a única forma para se modificar comportamentos, a avaliação de necessidades específicas deve ter em conta a importância das normas sociais e dos amigos (grupo de pares), da aquisição de competências cognitivas e comportamentais necessárias à implementação e manutenção da mudança, e contemplar a avaliação de vulnerabilidade ao risco, da motivação para a mudança e, ainda, das situações que possam influenciar a implementação dessa mudança. Mas a educação sexual no âmbito da educação para a saúde implica também que

os agentes educativos envolvidos, direta e indiretamente, (famílias, escolas, comunidades, instituições, organizações não-governamentais, autarquias, institutos públicos e particulares, locais de lazer e diversão) ganhem consciência da sua importância no desenvolvimento dos jovens.

Educação Sexual

A Educação Sexual é a mais importante forma de prevenção de problemas ligados à saúde sexual e reprodutiva dos jovens. Constitui um processo contínuo e permanente de aprendizagem e socialização que abrange a transmissão de informação e o desenvolvimento de atitudes e competências relacionadas com a sexualidade humana e, portanto, promove atitudes e comportamentos saudáveis (GTES, 2005; 2007a; 2007b). O facto de os jovens terem atualmente muita facilidade em obter informação não garante que estes escolham informação correta e conseqüentemente que as suas escolhas sejam as mais adequadas, por isso a educação sexual poderá desempenhar um papel relevante na triagem desta informação, contribuindo para que seja utilizada da melhor forma (Piscalho, Serafim, & Leal, 2000). A educação sexual não deve cingir-se a informações sobre os aspetos físicos do ato sexual, é essencial a abordagem de outros aspetos, como os sentimentos e os afetos (Aquilino & Bragadottir, 2000). Se considerarmos a educação sexual a principal forma de prevenir comportamentos de risco, seja promovendo os comportamentos preventivos, seja alterando os comportamentos iniciais de risco, deve-se ter em conta a) a importância da aquisição das competências cognitivas e comportamentais necessárias (à implementação desses determinados comportamentos – ou à capacidade de mudança desses outros), b) a avaliação da vulnerabilidade ao risco e da motivação para a mudança e, ainda, c) os fatores situacionais que possam intervir na implementação desse comportamento/mudança, como são as normas sociais, a pressão dos amigos (grupo de pares) e a influência do parceiro. Mas a educação sexual no âmbito da educação para a saúde implica, também, a consciencialização do desenvolvimento dos jovens por parte dos agentes educativos envolvidos (de forma direta ou indireta), como são as famílias, escolas, comunidades, instituições, organizações não-

governamentais, autarquias, institutos públicos e particulares, locais de lazer e diversão.

Em Portugal, a implementação da educação sexual nas escolas tem originado, nos últimos anos, um grande debate. Em 1978, 1981 e 1984, a questão da legalização do aborto dividiu a população portuguesa. Apesar de esta não ter sido aceite nessa altura, esta questão justificou a primeira legislação sobre educação sexual nas escolas. Contudo, em 1985 a preocupação com a educação sexual voltou a sofrer uma estagnação (Reis & Vilar, 2004). Em 1997, na sequência da identificação de vários problemas e necessidades não resolvidas relativamente aos direitos sexuais e reprodutivos da população, a educação para a sexualidade tornou-se obrigatória. Entre 1995 e 1998, o Programa de Promoção e Educação para a Saúde e a Associação para o Planeamento da Família criaram o Projeto “Educação Sexual e Promoção da Saúde nas Escolas — Um Projeto Experimental”. Até 2005 pretendeu-se fazer uma generalização gradual desta experiência nas escolas portuguesas no sentido da integração regular de projetos e atividades de Educação Sexual nos vários níveis de ensino (Marques et al., 1999).

Em 2005 foi criado um Grupo de Trabalho de Educação Sexual (GTES) que determinou que a educação sexual seria abordada no âmbito de um programa de promoção da saúde. De acordo com as recomendações deste grupo de trabalho, no relatório final apresentado em 2007, os assuntos a abordar deviam envolver, entre outros, o entendimento da sexualidade como uma das componentes mais sensíveis da pessoa, no contexto de um projeto de vida que engloba valores e uma dimensão ética, a compreensão dos aspetos relacionados com as principais ISTs (incluindo o VIH/SIDA), a maternidade na adolescência e a interrupção voluntária da gravidez, assim como aspetos relacionados com o uso de métodos contraceptivos e preservativo para a prevenção da gravidez na adolescência e das ISTs, respetivamente. O Relatório Final (GTES, 2007b) das atividades deste grupo aponta para a existência de um número significativo de escolas do ensino básico que já dedicavam uma das novas áreas curriculares não disciplinares (Formação Cívica, Área de Projeto ou Estudo Acompanhado) à

Educação para a Saúde – e em que a educação sexual está contemplada – e propõe a avaliação de um conjunto de conteúdos considerados mínimos. Para facilitar a dinamização da educação sexual em meio escolar, é proposto que o professor coordenador possa usufruir de uma redução de três horas na componente letiva. Mais recentemente o ministério criou uma lei (Lei n.º 60/2009) que estabelece a obrigatoriedade da aplicação da ES em meio escolar, identificando uma carga horária mínima a ser aplicada a cada nível de ensino, potenciando assim a implementação da mesma.

A escola é um lugar privilegiado onde podem ser adquiridos os conhecimentos e as competências pessoais e sociais sobre a sexualidade (Silva, 2004). Sendo assim, é indispensável que os professores aumentem o seu campo de competências e intervenção, os técnicos de saúde tenham um papel mais ativo em contexto educativo, e sejam criadas condições para um maior envolvimento das famílias na educação e relação com a escola. Estudos realizados apenas com professores do ensino básico e secundário sobre educação sexual (Reis, 2003; Ramiro, & Matos, 2006), mostraram que a maior parte dos professores (cerca de 72%) referiu não ter prática em educação sexual em meio escolar, apesar de considerarem que possuem conhecimentos e atitudes favoráveis à mesma, um grau de conforto aceitável para dinamizarem atividades relacionadas e formação complementar na área. Um resultado extremamente relevante nestes dois estudos refere-se ao facto de apenas uma percentagem inferior a um terço dos professores avaliados planear envolver-se na educação sexual no futuro, sugerindo a necessidade de reavaliação das condições necessárias à implementação de programas de educação sexual em meio escolar no nosso país.

No estudo efetuado com estudantes universitários (HBSC/SSREU), verificou-se que os jovens que mencionaram ter tido educação sexual na escola (56.2%) revelaram menos comportamentos sexuais de risco, mais conhecimentos, mais atitudes positivas e mais competências face à sexualidade, aos métodos contraceptivos e à prevenção das ISTs (Matos, Reis, Ramiro & equipa Aventura Social, 2011). Estes resultados permitem verificar a importância da educação sexual nas escolas na promoção da

saúde sexual e reprodutiva dos jovens, constituindo-se como um importante contributo para a sua formação pessoal e social. É essencial que as escolas desenvolvam um modelo de educação sexual, tendo em conta as características próprias da adolescência e as características específicas dos alunos, permitindo que se consigam obter ganhos na saúde dos nossos adolescentes. A realização de cursos de formação/debate para pais e de cursos de formação/debate para professores e técnicos de saúde pode ajudar também a aumentar a colaboração com as escolas e, desse modo, promover a mudança. A disponibilização, na comunidade, de Gabinetes de Esclarecimento, com abrangência em vários locais (e.g., escolas, universidades), constituídos por equipas pluridisciplinares, com recurso às tecnologias mais recentes (principalmente a *Internet*) pode ajudar a implementação de campanhas de prevenção primária, para o esclarecimento e acompanhamento dos jovens para a sexualidade, nomeadamente facultando informação sobre os métodos contraceptivos, fornecendo gratuitamente preservativos e pílulas, e dando acompanhamento psicoafetivo à jovem grávida e/ou ao casal e até formação pré-natal ao jovem casal que se encontra à espera do primeiro filho.

Apontamento final

Falar de Sexualidade para tentar esclarecer um público Jovem não é tarefa fácil. Normalmente, entre o que os jovens querem saber e o que lhes querem transmitir existe uma grande discrepância. O principal problema da sexualidade da adolescência é a falta de diálogo, ou seja, a sexualidade, que na adolescência assume a importância da descoberta de si mesmo, do próprio corpo, do prazer é, ainda hoje, muitas vezes um tema proibido aos jovens.

Para que a comunicação com o adolescente e os jovens possa acontecer, tanto em casa como no meio escolar/universitário, deve ser proporcionado um ambiente de compreensão ou empatia, de genuinidade, aceitação e respeito pelo adolescente/jovem e suas dúvidas, sem fazer julgamentos de valor sobre as mesmas. Neste sentido a solução unânime apontada por

profissionais que lidam atualmente com adolescentes e jovens é, principalmente, a prática do diálogo.

Ideias Chave:

- Na adolescência ocorrem transformações físicas, psicológicas e emocionais com forte impacto na vida futura do adolescente.
- O número de problemas de saúde sexual e reprodutiva que afeta os jovens portugueses é cada vez mais significativo.
- A Educação Sexual nas escolas e a existência de Gabinetes de esclarecimento (escolas/universidades) são estratégias que promovem comportamentos sexuais seguros.

Referências

- Greathead, H. (2008). *Pensamentos e sentimentos. Como gerir as emoções*. Lisboa: Porto Editora. (Integrado na Coleção Superadolescente, este livro é dirigido a jovens, com informação acerca das emoções e pensamentos associados a diferentes contextos especificamente no caso do amor e das relações de namoro.)
- Matos, M.G. et al. (2010). *Sexualidade, Afetos e Cultura* (Integrado na coleção Gestão de problemas de saúde em meio escolar.) Lisboa: Coisas de Ler,
- Law, F., et al. (2008). *O teu corpo em mudança. Como enfrentar a puberdade*. Lisboa: Porto Editora. (Integrado na Coleção Superadolescente, este livro é dirigido a jovens, com informação acerca das alterações corporais decorrentes do desenvolvimento físico, e com informação acerca do VIH/SIDA, ISTs e gravidez não planeada.)
- Law, F., et al. (2008). *Socorro! Como evitar problemas*. Lisboa: Porto Editora. (Integrado na Coleção Superadolescente, este livro é dirigido a jovens, com informação acerca de formas de lidar com a pressão dos pares em situações de risco sexual)
- Robert, J. (2006). *A minha sexualidade*. Lisboa: Porto Editora. (Coleção de 3 volumes, até aos 6 anos, dos 6 aos 9 e dos 9 aos 13 anos, dirigida a pais/educadores e jovens, que cumpre os requisitos propostos pelo GTES.)
- APF. (2006). A situação do aborto em Portugal: Práticas, contextos e problemas. *Sexualidade e Planeamento e Planeamento Familiar*.
- Aquilino, M., & Bragadottir, H. (2000).** Adolescent pregnancy: Teen perspectives on prevention. *American Journal of Maternal Child Nursing*. 25, 4, 192-197.
- Carvalho, M., & Batista, A. (2006). Modelos explicativos dos determinantes dos comportamentos preventivos associados à transmissão do Vírus da Imunodeficiência Humana. *Revista Lusófona de Ciências da Mente e do Comportamento*, 8, 163-192.
- CVEDT (2010). *Infeção VIH/SIDA. A situação em Portugal a 31 de dezembro de 2009*. Lisboa: INSA.
- Durex. *Give and Receive – 2005 Global Sex Survey Results*. Retirado da Internet em 25 de Abril de 2008,
- Fisher, H. (2008). *Porque amamos: A natureza e a química do amor romântico*. Lisboa: Relógio D'Água.
- Frade, A., Marques, A., Alverca, C., & Vilar, D. (2003). *Educação Sexual na Escola, Guia para Professores, Formadores e Educadores*. Lisboa: Texto Editora.
- Fundo das Nações Unidas para a População (FNUAP) (2005). *A situação da população mundial 2005 – A promessa de igualdade: Equidade em matéria de género, saúde reprodutiva e objetivos de desenvolvimento do milénio*. NY: FNUAP.
- GTES. (2005) *Educação para a saúde – relatório preliminar*. Retirado em 2 de julho de 2007 de www.dgicd.min-edu.pt

- GTES (2007a) *Educação para a saúde – relatório de progresso*. Retirado em 2 de julho de 2007 de www.dgidc.min-edu.pt
- GTES. Relatório Final do Grupo de Trabalho de Educação Sexual / Saúde (GTES). ME, 2007, retirado em 20 março 2009 de www.min-edu.pt/np3/1093.html
- Jongenelen, I., Carvalho, C., Mendes, T., & Soares, I (2007). Vinculação na adolescência. In I. Soares (Coord.), *Relações de vinculação ao longo do desenvolvimento: Teoria e avaliação* (pp 99-120). Braga: Psiquilíbrios.
- Kirby, D. (2001). *Emerging Answers: Research Findings on Programs to Reduce Teen Pregnancy*. Washington, DC: National Campaign to Prevent Teen Pregnancy.
- Marques et al, (1999). *Educação Sexual e Promoção da Saúde nas Escolas: Um Projeto Experimental*. Retirado em 11 de março de 2007 de <http://www.min-saude.pt>
- Matos, M.G. et al. (2010). Sexualidade, cultura e saúde sexual em Portugal e na América Latina em M. Matos (coord), *Sexualidade, Afetos e Cultura – Gestão de problemas de saúde em meio escolar*. Coisas de Ler, p. 159-175.
- Matos, M.G. (ed) (2008). *Sexualidade, Segurança e SIDA*, Lisboa: IHMT/FMH/FCT.
- Matos, M., Simões, C., Tomé, G., Pereira, S., Diniz, J., & Equipa do Aventura Social (2006). *Comportamento Sexual e Conhecimentos, Crenças e Atitudes Face ao VIH/SIDA – Relatório Preliminar*, dezembro 2006. Web site: www.fmh.utl.pt/aventurasocial; www.aventurasocial.com.
- Matos, M.G.; Simões, C.; Tomé, G.; Camacho, I.; Ferreira, M.; Ramiro, L.; Reis, M. & equipa Aventura Social (2011). *A Saúde dos Adolescentes Portugueses – Relatório do Estudo HBSC 2010*. ACS/FMH/UTL/CMDT-UNL.
- Matos, M.G.; Reis, M.; Ramiro, L. & equipa Aventura Social (2011). *Saúde Sexual e Reprodutiva dos Estudantes do Ensino Superior – Relatório do Estudo HBSC/SSREU*. ACS/FMH/UTL/CMDT-UNL.
- Piscalho, I., Serafim, I., & Leal, I. (2000). *Representações sociais da educação sexual em adolescentes*. Atas do 3.º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde. Lisboa: ISPA.
- Ramiro, L., & Matos, M.G. (2006). *A educação sexual e os professores*. Dissertação de mestrado. Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Lisboa. (manuscrito não publicado)
- Reis, M. H. (2003). *A educação sexual nas escolas Portuguesas: Os professores como atores na sua implementação*. Dissertação de mestrado. Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Lisboa. (manuscrito não publicado)
- Reis, M.; Ramiro, L.; Carvalho, M. & Pereira, S. (2009). A sexualidade, o corpo e os amores em M. Matos & D. Sampaio (coord), *Jovens com Saúde – Diálogo com uma Geração*, Lisboa. Texto Editora, p. 265-282.
- Reis, M. & Vilar, D. (2004). A implementação da educação sexual na escola: Atitudes dos professores. *Análise Psicológica*, 4, 22, 737-745.
- Silva, A. (2004). *Desenvolvimento de competências sociais nos adolescentes*. Lisboa: Climepsi Editores.

Comportamentos auto-lesivos na adolescência

Marta Reis, Isa Figueira, Lúcia Ramiro & Margarida Gaspar de Matos

Embora a adolescência seja vivida, de um modo geral, positivamente, é um período marcado por grande turbulência, em que ocorrem diversas transformações e que podem determinar dificuldades em várias áreas (familiares, escolares e de socialização). Durante este período de grande turbulência os adolescentes estão mais sujeitos a emoções fortes e até, por vezes, a episódios traumáticos de vida, para os quais podem ainda não ter competências pessoais e sociais suficientes para conseguirem gerir, pelo que alguns podem envolver-se em comportamentos lesivos como a violência autodirigida (Glassman, Weierich, Hooley, Deliberto & Nock, 2007). A Sociedade Internacional do Estudo da Violência Autodirigida define esta como uma autolesão direta e voluntária no tecido corporal sem intenção de suicídio e para fins socialmente não aceitáveis. São comumente aplicados os termos automutilação, *cutting*, autoagressão, autolesão e violência autodirigida para nomear o mesmo (ISSS, 2010). Desta forma, a violência autodirigida sem intenção de suicídio distingue-se dos comportamentos suicidas, que envolvem a intenção de morrer, das overdoses de drogas e dos comportamentos realizados para fins estéticos ou de autoexibição validados socialmente (por exemplo, piercings e tatuagens). Apesar do corte na pele ser um dos comportamentos mais conhecidos da violência autodirigida, estes podem assumir muitas formas, incluindo queimar-se, arranhar-se, esmurrar-se ou a quebra de ossos, se realizada com a intenção de mutilar o próprio. As lesões resultantes desse comportamento podem ser leves, moderadas ou graves (Favazza, 1998; ISSS, 2010).

Etimologia da Violência Autodirigida

A origem da violência autodirigida não é consensual, pois ainda não está bem definida, mas há evidências de que fatores neurobiológicos e fatores psicossociais, como características de personalidade mais impulsiva e compulsiva, bem como a história de vida e o ambiente colaboram para o surgimento da violência autodirigida (ISSS, 2010; Jacobson, & Gould, 2007).

Existem investigadores que defendem a ideia de que a violência autodirigida aumenta a libertação de endorfinas no cérebro originando uma sensação de bem-estar que por sua vez diminui a ansiedade e a tristeza, podendo tornar-se um vício (Winchel, & Stanley, 1991). Outros especialistas advogam que na prática o comportamento de violência autodirigida é uma tentativa de aliviar sensações, apresentando ainda características impulsivas, ou seja, as pessoas que recorrem à violência autodirigida não têm competências necessárias para lidar com emoções fortes, pressões intensas, acontecimentos de vida negativos e problemas de relacionamentos pois, os indivíduos que se automutilam descrevem o início do respetivo comportamento como resposta a um impulso, após vivenciarem uma emoção forte, como raiva, angústia ou frustração. A continuidade do comportamento deve-se ao facto dos indivíduos verificarem que obtêm alívio de sensações negativas e passam a repetir a violência autodirigida com o objetivo de obter alívio novamente. Estes comportamentos podem ser desencadeados por uma vivência traumática ou apenas pela lembrança desta. Em alguns casos a violência autodirigida pode estar relacionada com perturbações bipolares, perturbações alimentares, pensamentos obsessivos ou comportamentos compulsivos (Rodham, & Hawton, 2009; Whitlock, 2009). Existem, ainda, outros investigadores que constataam que práticas de violência autodirigida entre grupos de jovens são cada vez mais comuns. Inclusivamente a violência autodirigida no contexto grupal é considerada como um ritual (um contágio), como um meio de união de grupo e de associação e, como tal, é realizada com outros objetivos para além da redução da ansiedade ou tentativa de aliviar sentimentos negativos (Whitlock, 2009).

Dimensão do problema

Nos últimos anos o tema da violência autodirigida tem sido alvo de um crescente interesse por parte da comunidade científica, pois constitui um grave problema de saúde pública (Castille et al., 2007; Barbedo & Matos, 2009). De acordo com as investigações, os comportamentos de violência autodirigida começam na adolescência, entre os 13 e os 14 anos de idade. No entanto, não é um fenómeno exclusivo dos adolescentes, pois os

estudos referem o facto da violência autodirigida ser cíclica e não linear, ou seja, a violência autodirigida é usada num determinado período de tempo, posteriormente existe um momento onde o comportamento não ocorre e mais tarde pode voltar a ser retomado (Jacobson & Gould, 2007; Nock, Gordon, Lloyd-Richardson, & Prinstein, 2006; Whitlock, Eckenrode, & Silverman, 2006; Whitlock, Eells, Cummings, & Purington, 2009).

Estudos sobre as principais características da violência autodirigida mostram uma considerável variação na frequência e formas de comportamentos relatados. Por exemplo, a frequência da violência autodirigida relatada ao longo da vida varia drasticamente - de um incidente único a centenas de incidentes, existindo uma minoria a exercer este tipo de comportamentos de forma crónica (regular) (Laye-Gindhu & Sconert-Reichl, 2005; Whitlock, Eckenrode, & Silverman, 2006).

Em geral, os estudos sugerem que cerca de 13% a 25% dos adolescentes e jovens adultos mencionam ter tido pelo menos um episódio de violência autodirigida ao longo da sua vida (Gollust, Eisenberg, & Golberstein, 2008; Rodham & Hawton, 2009). Segundo Whitlock, Eckenrode e Silverman (2006), a maioria dos jovens menciona ter tido um ou dois episódios de violência autodirigida e depois não repetem o comportamento. Porém cerca de 6% de jovens adultos referem automutilar-se com frequência, tornando-se um comportamento crónico. No Canadá e nos Estados Unidos estima-se que cerca de 14% dos adolescentes se tenha autoagredido pelo menos uma vez. Nos adultos a prevalência situa-se à volta dos 4% (Ross, & Heath, 2002; Walsh, 2006).

As formas mais comuns de violência autodirigida, mencionadas pelos jovens, incluem cortar a pele (método referido por 70% dos indivíduos), arranhar, queimar, arrancar ou puxar a pele ou o cabelo, beliscar, bater, engolir doses sub-letais de substâncias tóxicas, bater com a cabeça, introduzir agulhas ou quebrar os ossos. Relativamente às áreas do corpo mais utilizada, estas são os braços, os pulsos, as pernas e a barriga, uma vez que são áreas de fácil contato e também são fáceis de serem escondidas sob a roupa (Nock, Gordon, Lloyd-Richardson, & Prinstein, 2006; Whitlock, 2009).

Habitualmente associa-se os comportamentos de violência autodirigida às mulheres e apesar de vários estudos corroborarem esta ideia (Laye-Gindhu & Schonert-Richl, 2005; Hawton, Rodham & Evans, 2006; Whitlock, Eckenrode, & Silverman, 2006), existem outros estudos que apontam para proporções semelhantes nos homens, diferenciando-se apenas os métodos utilizados. Os homens parecem queimar-se e bater com mais frequência enquanto que as mulheres são mais propensas a cortar-se (Croyle & Waltz, 2007; Whitlock, Muehlenkamp, & Eckenrode, 2008).

Dimensão do problema em Portugal

Em Portugal, num estudo nacional (Health Behaviour in School-aged Children) realizado em 2010, com uma amostra de 5050 adolescentes, com uma média de 14 anos de idade, verificou-se que 15.6% dos adolescentes mencionaram ter-se autoagredido pelo menos uma vez nos últimos 12 meses. E as áreas do corpo mais frequentemente mencionadas foram os braços (52.9%), as pernas (24.7%) e a barriga (16.7%) (Matos et al., 2011).

Num outro estudo realizado em 2011, foram inquiridos 396 jovens, das 5 regiões de Portugal, com idades compreendidas entre os 13 e os 21 anos, observou-se que 18% mencionou ter-se autoagredido pelo menos uma vez e 5.6% referiu ter-se autoagredido 4 vezes ou mais nos últimos 12 meses. Mencionaram sentimentos de raiva/hostilidade (8.8%), ausência de esperança no futuro (8.3%) e tristeza (8.1%) durante o comportamento de violência autodirigida. Quanto ao método utilizado para se autoagredirem, mencionaram mais frequentemente cortes (6.8%), apertões (4.3%) e queimaduras (2.3%) e as áreas do corpo mais utilizadas foram os braços (9.8%), as pernas (4.5%) e a barriga (3.3%) (Ramiro, Reis, Matos & Equipa Aventura Social, 2012). Num outro estudo português realizado em 2011 a 206 jovens adultos, com idades entre os 18 e os 25 anos, 10.4% relataram ter tido um comportamento de violência autodirigida. Dos jovens que mencionaram comportamentos de violência autodirigida, a maioria é do sexo feminino (85.7%), refere ter tido o primeiro comportamento autolesivo entre os 12 e os 23 anos, as formas mais comuns de violência autodirigida mencionadas foram os cortes na pele ou arranhar-se (38.1%), bater propositadamente contra objetos (33.3%), morder-se (19%) e queimar-se

(14.3%). As partes do corpo mais frequentemente escolhidas foram: os braços e os pulsos (38.1%), as pernas (23.8%) e a barriga (14.3%). Neste estudo questionou-se também os jovens sobre os sentimentos antes, durante e depois da violência autodirigida e os resultados que se destacaram foram os seguintes: antes da violência autodirigida os jovens referiram sentimentos de raiva (80%), tristeza (60%), ansiedade (35%), repugnância (25%) e medo (20%); durante a autoagressão mencionaram sentimentos de raiva (50%), tristeza (35%) e medo (30%) e depois de realizarem o comportamento lesivo disseram sentir tristeza (55%), alívio (50%) e medo (35%) (Matos, Reis & Equipa Aventura Social, 2012).

Os estudos portugueses revelam as mesmas tendências dos estudos internacionais. E apesar da violência autodirigida não ser um fenómeno novo em Portugal é uma área de estudo emergente, pelo que necessita de ser aprofundada e divulgada, especialmente pelos profissionais de saúde e da educação para promover a capacitação destes em termos de diagnóstico e posterior encaminhamento dos jovens em risco. Contudo a sua divulgação deve processar-se com precaução dado o risco de o fenómeno se tornar “uma cultura de massas”, associado a uma incapacidade autorregulatória inicial mas podendo transformar-se numa expressão grupal tomando mesmo foros de competição e avaliação da coragem ou ousadia individuais.

Funções da violência autodirigida

Os comportamentos de violência autodirigida constituem uma forma de expressar e lidar com a profunda angústia e a dor emocional, de modo que o controlo da dor física origina um sentimento de alívio relativamente à dor psicológica e transmite ao jovem que se autoagride uma sensação de controlo sobre si próprio que não consegue obter de nenhum outro modo (Walsh, 2006). No contexto de emoções intensas e dolorosas e na ausência de apoio emocional, a violência autodirigida pode vir a cumprir uma série de funções diferentes (Babiker e Arnold, 1997; Gratz, 2003):

Violência autodirigida como um mecanismo de coping

A violência autodirigida pode ajudar na autorregulação dos sentimentos problemáticos a curto prazo (pois diminui a intensidade de algumas

emoções) e pode, portanto, originar a sensação de alívio. Para alguns, o desejo de anular estados emocionais desagradáveis é tão forte que eles querem interromper a consciência desse sofrimento de forma temporária. No entanto, os efeitos de redução da emoção raramente perduram para além de minutos ou algumas horas, e a violência autodirigida, a longo prazo pode ser uma fonte de estresse em si mesma. As pessoas podem sentir vergonha do comportamento ou sentirem-se angustiadas com as cicatrizes que daí resultaram. Além disso, a desaprovação ou preocupação dos outros à sua volta pode levar a novos conflitos interpessoais e a própria natureza do alívio a curto prazo pode originar uma sensação de que realmente a pessoa não é bem sucedida a resolver problemas.

Violência autodirigida como forma de autopunição

Para muitas pessoas, e em especial, após uma história de abuso ou negligência, é comum acreditarem que são eles próprios os culpados e merecem ser punidos, sendo a violência autodirigida o seu castigo.

Violência autodirigida como um meio de validação do *Self*

Para muitos dos indivíduos que foram abusados ou negligenciados e/ou que sofreram um acontecimento traumático, após o sucedido, podem considerar não estarem a conseguir reconhecer efetivamente que vivenciaram aquela experiência extremamente dolorosa, assumindo a violência autodirigida uma forma do *Self* confirmar ou autenticar o que eles realmente sofreram.

Violência autodirigida como um meio de influenciar os outros

Em algumas circunstâncias, a violência autodirigida pode ser uma forma de comunicar uma angústia que não é atendida quando comunicada por palavras. Em outros momentos, a violência autodirigida pode ser um meio de influenciar os outros, seja para chamar a atenção dos adultos ou pares, ou para pertencer a um grupo ou, ainda, para manter os outros à distância. Os comportamentos de violência autodirigida encerram, em si, uma grande diversidade de significados, ainda que constituam sempre um ataque ao próprio corpo. Deste modo, deve encarar-se o comportamento de violência

autodirigida como uma forma de comunicar as dificuldades sentidas pelo adolescente e um pedido de ajuda efetuado por este, quando não dispõe de nenhuma outra estratégia para resolver os seus problemas (Castille et al., 2007). É muito importante não fazer suposições sobre a função de um episódio particular de violência autodirigida sem compreender tanto o comportamento em si como a pessoa que efetuou o comportamento.

No que se refere aos precipitantes destes comportamentos, eles podem ser diversos, desde uma dificuldade escolar até um conflito afetivo ou familiar, pelo que os comportamentos de automutilação comportam, em geral, dificuldades ao nível da relação com os pais, com os pares e consigo próprio.

Os jovens com comportamentos de violência autodirigida revelam um autoconceito negativo, pessimista e inseguro, manifestando, frequentemente, sentimentos de hostilidade, tristeza e ausência de esperança no futuro, que são sentidos como intoleráveis. Para além disso, estes jovens demonstram um pensamento rígido e dicotómico, bem como uma ausência das estratégias de resolução de problemas, uma perceção de ausência de controlo sobre os seus próprios problemas e uma atitude de passividade (Polk, & Liss, 2007). Todos estes sintomas devem ser considerados fatores de risco para os comportamentos de violência autodirigida.

Os comportamentos de violência autodirigida não estão, regra geral, associados à morte, nem existe, naquele que provoca danos no próprio corpo, intencionalidade de morte. Estes fenómenos complexos são multideterminados e surgem, habitualmente, em situações de elevada ansiedade, tensão e fúria, tendo um elevado efeito tranquilizante que incita o indivíduo a repetir o gesto mesmo quando, após a autolesão, sente culpa e/ou vergonha (Whitlock, 2009).

Comportamentos de violência autodirigida vs indicadores de risco e de proteção

Para estimar o risco de violência autodirigida é necessária uma avaliação tanto de indicadores de proteção quanto de risco para os comportamentos

autolesivos. A prevenção da violência autodirigida passa pelo reforço dos fatores protetores e pela redução dos fatores de risco.

O risco é um conceito da epidemiologia moderna e refere-se à probabilidade da ocorrência de algum evento indesejável. Os fatores de risco são elementos com grande probabilidade de desencadear ou associar-se ao desenvolvimento de um acontecimento indesejado. Os fatores de proteção são recursos pessoais ou sociais que atenuam ou neutralizam o impacto do risco (Benincasa & Rezende, 2006).

A Sociedade Internacional do Estudo da Violência Autodirigida (ISSS, 2010) enumera alguns fatores de risco para a violência autodirigida nos jovens como: perturbações psicopatológicas e história de suicídios na família, negligência e maus tratos na infância, expectativas demasiado elevadas ou demasiado baixas dos pais em relação aos filhos, excesso de autoridade, rigidez familiar, divórcios/separações, dificuldades escolares, conflitos interpessoais e problemas de relacionamento, separação de amigos/ colegas/ companheiro e morte de pessoas significativas.

Entre os fatores protetores são mencionados: boas relações familiares, existência de um bom suporte social, boas competências sociais, adoção de estilos de vida saudáveis, identificação efetiva com valores culturais e boas relações interpessoais e grupais (ISSS, 2010).

Esta organização dá ainda relevância à existência de psicopatologia (quadros depressivos, perturbações psicóticas, ansiedade, crises de pânico, perturbações do comportamento alimentar, perturbações da personalidade, como humor instável, comportamento antissocial, impulsividade, irritabilidade, baixa tolerância às frustrações, dificuldade na resolução de problemas, ansiedade excessiva, ausência de esperança no futuro, isolamento, sentimentos de inferioridade, ambivalência), comportamentos aditivos e história de comportamentos suicidas (ISSS, 2010).

Relativamente aos comportamentos com quadros psicopatológicos, verifica-se que existe uma relação importante entre sintomatologia depressiva e ansiosa e comportamentos de violência autodirigida (Klonsky & Muehlenkamp, 2007). Há evidências de que a perturbação de personalidade

Borderline está amplamente associada à automutilação (que é, inclusive, definida como sintoma da patologia) e ambas estão relacionadas com a vivência de emoções negativas e com uma desregulação emocional. Outra correlação muito comum estabelece-se entre comportamentos de violência autodirigida e perturbações de comportamento alimentar, como a bulimia e a anorexia. Se equacionarmos um paralelismo entre estes comportamentos (autoagressão e purgar, por exemplo) é possível perceber que ambos são frequentemente despoletados por emoções negativas, resultantes de uma imagem corporal distorcida e sentimentos de raiva e repulsa pelo próprio corpo (Muehlenkamp, Swanson, & Brausch, 2005).

Relativamente aos comportamentos aditivos, há evidências de que os indivíduos que ingressam no consumo de substâncias tendem a autoagredir-se mais frequentemente (Evren, & Evren, 2005). Considera-se também uma associação entre estes comportamentos e as tentativas de suicídio, sendo que os jovens que se autoagridem parecem ter maior probabilidade de apresentarem ideação suicida ou tentativas de suicídio (Ross, & Heath, 2003).

Embora a violência autodirigida se interligue fortemente ao período da adolescência e a alguns diagnósticos psiquiátricos, existe outro contexto onde prevalece uma grande percentagem de comportamentos desta índole: o contexto prisional. Um estudo americano (Roe-Sepowitz, 2007), realizado com 256 mulheres de vários estabelecimentos prisionais (que frequentavam um programa de intervenção para trauma e abuso psicossocial), encontrou relações entre diversas variáveis. 42.3% das reclusas apresentava comportamentos de violência autodirigida, sendo que estes eram mais prováveis de ocorrer em reclusas com experiências de abuso durante a infância, sejam estes abusos físicos, emocionais ou sexuais. Corroborando estudos anteriores com outras populações, o autor encontrou, também, uma associação entre violência autodirigida, depressão, dissociação, abuso de substâncias e perturbações do comportamento alimentar. Salientou ainda uma percentagem mais elevada de prostitutas de entre as reclusas que se autoagrediam. Este grupo era constituído por mulheres mais jovens e mais frequentemente caucasianas.

Identificação, Intervenção e Tratamento da Violência Autodirigida

Detetar e intervir num comportamento de violência autodirigida pode ser muito difícil, pois a prática é muitas vezes secreta e habitualmente envolve partes do corpo que são relativamente fáceis de esconder. Para além disso, ainda são escassos os estudos sobre estratégias de identificação, intervenção e tratamento da violência autodirigida. No entanto, e tendo em conta a literatura, efetuamos as sugestões que se seguem:

Sinais de violência autodirigida:

- Cicatrizes frequentes ou inexplicáveis, cortes, hematomas e queimaduras, (muitas vezes nos braços, coxas, abdômen) e ossos quebrados (dedos, mãos, pulsos);
- Utilização de roupa inadequada para a estação do ano (habitualmente usam mangas compridas ou calças no verão para cobrir cicatrizes);
- Falta de vontade de participar em atividades que requeiram maior exposição do corpo sem roupa (como a natação ou aula de educação física);
- Comportamento secreto, ficando muito tempo na casa de banho ou em outros locais isolados;
- Curativos frequentes;
- Sinais gerais de depressão;
- Isolamento social e desligamento emocional;
- Abuso de substâncias;
- Posse de utensílios afiados (lâminas de barbear, X-atos, canivetes);
- Indicações de extrema ira, dor, tristeza ou imagens de danos físicos nos trabalhos de casa e em outras tarefas realizadas, por exemplo na sala de aula; e
- Comportamento de risco extremo que podem resultar em lesões.

Escolas, pais, médicos e outros profissionais de saúde e educação devem estar atentos aos sinais, pois têm um papel importante na identificação do comportamento de violência autodirigida e o envolvimento destes é crucial na assistência aos jovens.

Recomendações de intervenção

Tendo em conta que é na adolescência que tende a iniciar-se os comportamentos de violência autodirigida, e que os jovens passam a maior parte do tempo na escola, esta é considerada um local privilegiado onde estes podem ser identificados. Neste âmbito, apresentam-se, de seguida, algumas recomendações específicas para as escolas:

-fornecer informações a todos os adultos sobre como reconhecer sinais de violência autodirigida;

-possuir uma equipa com formação para intervir neste comportamento (por exemplo a equipa deve incluir professores, o psicólogo da escola, um assistente social e uma enfermeira). A equipa deve abordar as necessidades médicas, avaliar o risco de suicídio, determinar os recursos de apoio adequados e notificar os pais (e, se necessário, os serviços de proteção à criança), trabalhando em articulação com os recursos relevantes da comunidade. Os alunos devem ser sempre tratados individualmente e supervisionados até se considerar que estão em segurança ou então colocar o jovem sob os cuidados dos seus pais;

-notificar e envolver os pais, exceto se houver perigo ou uma história de abuso na família, o dever da escola é avisar os serviços de proteção à criança;

-colaborar com os pais e o psicólogo na fase do tratamento, pois este processo pode ser moroso e, quando apropriado, deve ser apoiado e reforçado na escola; e

-avaliar o nível de envolvimento do grupo de pares, em especial considerando que a violência autodirigida no contexto grupal é um fenómeno em expansão. Estas diferenças na motivação são suscetíveis de exigir diferenças nas abordagens de intervenção e prevenção.

-Salienta-se, ainda, a importância dos serviços nacionais de saúde mental desenvolverem diretrizes gerais para instituições, como escolas e universidades, terem capacidade de identificar e encaminhar os casos de violência autodirigida.

Num estudo recente, realizado a profissionais de saúde mental que trabalham numa universidade, menos de 1/3 dos entrevistados indicaram que a instituição para a qual trabalham possui um conjunto de diretrizes para a intervenção na violência autodirigida, mas praticamente todos concordam que é algo sobre o que gostariam de obter informações e orientações adicionais (Whitlock, Eells, Cummings, e Purington, 2009). Deste modo, também se advoga a necessidade de se dar formação específica e treino aos profissionais de saúde mental para estes se sentirem capacitados a intervir nesta problemática.

Tratamento

Não existe uma abordagem única e definitiva para o tratamento da violência autodirigida. Os tratamentos mais promissores envolvem uma combinação da terapia cognitivo-comportamental com medicamentos para doenças subjacentes (Walsh, 2005) e de terapia interpessoal . O tratamento pode envolver hospitalização ou atendimento intensivo de ambulatório, mas idealmente o jovem pode manter uma rotina tão normal quanto possível. O objetivo é ajudá-lo designadamente a identificar a causa subjacente da sua dor, e a desenvolver sobretudo estratégias de *coping* e competências de comunicação.

Mais recentemente, a terapia comportamental dialética (TCD) tem sido utilizada nos jovens que se autoagridem. A TCD baseia-se numa filosofia de aceitação de equilíbrio e de mudança e é uma terapia direcionada para a aquisição de competências específicas que incluem atenção, tolerância à angústia, regulação emocional e melhorar as relações interpessoais (Klonsky, & Muehlenkamp, 2007). A medicação habitualmente usada é a direcionada para os sintomas de depressão, ansiedade e/ou impulsividade. Outros aspetos do tratamento/intervenção podem incluir o trabalho da família, as intervenções com a escola, e aumentar os níveis de apoio.

A escola e os professores poderão desempenhar um papel muito importante na deteção precoce de estudantes com problemas psicológicos e no diagnóstico de jovens em risco, contribuindo desta forma para que os mesmos possam ser atempadamente encaminhados para serviços especializados.

Ideias Chave:

- A violência autodirigida é uma tentativa de aliviar a dor psicológica, mediante a provocação da dor física sem intenção de suicídio.

- Os comportamentos de violência autodirigida mais comuns incluem cortes, queimaduras, bater, arranhar, puxar cabelo e quebrar ossos, a forma mais frequente é o corte.

É importante estabelecer diretrizes para a identificação, intervenção, encaminhamento e tratamento da violência autodirigida.

Referências

- Babiker G and Arnold L (1997) *The Language of Injury: Comprehending self-mutilation*. Leicester: BPS books.
- Barbedo, M.M., & Matos, M.G. (2009). Fazer mal a si próprio. In M. Matos & D. Sampaio (Coord.), *Jovens com Saúde. Diálogo com uma geração* (pp.123-131). Lisboa: Texto Editores, Lda.
- Benincasa, M., & Rezende, M. (2006); Tristeza e suicídio entre adolescentes: fatores de risco e proteção. *Boletim de Psicologia*, 56 (24):93-110.
- Castille, K., Prout, M., Marczyk, G., Shmidheiser, M., Yoder, S. & Howlett, B. (2007). The Early Maladaptive Schemas of Self-Mutilators: Implications for Therapy. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, Vol. 21, N.1, 58-71.
- Croyle, K. & Waltz, J. (2007). Subclinical Self-Harm: Range of Behaviors, Extent and Associated Characteristics. *American Journal of Orthopsychiatry*, Vol. 17, Nº 2, 332-342.
- Evren, C. & Evren, B. (2005). Self mutilation in substance-dependent patients and relationship with childhood abuse and neglect, alexithymia and temperament and character dimensions of personality. *Drug and Alcohol Dependence* 80, 15 – 22.
- Favazza, A.R. (1998). The coming of age of self-mutilation. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 186, 259-268.
- Glassman, L. H., Weierich, M. R., Hooley, J. M., Deliberto, T. L., & Nock, M. K. (2007). Child maltreatment, non-suicidal self-injury, and the mediating role of self-criticism. *Behaviour Research and Therapy*, 45(10), 2483-2490.
- Gollust, S. E., Eisenberg, D., & Golberstein, E. (2008). Prevalence and correlates of self-injury among university students. *Journal of American College Health*, 56, 491-498.
- Gratz, K. (2003). Risk factors and functions of deliberate self-harm: An empirical and conceptual review. *Clinical Psychology Science and Practice*, 10, 192–205.
- Hawton, K., Rodham, K., Evans, E. (2006). *By their own young hand: Deliberate self-harm and suicide ideas in adolescence*. Kingsley: London.
- ISSS - International Society for the Study of Self-injury (2010). *Definitional issues surrounding our understanding of self-injury.*, <http://www.isssweb.org/>
- Jacobson, C. M., & Gould, M. (2007). The epidemiology and phenomenology of non-suicidal self-injurious behavior among adolescents: A critical review of the literature. *Archives of Suicide Research*, 11(2), 129-147.

- Klonsky, E.D. & Muehlenkamp, J.J. (2007). Self-injury: A research review for the practitioner. *Journal of Clinical Psychology*: In Session, 63, 1045-1056.
- Laye-Gindhu, A. & Schonert-Reichl, K.A. (2005). Nonsuicidal self-harm among community adolescents: Understanding the "whats" and "whys" of self-harm. *Journal of Youth and Adolescence*, 34(5), 447-457.
- Matos, M.G.; Simões, C.; Tomé, G.; Camacho, I.; Ferreira, M.; Ramiro, L.; Reis, M. & equipa Aventura Social (2011). *A Saúde dos Adolescentes Portugueses – Relatório do Estudo HBSC 2010*. ACS/FMH/UTL/CMDT-UNL.
- Matos, M.G., Reis, M., & Equipa Aventura Social (no prelo). Self-injury in Portuguese students.
- Muehlenkamp, J., Swanson, J. & Brausch, A. (2005). Self-objectification, risk taking and self-harm in college women. *Psychology of Women Quarterly*, 29, 24-32.
- Nock, K., Gordon, H., Lloyd-Richardson, E. & Prinstein, J. (2006). Non-suicidal self-injury among adolescents: Diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry Research*, 144, 65 – 72.
- Polk, E. & Liss, M. (2007). Psychological characteristics of self injurious behavior. *Personality and Individual Differences*, 43, 567-577.
- Ramiro, L., Reis, M., Matos, M.G. & Equipa Aventura Social (no prelo). Relatório a sexualidade dos jovens.
- Rodham, K., & Hawton, K. (2009). Epidemiology and phenomenology of nonsuicidal self-injury. In M. K. Nock (Ed.), *Understanding nonsuicidal self-injury: Origins, assessment, and treatment* (pp. 37-62). Washington, DC: American Psychological Association.
- Roe-Sepowitz, D. (2007). Characteristics and predictors of self-mutilation: a study of incarcerated women. *Criminal behaviour and Mental Health*, 17, 312-321.
- Ross S, & Heath N. (2002) A study of the frequency of self-mutilation in a community sample of adolescents. *Journal of Youth Adolescence*; 31:67-77.
- Ross, S., & Heath, N. (2003). Two models of adolescent self-mutilation. **Suicide & Life-Threatening Behavior**, 33(3), 277-287.
- Walsh, B. (2006). *Treating self-injury: A practical guide*. New York: Guilford Press.
- Walsh, B.W. (2005). **Treating self-injury: A practical guide**. New York, NY: Guilford Press.
- Whitlock, J. (2009). The cutting edge: Non-suicidal self-injury in adolescence. Research fACTs and Findings. Ithaca, NY: ACT for Youth Center of Excellence, 2-9.
- Whitlock, J. L., Eells, G., Cummings, N., & Purington, A. (2009). Non-suicidal self-injury on college campuses: Mental health provider assessment of prevalence and need. *Journal of College Student Psychotherapy*, 23(3), 172-183.
- Whitlock, J., Eckenrode, J., & Silverman, D. (2006). Self-injurious behaviors in a college population. *Pediatrics*, 117, 1939-1948.
- Whitlock, J., Eells, G., Cummings, N., & Purington, A. (2009). Nonsuicidal self-injury in college populations: Mental health provider assessment of prevalence and need. **Journal of College Student Psychotherapy**, 23(3), 172-183.
- Whitlock, J.L., Muehlenkamp, J., Eckenrode, J. (2008). Variation in non-suicidal self-injury: Identification of latent classes in a community population of young adults. **Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology**, 37(4). 725-735.
- Winchel, R.M. & Stanley, M. (1991). Self-injurious behavior: A review of the behavior and biology of self-mutilation. **American Journal of Psychiatry**, 148(3), 306-317.

Violência entre pares no contexto escolar

Margarida Gaspar de Matos, Celeste Simões e Tânia Gaspar

Violência em Contexto escolar

O *bullying*/provocação e a agressão física são os tipos de violência mais comuns nas escolas europeias. Trata-se de um comportamento agressivo, intencional e sistemático, num contexto muito específico - a escola (Olweus,



1991, 1994). Representa um tipo de violência entre os alunos, que está a suscitar uma crescente atenção da comunidade escolar e mesmo da população em geral (Matos et al, 2009; Negreiros et al, 2009; Gaspar et al, 2009; Simões et al, 2009) O *bullying*/provocação pode ser conduzido por um indivíduo - o provocador - ou por um grupo e o alvo do *bullying*/provocação pode também ser um indivíduo - a vítima - ou um grupo. Quem se envolve simultaneamente como

provocador e como vítima é designado por vítima-provocatória. Recentemente começou a falar-se dos *bystanders* (“espectadores”), que em alguns casos veem mas ignoram e não participam, por vezes alguns participam, “ao de leve” quer tomando a defesa da vítima, quer incentivando o agressor (Harris & Petrie, 2002).

Considera-se que existem três tipos principais de *bullying*, nomeadamente o físico ou direto, o psicológico e o indireto. O primeiro abrange comportamentos como bater, pontapear, empurrar, roubar, ameaçar, brincar de uma forma rude e que intimida e usar armas. O segundo refere-se a chamar nomes, arrelhar ou pegar com alguém, ser sarcástico, insultuoso ou injurioso, fazer caretas e ameaçar. Por fim, o terceiro e que é o mais dissimulado uma vez que não é tão visível, inclui excluir ou rejeitar alguém de um grupo (Bullock, 2002). A maior parte dos agressores e das vítimas são rapazes. Geralmente os agressores são fortes e tem idade superior à média do grupo, apresentam dificuldades de autocontrolo, e um grande

envolvimento em conflitos. No entanto, apresentam uma autoestima mais elevada e uma rede de relações interpessoais mais alargada do que as vítimas. A literatura identificou ainda dois tipos de perfis de vítimas da agressão pelos pares. As vítimas passivas, que constituem o tipo mais comum, tendem a ser inibidas, submissas ou não assertivas (Olweus, 1993). Estes alunos são alvos fáceis já que não têm tendência a retaliar, apresentando, além disso, reações emocionais muito negativas em resposta aos atos agressivos, reforçando, assim, o comportamento dos agressores e aumentando a probabilidade de ocorrências futuras. Pelo contrário, as vítimas agressivas têm tendência a reagir, evidenciando fracas competências de controlo dos impulsos, envolvendo-se frequentemente em atos violentos. As vítimas passivas não provocam os seus colegas, não gostam de violência, têm tendência a ser mais fracos que outros colegas reagem chorando ou ficando tristes (Isenhagen & Harris, 2004). As vítimas provocadoras normalmente têm uma deficiência na aprendizagem e falta de competências sociais, que os torna insensíveis a outros alunos, têm tendência a ser trocistas e aborrecerem os companheiros até que alguém lhes dê resposta ou que seja agressivo (Harris, Petrie, & Willoughby, 2002).

Embora estes perfis sejam diferentes, as vítimas partilham, no entanto, de défices em competências pessoais e sociais dos quais resultam sentimentos de solidão (Olweus, 1991; Matos, 2005)

Estudo Health behaviour in School-aged children (HBSC/OMS)

O HBSC/ OMS (*Health Behaviour in School-aged Children*) é um estudo colaborativo da Organização Mundial de Saúde, que pretende investigar os estilos de vida dos adolescentes e os seus comportamentos nos vários cenários das suas vidas. Neste momento conta com 44 países entre os quais Portugal, integrado desde 1996 e membro associado desde 1998. Os seus principais objetivos visam uma nova e aprofundada compreensão dos comportamentos de saúde dos adolescentes, estilos de vida e contextos sociais.

O questionário internacional, para o estudo HBSC foi desenvolvido através de uma investigação cooperativa entre os investigadores dos países. Como é habitual neste tipo de estudo internacional, os países membros do HBSC têm de respeitar um protocolo de pesquisa e procedimentos (Currie, Samdal, Boyce & Smith, 2001). Em termos gerais, seguindo com este protocolo a amostra portuguesa é constituída de forma aleatória e tem representatividade nacional para os jovens que frequentam o 6º, 8º e 10º anos de escolaridade, no ensino oficial. A unidade de análise é a “turma” e os questionários foram preenchidos na sala de aula, sendo de preenchimento anónimo e voluntário.

Portugal realizou um primeiro estudo nacional em 1998 (Matos et al., 2000) e o segundo estudo nacional em 2002 (Matos et al., 2003), o terceiro estudo nacional em 2006 (Matos et al., 2006 a,b,c,) e o quarto em 2010 (Matos et al., 2010) disponíveis em www.aventurasocial.com.

A recolha de dados é realizada através de um questionário, distribuído através dos Correios. Os questionários foram aplicados à turma na sala de aula, de modo anónimo e em regime de voluntariado. Foi obtido o consentimento das Direções Regionais, da Direção da Escola, das Comissões de pais e, em algumas escolas o consentimento ativo e individual dos pais. O estudo foi submetido e obteve parecer da Comissão Nacional de Proteção de dados e da Comissão de Ética do Hospital de S. João e foi sujeito à avaliação de especialistas, do painel de consultores do projeto Aventura Social (www.aventurasocial.com).

HBSC/OMS em 1998

O Estudo HBSC realizado a nível nacional em 1998 relata, referindo-se a alunos do 6º, 8º e 10º anos de escolaridade, que 25.7% estiveram envolvidos com regularidade (duas ou mais vezes por mês, nos últimos dois meses) em comportamentos de *bullying*/provocação na escola, 5.8% com duplo envolvimento (ofensores e vítimas em simultâneo), 6.3% como ofensores, e 13.6% como vítimas.

Dos alunos estudados, 5.5% envolveram -se em atos de provocação de modo mais intenso (mais do que duas vezes por semana, nos últimos dois

meses), 1.6% como provocador, e 3.9% como vítima. Este comportamento foi mais frequente nos rapazes e, tomando o nível de escolaridade como *proxy* da idade, diminuiu com a idade, ao longo da adolescência.

HSBC/OMS em 2002

O Estudo HBSC realizado a nível nacional em 2002 relata, referindo-se a alunos do 6º, 8º e 10º anos de escolaridade, que 23.2 % estiveram envolvidos com regularidade (duas ou mais vezes por mês, nos últimos dois meses) em comportamentos de *bullying*/provocação na escola, 5.7% com duplo envolvimento (ofensores e vítimas em simultâneo), 4.7% como ofensores e 12.8% como vítimas.

Dos alunos estudados, 11.7% envolveram-se em atos de provocação de modo mais intenso (mais de 2 vezes por semana, nos últimos dois meses) 4.0% como provocador, e 7.7% como vítima mais de duas vezes por semana. Este comportamento foi mais frequente nos rapazes e, tomando o nível de escolaridade como *proxy* da idade, diminuiu com a idade, ao longo da adolescência. Os tipos de *bullying* mais frequentes nos adolescentes envolvidos em atos de provocação foram o gozo, o insulto e a troça (26.1%), os comentários ou gestos ordinários, e/ou piadas sexuais (14.3%), a exclusão intencional social ou de atividades (13.1%)

HSBC/OMS em 2006

O Estudo HBSC realizado a nível nacional em 2006 relata, referindo-se a alunos do 6º, 8º e 10º anos de escolaridade, que 20.6 % estiveram envolvidos com regularidade (duas ou mais vezes por mês, nos últimos dois meses) em comportamentos de *bullying*/provocação na escola, 4.9% com duplo envolvimento (ofensores e vítimas), 6.3% como ofensores e 9.4% como vítimas.

Dos alunos estudados, 7.6 % envolveram-se em atos de provocação de modo mais intenso, (mais de 2 vezes por semana, nos últimos dois meses) 3.0% como provocador e 4.6% como vítima. Este comportamento continua, como já em 1998, mais frequente nos rapazes e, tomando o nível de escolaridade como *proxy* da idade, diminui com a idade ao longo da adolescência. Desde 2002 o envolvimento regular em atos de provocação

(duas vezes ou mais por mês, nos últimos dois meses) tem vindo a diminuir de modo sistemático, tendo mais peso a diminuição de alunos vítimas de provocação regular (duas ou mais vezes por mês nos últimos dois meses) A provocação intensa (mais de duas vezes por semana, nos últimos dois meses) diminui de 2002 para 2006, invertendo assim a trajetória crescente de 1998 para 2002, tendo também aqui mais peso a diminuição do número de alunos vítimas de provocação.

HSBC/OMS em 2010

O Estudo HBSC realizado a nível nacional em 2010 relata, referindo-se a alunos do 6º, 8º e 10º anos de escolaridade, que dos alunos estudados, 7.3 % se envolveram-se em atos de provocação de modo mais intenso (mais de 2 vezes por semana nos últimos dois meses), 2.7% como provocador e 4.6% como vítima. Este comportamento continua, como já em 1998, 2002 e 2006 mais frequente nos rapazes e, tomando o nível de escolaridade como *proxy* da idade, diminui com a idade ao longo da adolescência.

Desde 2002 o envolvimento de jovens em atos de provocação tem vindo a diminuir de modo sistemático. Em 2010 verificou-se ainda que 15.9% tiveram contacto com *ciberbullying*, 2.9% como ofensores e 7.6% como vítimas. Ainda em 2010 verifica-se que 54.8% dos que assistiram a atos de violência na escola, ficaram a ver sem fazer nada, 61.9% afastaram-se, 10.7% incentivou o ofensor e 21.3% foi chamar um adulto.

Estudos de investigação aprofundados (I)

Num estudo realizado com os dados do estudo HBSC de 2002 (Gonçalves & Matos, 2007; Matos & Gonçalves, 2009) tendo por objetivo analisar a associação entre uma série de diferentes tipos de comportamentos de *bullying* (enquanto provocado e provocador) e algumas variáveis preditoras, variáveis comportamentais (consumo de álcool, drogas e porte de armas) e cognitivas/percepções (percepção de satisfação com a vida e percepção de segurança na escola), foram analisados sete comportamentos de *bullying*: chamar nomes, deixar de fora, bater, boatos, raça, religião e piadas sexuais, na perspetiva do agressor (provocador) e do agredido (provocado), e foram selecionadas algumas variáveis, especificamente, o consumo de tabaco e

de álcool, o porte de armas, a percepção de segurança da escola e a satisfação com a vida, com o intuito de estudar as suas relações e o seu poder preditivo face aos comportamentos. Os alunos relatam ser provocados com maior frequência através dos seguintes comportamentos de *bullying*: chamar nomes, levantar boatos e piadas sexuais. Os alunos mencionam que provocam os colegas especialmente chamando-lhes nomes, dizendo piadas sexuais e deixando-os de fora das atividades.

A percepção da segurança existente na escola e andar com armas são variáveis que estão associadas de forma positiva e significativa com todos os tipos de *bullying* exercidos e sentidos; por sua vez, a satisfação com a vida estão associados negativamente e significativamente com todos os tipos de *bullying*. O consumo de álcool e tabaco está associado positivamente e significativamente com todos os comportamentos de *bullying* excetuando com os comportamentos sentidos pelas vítimas de lhes “chamar nomes”. Diferentes tipos de comportamento de *bullying* têm diferentes preditores, sendo de salientar o papel preditor do consumo de álcool, do andar com armas, a percepção de segurança na escola na maioria dos tipos de comportamento de *bullying* sentido e exercido (vítimas e agressores). Os resultados deste estudo traduzem-se em linhas práticas de intervenção com o problema do *bullying*, a salientar a importância dos alunos perceberem segurança nas escolas, evitar o porte de arma e contribuir para a satisfação dos alunos.

Uma afirmação frequentemente referida é que a violência está associada a um estatuto social mais desfavorecido ou à pertença a um grupo étnico. Estudos anteriores (Matos, Gonçalves & Gaspar, 2005) utilizando o mesmo instrumento em zonas com elevada concentração de pobreza e migração, apontam que, em zonas de elevada concentração de pobreza e migração as maiores diferenças não têm a ver com a violência mas com a percepção de tristeza, desesperança e isolamento.

Não perdendo de vista a relevância do fenómeno, (não somente pelos danos em termos da saúde mental dos adolescentes, mas também em termos da sua potencial intromissão no sucesso educativo), a violência na escola reflete a violência da sociedade civil envolvente, pelo que desde há

muito se preconiza uma ação precoce na família e nas estruturas comunitárias (Juntas de Freguesia, centros de jovens).

Estudos de investigação aprofundados (II)

Com o objetivo de perceber o impacto de determinados fatores no envolvimento em situações de *bullying* desenvolveu-se um modelo explicativo. De acordo com este modelo, os principais contextos de vida (família, amigos, colegas e professores) estão relacionados com o *bullying* através do seu impacto na satisfação com a escola e nos sintomas físicos e psicológicos.

Este modelo foi testado para três diferentes amostras: vítimas puras (que engloba sujeitos com diferentes níveis de envolvimento no *bullying* como vítimas mas sem qualquer envolvimento como provocadores); provocadores puros (sujeitos com diferentes níveis de envolvimento como provocadores mas sem qualquer envolvimento como vítimas); duplo envolvimento (sujeitos com diferentes níveis de envolvimento em situações de *bullying* como vítimas e como provocadores).

Para este estudo foram utilizados os dados portugueses do estudo HBSC 2006 cuja amostra foi já descrita.

Os índices de ajustamentos obtidos no modelo foram bons (CFI e NNFI >.90; RMSEA e SRMR <.06). A relação χ^2/gf foi inferior a 2, o que também constitui um bom indicador de ajustamento para os 3 modelos testados (ver Quadro 1 para detalhes).

Quadro 1: Índices de ajustamento obtidos para os 3 modelos em estudo

	χ^2 (g.l.) ¹	CFI ²	NNFI ²	RMSEA (90% I.C.) ²	SRMR
Vítimas	565.55*** (416)	.956	.951	.026 (.020-.031)	.040
Provocadores	556.21*** (416)	.936	.929	.029 (.022-.035)	.053
Duplo Envolvimento	710.91*** (416)	.950	.944	.031 (.027-.034)	.044

1 - Scaled Chi-Square 2 – Robust * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

No que diz respeito ao impacto dos contextos sociais na satisfação com a escola foi possível verificar que **os professores** ($\beta=.35$, para as vítimas; $\beta=.35$ para os provocadores; e $\beta=.32$ para o duplo envolvimento) e **os colegas** ($\beta=.17$, para as vítimas; $\beta=.26$ para os provocadores; e $\beta=.25$ para o duplo envolvimento) foram os únicos fatores com impacto significativo nos 3 grupos de sujeitos.

O impacto dos professores na satisfação com a escola foi superior ao impacto dos colegas nos 3 grupos de sujeitos. A família e os amigos não apresentaram um impacto significativo na satisfação com a escola. Estes fatores (professores e colegas) explicaram 20% da variância da satisfação com a escola no grupo do duplo envolvimento, 21% no grupo das vítimas e 27% no grupo dos provocadores.

Para os sintomas físicos e psicológicos verificou-se que no grupo das vítimas **a família** ($\beta=-.31$), **os colegas** ($\beta=-.31$) e **os professores** ($\beta=-.16$) apresentaram um impacto significativo, mas no grupo dos ofensores e no duplo envolvimento apenas a família ($\beta=-.31$, para os provocadores; e $\beta=-.11$ para o duplo envolvimento) e os colegas ($\beta=-.35$ para os provocadores; e $\beta=-.17$ para o duplo envolvimento) apresentaram um impacto significativo.

Os amigos constituíram o único fator que não apresentou um impacto significativo nos 3 grupos ao nível dos sintomas físicos e psicológicos. Os fatores com impacto significativo nos sintomas físicos e psicológicos explicaram 6% da variância deste fator no grupo de sujeitos com duplo envolvimento, 22% no grupo dos provocadores e 26% no grupo das vítimas.

De um modo geral, na análise dos 3 modelos em estudo foi possível verificar que a satisfação com a escola surge como fator de proteção dado o seu impacto negativo no *bullying*, enquanto que os sintomas físicos e psicológicos parecem constituir um fator de risco dado o seu impacto positivo nos comportamentos de vitimização, provocação e duplo envolvimento.

A satisfação com a escola apresentou um maior impacto ao nível da provocação, enquanto que os sintomas físicos e psicológicos apresentaram um maior impacto ao nível da vitimização e duplo envolvimento. Os colegas

surgiram como elementos chave neste âmbito dado que constituíram o fator com mais impacto ao nível dos sintomas físicos e psicológicos e um dos fatores mais importantes ao nível da satisfação com a escola. Quer os colegas, quer os professores surgiram como um fator protetor para o envolvimento em situações de *bullying* através do seu impacto negativo nos sintomas físicos e psicológicos e especialmente através do seu impacto positivo na satisfação com a escola.

Analisando as convergências e divergências entre os 3 perfis foi possível verificar que os colegas e os professores são os elementos chave na satisfação com a escola. Para os 3 perfis, os professores foram o fator com maior impacto na satisfação com a escola. Para os sintomas físicos e psicológicos o cenário foi diferente. Os professores surgiram novamente como um elemento importante, mas neste campo destacaram-se a família e os colegas. Estes 3 fatores (professores, colegas e família) apresentaram um impacto negativo nos sintomas físicos e psicológicos revelando-se assim como fator de proteção para o surgimento deste tipo de indicadores de mal-estar. No entanto, para os provocadores e para os sujeitos com duplo envolvimento apenas a família e os colegas apresentaram este efeito protetor.

Analisando o impacto direto da satisfação com a escola e dos sintomas físicos e psicológicos nestes 3 diferentes perfis de envolvimento em situações de *bullying* verificou-se que a satisfação com a escola não apresentou um impacto significativo na vitimização. Para este perfil apenas os sintomas físicos e psicológicos apresentaram um impacto significativo. Uma estrutura diferente foi obtida para os provocadores e para os sujeitos com duplo envolvimento. Para estes dois perfis, os dois preditores em estudo apresentaram um impacto significativo. O impacto dos sintomas físicos e psicológicos foi positivos para estes dois perfis, tal como no caso da vitimização, mas teve maior expressão no caso dos sujeitos com duplo envolvimento. A satisfação com a escola apresentou um impacto negativo, tal como esperado, mas com maior expressão na provocação comparativamente com o duplo envolvimento. Parece assim que a satisfação com a escola tem mais impacto na provocação, enquanto que os

sintomas físicos e psicológicos têm um maior impacto na vitimização e no duplo envolvimento.

Estes resultados permitem afirmar que as determinantes do *bullying* diferem no tipo ou no grau de impacto que apresentam nestes comportamentos. A satisfação com a escola parece ser mais importante para a provocação e para o duplo envolvimento e, por seu turno, os professores e os colegas o fator mais importante para a satisfação com a escola. Os sintomas físicos e psicológicos parecem ser um fator de risco para os 3 perfis, e a família e os colegas aparecem como o fator protetor mais importante neste campo.

Estudos de investigação aprofundados (III)

A amostra deste estudo foi constituída por 11008 adolescentes do 6.º, 8.º e 10.º ano (idade média = 14 anos, DP=1.897), distribuídos igualmente por ambos os géneros (50.4% de raparigas) e proporcionalmente pelas cinco regiões educativas de Portugal continental. Esta amostra engloba pois dois estudos HBSC, em 2002 e 2006 já referidos adolescentes e incluiu os adolescentes Portugueses que participaram no estudo *Health Behaviour in School-aged Children* (HBSC) em 2002 e em 2006 de acordo com o protocolo do estudo (Currie, Samdal, Boyce, & Smith, 2004; Matos et al, 2006: Matos et al., 2003; 2006)

Após estandarização das quatro variáveis relativas a situações de violência, para obtenção de *ZScores*, realizou-se um *KCluster* (SPSS 18.0) onde se obtiveram três grupos que foram identificados como correspondendo às situações “sem envolvimento” em nenhuma das quatro situações (N= 7674, 73.8%), “envolvimento sem porte de arma” (N= 2169; 20.9%) e “envolvimento com porte de arma” (N= 558, 5.4%).

Diversos comportamentos e situações associados ao risco e à proteção da violência interpessoal (consumos, ligação com a escola, comunicação com a família, ligação com os amigos, zona de morada, perceção de saúde, bem estar físico e mental) foram analisados e comparadas as suas médias através de uma Análise de Variância, após sua conversão em *Zscores*. O gradiente das médias dos vários comportamentos e situações nos três grupos correspondentes aos três tipos de envolvimento em violência revela

sempre diferenças significativas com exceção da percepção de competência escolar onde a significância da ANOVA excede o considerado habitualmente ($p > .05$).

Uma análise detalhada dos resultados revela dois tipos de perfis no que diz respeito à evolução ao longo dos três grupos: por um lado há um conjunto de comportamentos associados aos consumos, à relação com os colegas, à relação com a escola, à relação com os professores, à relação com os pais, ao ambiente da zona onde moram, que aparecem agravados com maior envolvimento em violência tomando em consideração este gradiente “não envolvimento- envolvimento sem armas- envolvimento com porte de armas”, este perfil sugere uma reta ascendente, quanto mais frequente o comportamento associável ao risco (ex: consumo de álcool ou tabaco) ou menos frequente o comportamento associável à proteção (ex: professores que ajudam ou que tratam com justiça), mais agravado o tipo envolvimento com a violência.

Pelo contrário, um outro perfil se desenha em variáveis relacionadas com a percepção de saúde e o bem-estar físico e psicológico, onde o grupo mais agravado parece ser o grupo intermédio (o envolvimento sem porte de armas), nestes casos este perfil sugere um U invertido com uma situação agravada no grupo com envolvimento intermédio com a violência (envolvimento sem arma).

Agrupando os alunos em dois grupos “ Não envolvimento em situações de violência” e “envolvimento em situações de violência” (juntando aqui o envolvimento com e sem porte de arma), foi feito um estudo das distribuição destes grupos pelas 134 escolas do país incluídas no estudo, considerando cada região separadamente.

Através da medida do Qui-quadrado, com apuramento dos residuais ajustados, foi possível identificar 22 escolas (16.4%) em todo o país que significativamente se distinguiram pelo maior envolvimento em situações de violência por parte dos seus alunos e 17 escolas (12.7%) que se distinguiram significativamente pelo baixo envolvimento em situações de violência (em todos os casos correspondendo a residuais ajustados superiores a 1.9).

Considerando as escolas por região verifica-se que na região Norte e no Algarve o número de escolas do grupo “não violento” (8 e 1 respetivamente) excede o número de escolas do grupo “violento” (6 e 0 respetivamente), ao passo que na zona Centro, Lisboa /Vale do Tejo e Alentejo o número de escolas do grupo “violento” (8, 5 e 3 respetivamente) excede o número de escolas do grupo “ não violento” (4, 2 e 2 respetivamente).

Foi por fim levada a cabo uma análise de regressão logística tentando explicar a condição “Não envolvimento em situações de violência” através das variáveis independentes consideradas na anterior ANOVA, controlando a idade e o género.

Obteve-se um modelo ajustado (*Hosmer e Lemeshow* $X^2 = 9.737$ (8) $p=.284$) e a equação de regressão explicou 21% da variância (*Nagelkerke* $R^2=0.21$) e explicou 96% dos casos de não envolvimento. Neste modelo a explicação da condição de “não envolvimento em situações de violência” faz-se pelas variáveis género (raparigas com uma probabilidade 3.3 vezes maior de estar neste grupo), idade (mais velhos mais frequentemente); menos embriaguez e menos consumo de drogas, menos saídas à noite com os amigos, menos faltas à escola, mais apoio dos professores, mais gosto pela escola, menos frequentemente triste, menos frequentemente nervoso, melhor convívio na zona onde mora e menos distância em termos da facilidade de falar com o pai e com a mãe.

Considerando um gradiente de “sem envolvimento”, a “envolvimento sem uso de arma” e “envolvimento com uso de arma” verifica-se uma regularidade de crescente de violência associada ao consumo de substâncias, saídas à noite com os amigos, falta de gosto pela escola; faltas escola, relação com os professores, ambiente na zona onde moram, no entanto no que diz respeito à perceção de sintomas físicos e psicológicos, tanto a situação de não envolvimento, com a de envolvimento com porte de arma aparecem, como se acabou de verificar mais associadas a uma boa perceção de saúde.

No presente estudo, o perfil de gradiente em relação às variáveis relacionadas com a perceção de bem-estar físico e psicológico sugere que o

porte de armas (canivetes, tesouras, X-atos) aparece em alguns alunos como uma estratégia securizante no convívio com situações de violência.

Por outro lado estima-se que em 16.4% das escolas há um maior convívio com situações de violência e em 12.7% das escolas há um quase inexistente convívio com a violência. Este facto demonstra por um lado que a violência “problemática” ocorre num número reduzido (embora sempre preocupante) de escolas, por outro lado que é possível identificar ao “macro-nível” escola, boas e más vivências e práticas em relação à violência.

Em relação à “*responsabilidade ambiental da escola*” na prevenção da violência, as medidas preventivas têm pois que incidir sobre as próprias escolas, enquanto contextos ecológicos de vida e de relação interpessoal.

Em relação à “*responsabilidade pessoal e social associável aos alunos e às famílias*”, frequentemente a informação é insuficiente para promover a adoção de um tipo de relação interpessoal e de gestão de conflitos sem recurso à violência e preconizam-se por isso abordagens educacionais focadas no desenvolvimento de competências de vida com intuito de ajudar os alunos (e famílias) simultaneamente em tarefas de aquisição de competências, de gestão das emoções, de autonomização e de desenvolvimento de relações maduras e de integridade pessoal sem recurso à violência mas sabendo na medida do possível lidar com situações de confronto e conflito interpessoal (Matos, 2005, 2009, 2004; Danish, Fazio, & Nellen, 2002). A ênfase deve ser colocada nas perceções de competências de identificação e gestão de conflitos e emoções, de comunicação interpessoal, de afirmação não violenta de si, de autonomia e de autoeficácia (Calmeiro & Matos, 2005; Matos, 2005; Matos & Sampaio, 2009).

Numa avaliação nacional a nível das escolas (GTES, 2007), verificou-se no entanto que, ao passo que para áreas como o consumo de substâncias, a alimentação/atividade física e a educação para uma sexualidade segura e saudável, as escolas promovem diversas medidas educativas e formativas para alunos, professores, funcionários e mesmo pais, no caso da violência as medidas são mais frequentemente prescritivas tipo “regulamento” de

escola, antiviolaência, com enunciado de regras e puniões para as respetivas infraões. Estas medidas sendo importantes não são todavia suficientes, porquanto se controla o comportamento violento mas não se trabalham as alternativas comportamentais e sócio-cognitivas, no confronto e na gestão dos conflitos interpessoais.

É fundamental a compreensão dos contextos pessoais sociais e escolares em que a violência ocorre (Matos, Simões, Negreiros & Gaspar, 2008; Matos & Gonçalves, 2009) e o presente estudo confirma que fatores comportamentais, sociais e ambientais estão associados à prevenção da violência ou seu agravamento (atitude dos professores, zona de habitação, relação com os pais e com os amigos, consumo de substâncias, por exemplo).

Neste estudo pode identificar-se “*escolas onde o envolvimento em situações de violência é maior, e escolas onde é menor*” e estimar a sua frequência a nível nacional. Por outro lado foi possível identificar correlatos pessoais e sociais da pertença a grupos mais ou menos violentos. Num outro estudo (Matos & Maroco, in prep.) utilizando procedimentos estatísticos sofisticados, foi possível caracterizar as próprias escolas do ponto de vista sócio-ambiental.

Todos estes estudos têm como objetivo o estudo da interação entre variáveis micro e macro associadas à violência interpessoal na escola, de modo a tornar a prevenção da violência interpessoal nas escolas uma “cultura escolar” sustentada.

A escola surge sempre como um ambiente privilegiado para a implementação de programas de saúde (incluindo a prevenção da violência entre pares), em especial quando as intervenões enfatizam igualmente, o papel dos pares e da família.

Implicaões para a atuação na Escola

Os programas de prevenção devem incluir a promoção de um capital social positivo, promovendo a inclusão social, o acesso a espaços alternativos, protegidos e o desenvolvimento de materiais e estruturas de educação e lazer.

A preocupação com a qualidade da programação do fim de semana nas escolas é uma marca inovadora que pode contribuir para uma reversão das desigualdades e situações de vulnerabilidade social. Inclui uma agenda de atividades, que tem lugar ao fim de semana com o apoio de animadores e técnicos especializados, produção de materiais e planeamento e implementação de ações, envolvendo os jovens, os pais e a comunidade (Abramovay & Pinheiro, 2003).

A violência na escola causa danos à saúde mental positiva aumentando a ansiedade e o medo, conduzindo ao desenvolvimento de perceções de vulnerabilidade e desesperança. Um programa de intervenção eficaz deverá promover uma saúde mental positiva, nomeadamente, promovendo uma perceção positiva de bem-estar, recursos individuais (autoestima, competências sociais, otimismo e sensação de poder e de coerência), capacidade de iniciar, desenvolver e manter relações interpessoais mutuamente satisfatórias, de lidar com a adversidade e de procurar apoio nos pares, adultos e instituições sociais sobre temas relacionados com a violência.

Igualmente importante é o contexto e o envolvimento escolar, as relações sociais dentro da escola e com os pais e as ligações da escola com a comunidade envolvente.

Um programa de prevenção da violência em meio escolar deverá ainda promover a qualidade na educação escolar, nomeadamente, na obtenção de níveis, sucesso na educação e passagem de ano, facilitar a monitorização da educação escolar e dos recursos e estruturas disponíveis.

Resposta escolar ao *bullying*/provocação entre pares na escola

São necessários para uma política *antibullying* (Mellor,1990), três pré-requisitos básicos:

- Identificação – reconhecimento que o problema possa existir;
- Abertura – clima onde o *bullying*/provocação possa ser discutido;

-Controlo – pais, professores e alunos devem estar envolvidos na política *antibullying*.

De salientar que os pais têm um papel muito importante na redução e prevenção do *bullying*/provocação, na medida em que a experiência da criança antes de entrar na escola vai influenciar fortemente as estratégias que ela usa nas relações sociais, e no contexto escolar (Myron-Wilson & Smith, 2000; Calmeiro & Matos, 2005; Matos, 2005). Diversos sintomas, como cefaleias, dores de barriga, tristeza, enurese noturna, dificuldades em adormecer, perda de apetite, diminuição do rendimento escolar, ou frequente "extravio" do dinheiro podem ajudar os pais a identificar situações em que os seus filhos estão a ser vítimas de provocação pelos pares.

Olweus (1991, 1993, 1994) recomenda que o foco da intervenção se centre em diferentes níveis:

Escola (melhor supervisão);

Turma (regras contra o *bullying*/provocação);

Indivíduo (apoio individualizado a vítimas e provocadores no sentido de promover as suas competências sociais e comportamentos interpessoais alternativos à violência);

Família (ajudar os pais a reconhecer os sinais de uma situação de provocação e ajudar o filho, quer seja provocador ou vítima, sem oscilar entre a negligência e a superproteção, ambos comportamentos potencialmente agravadores do *bullying*/provocação).

Existem programas de mediação de pares que visam envolver os estudantes na resolução dos seus próprios conflitos. Entre as competências ensinadas nesses programas incluem-se a escuta ativa, o trabalho de equipa, a procura de uma solução pacífica, a utilização do humor quando lidam com os provocadores e a cordialidade/empatia.

Muitos autores sublinham esta necessidade de envolver os alunos na solução dos seus próprios problemas como único modo de se obter alterações positivas e sustentadas, continuadas no tempo, tendo como objetivo final a modificação do ambiente escolar, a sensação de segurança,

pertença e bem-estar interpessoal. Por outro lado, as estratégias de intervenção no *bullying*/provocação parecem ter maior sucesso entre os rapazes do que entre as raparigas (Salmon et al., 1998).

A intervenção deverá ser efetuada o mais precocemente possível e em contexto familiar e escolar, contextos que podem influenciar a conduta da criança, principalmente se a coesão familiar for fraca e se os jovens se associarem a grupos desviantes na escola:

Avaliar o problema na própria escola.

Efetuar a identificação das atividades de *bullying*/provocação.

Estabelecer regulamentos escolares com regras claras para os alunos, utilizando sanções não-hostis e não-físicas.

Envolver e apoiar os pais.

Abrir canais de comunicação entre os pais e os educadores.

Ajudar professores, alunos e outros e agentes educativos a identificar os estudantes em maior risco de envolvimento em comportamentos de *bullying*/provocação.

Efetuar o registo de incidentes de *bullying*/provocação

Estimular o envolvimento de alunos e professores na avaliação do sucesso da escola em lidar com os problemas associados ao *bullying*/provocação.

Estabelecer de modo participado um conjunto de procedimentos de ação que se deve desenrolar caso se testemunhe um ato de provocação/violência na escola

Os programas de prevenção devem incluir a promoção de um capital social (família e grupo social) promovendo a inclusão social, o acesso a espaços alternativos, protegidos e o desenvolvimento de materiais e estruturas de educação e lazer.

A preocupação com a qualidade da programação do fim de semana nas escolas é uma marca inovadora que pode contribuir para uma reversão das desigualdades e situações de vulnerabilidade social envolvendo os jovens, os pais e a comunidade (Abramovay & Pinheiro, 2003).

Promoção de Competências Pessoais e Sociais na prevenção da violência entre jovens, em Portugal

O Programa de Promoção de Competências Pessoais e Sociais (Matos, 1998, 2005) tem como objetivo “ajudar as crianças e adolescentes a desenvolver capacidades pessoais e relacionais, permitindo a cada individuo refletir sobre o modo de se relacionar com os outros, encontrando alternativas adequadas a cada situação”.

No PPCPS pretende-se desenvolver competências que promovam a inserção social, a harmonia, e a cooperação com os outros. O programa visa ainda permitir às crianças e jovens conhecerem melhor o seu próprio corpo, e as suas capacidades de relacionamento com os outros, competências que se afiguram cada vez mais importantes numa sociedade progressivamente mais exigente e competitiva.

O PPCPS é definido por cinco conteúdos estruturais:

- A comunicação interpessoal verbal e não verbal;
- A identificação e gestão/regulação de emoções;
- A identificação e solução de problemas e gestão de conflitos;
- A promoção de competências sociais e da assertividade; e
- As expectativas positivas face ao futuro.

Objetivos do programa:

- a) Desenvolver nos jovens competências pessoais e sociais como forma prevenção de comportamentos desajustados;
- b) Desenvolver competências ao nível da comunicação interpessoal, da resolução de problemas e gestão de conflitos, da assertividade e da gestão/regulação de emoções;
- c) Desenvolver competências ao nível das relações interpessoais;
- d) Desenvolver competências de trabalho e apoio de pares entre os jovens;
- e) Trabalhar as expectativas face ao futuro

Prevenção da violência nas escolas numa perspectiva de Educação para a Saúde

A violência em meio escolar foi uma das áreas prioritárias definidas pelo grupo de trabalho criado no âmbito do Ministério da Educação (GTES, 2005, 2007a,b) e é de abordagem obrigatória em sessões curriculares e extracurriculares. Uma abordagem transversal a todos os conteúdos ministrados do 1º ano ao 12º ano de escolaridade é recomendada. Fica por incluir o ensino superior, nesta fase. O ensino pré-escolar está abrangido indiretamente, em todas as escolas deste nível de ensino incluídas em agrupamentos.

Na sequência do trabalho do GTES foi assinado um protocolo entre o Ministério da Educação e da Saúde, definindo atores e responsabilidades. Posteriormente, dando forma legal à sua implementação nas escolas, foi publicado um despacho onde se define a violência como uma das áreas prioritárias na intervenção em meio escolar em matéria de saúde (a par com o consumo de substâncias, a educação sexual e a alimentação/atividade física). A implementação deste programa nas escolas portuguesas foi recentemente alvo de uma avaliação (GTES, 2007b). O referido despacho reafirma ainda a obrigatoriedade da educação para a saúde e responsabiliza a escola pela sua implementação, prescrevendo medidas como, por exemplo, a existência de um professor coordenador da área por escola, a existência de um gabinete de apoio ao alunos na escola, a revitalização da transversalidade, a utilização das áreas curriculares não disciplinares. Mais recentemente a Lei 60/2009 - 6 de agosto de 2009 robustece a possibilidade de ações sustentadas a nível da promoção da saúde nas escolas, sendo um dos focos principais a prevenção da violência e a promoção de relações interpessoais gratificantes.

Em abordagens anteriores (Simões, 2005; 2007; Simões, Matos & Batista-Foguet, 2006) apresentaram-se quatro aspetos importantes no campo da prevenção dos comportamentos de risco na adolescência: (1) intervir precocemente, (2) promover fatores de proteção dos comportamentos de risco e alternativas a estes mesmos comportamentos; (3) envolver os

elementos de referência dos principais contextos de vida; e (4) planejar intervenções para vários comportamentos-alvo.

A criação de alternativas saudáveis e atrativas para o preenchimento de tempos livres, bem como a organização de espaços de orientação e de apoio aos adolescentes parecem aspetos fundamentais. Pais, amigos e professores destacaram-se nestes estudos como três grupos-chave para o ajustamento emocional e satisfação com escola. Tal como referimos em trabalhos anteriores (Matos, 2005; Matos et al, 2003) qualquer trabalho preventivo de ação direta sobre o indivíduo deve abordar os seus contextos de vida e envolver os seus intervenientes, no sentido de se obter uma diminuição do risco e uma ativação dos recursos de apoio.

Ao delinear possíveis intervenções recordam-se alguns autores que apontam a participação social ativa, o aumento do número de acontecimentos agradáveis na vida diária e a focalização da atenção nos aspetos aprazíveis das vivências, como estratégias relevantes para aumentar a felicidade dos indivíduos e a perceção de satisfação de vida. Mais do que o número ou a variedade de atividades agradáveis é importante prevenir e acompanhar o adolescente; ajudá-lo a descobrir-se, a conhecer-se e a comunicar-se; dotá-lo de competências para “ler” o seu próprio desenvolvimento, os acontecimentos de vida, o contexto, a sociedade e o mundo; trabalhar os seus recursos pessoais para lidar com os desafios de uma existência indutora de *stress*; envolvê-lo em comunidades que integrem, sejam criativas e promovam a saúde; despertar-lhe horizontes e ideais de vida; acompanhá-lo nas opções e reflexões de vida; desenvolver a sua responsabilidade e solidariedade para a comunidade. É ainda importante reforçar a autonomia, responsabilização e participação social do adolescente e a importância destes fatores na promoção da sua saúde (Matos et al., 2008).

Como afirmou Morgan (2006) as comunidades nunca se constroem a partir das suas deficiências, mas sim a partir da capacidade de mobilizarem os seus recursos. O grande desafio para pais e professores é estar presente, estar atento, mas atuar responsabilizando, dando e exigindo, facilitando as tomadas de decisão, promovendo uma reflexão pessoal sobre a vida, as

expectativas de futuro, e as opções de vida associadas ao bem-estar. Os presentes resultados sugerem a necessidade de combater o efeito cumulativo dos fatores de risco, em termos do seu impacto para a saúde das crianças e adolescentes, atuando de modo articulado e integrado (incluindo aqui também fatores pessoais, familiares, escolares e relativos ao grupo de pares).

Um lugar de destaque para a escolarização e suas vicissitudes em Portugal. A competência escolar, sucesso escolar ou pelo menos o não-abandono escolar aparecem-nos como um dos fatores mais relevantes, não só do bem-estar na adolescência, como da possibilidade de se cortar o círculo vicioso “**iliteracia- pobreza- falta de expectativas para o futuro- risco – comprometimento da saúde/ bem-estar**”, pelo menos para as próximas gerações (Matos, 2007; Matos et al, 2008).

Referências

- Abramovay, M & Pinheiro, L. (2003). *Violência e Vulnerabilidade Social*. In Alicia Fraerman (Ed.). *Inclusión Social y Desarrollo: Presente y futuro de La Comunidad IberoAmericana*. Madrid: Comunica.
- Bullock, J. (2002). Bullying among children. *Childhood Education*, 78 (3), 130-133.
- Botvin, G.J., & Griffin, K.W. (2004). Life skills training: Empirical findings and future directions. *The Journal of Primary Prevention*, 25(2), 221-232.
- Calmeiro, L. & Matos, M. (2005). *Psicologia do Exercício e da Saúde*. Lisboa: Visão & Contextos.
- Currie, C. et al, (2000) *The health of young people* Copenhagen: World Health Organization
- Currie, C., Smith, R., Boyce, W., & Smith, R. (2001). *HBSC, a WHO cross national study: Research protocol for the 2001/2002 survey*. Copenhagen: World Health Organization
- Currie, C., Roberts, C., Morgan, A. et al. (2004). *Young people health in context*. Copenhagen: World Health Organization.
- Gaspar, T., Matos, M. G., Negreiros, J., & Simões, C. (2009). Programas de prevenção e intervenções. In. H. C. Filho & C. Ferreira-Borges (Org.). *Gestão de Problemas de Saúde em Meio Escolar: Violência, Bullying e Delinquência* (Vol. III, pp. 129-168). Lisboa: Coisas de ler.
- Gonçalves, S. & Matos, M.G. (2007). Bullying in Schools: Predictors and Profiles. Results of the Portuguese Health Behaviour in School-aged Children Survey. *International Journal of Violence and School* 4, 91-108.
- GTES (2005) *Educação para a saúde – relatório preliminar*, acedido em 2 julho 2007 www.dgjidc.min-edu.pt
- GTES (2007a) *Educação para a saúde – relatório de progresso*, acedido em 2 julho 2007 www.dgjidc.min-edu.pt
- GTES (2007b) *Educação para a saúde – relatório final*, acessível em 30 setembro 2007 www.dgjidc.min-edu.pt
- Harris, S., & Petrie, G. (2002). A study of bullying in the middle school. National Association of Secondary School Principals. *NASSP Bulletin*, 86, 42-53.
- Harris, S., Petrie, G., & Willoughby, W. (2002). Bullying among 9th graders: An exploratory study. National Association of Secondary School Principals. *NASSP Bulletin*, 86, 3-14.
- Isernhagen, J. & Harris, S. (2004). A comparison of bullying in four rural middle and high schools. *The Rural Educator*, 25(3), 5-13.
- Matos, M. G (ed) (2005). *Comunicação, gestão de conflitos e saúde na escola*. Lisboa: Edições FMH.

- Matos, M.G. e Equipa do projeto Aventura Social (2001) *A Saúde dos Adolescentes Portugueses*, Lisboa: CDI/ FMH/UTL e em www.aventurasocial
- Matos, M. G., & Equipa do Projeto Aventura Social. (2003). *A saúde dos adolescentes portugueses (Quatro anos depois)*. Lisboa: Edições FMH.
- Matos, M. G., Simões, C., Tomé, G., Gaspar, T., Camacho, I., Diniz, J. A., et al. (2006). *A saúde dos adolescentes portugueses: Hoje em 8 anos*. Retrieved 20-12-2006, from <http://www.fmh.utl.pt/aventurasocial/pdf/191206/nacional.pdf>
- Matos, M.G. (2007). *Health and well-being in portuguese adolescents*. WHO/HBSC Forum: Social Cohesion and Mental Health, 2007: Las Palmas, March 2007.
- Matos, M.G., Batista, M. I., Simões, C., Gaspar, T., Sampaio, D., Diniz, J. A., Goulão, J., Mota, J., Barros, H., Boavida, J. & Sardinha, L. (2008). Portugal: from research to practice – promoting positive health for adolescents in schools. In *Social cohesion for mental well-being among adolescents*. WHO/HBSC FORUM .
- Matos, M. G., Negreiros, J., Simões, C., & Gaspar, T. (2009). Definição do Problema e caracterização fenómeno. In. H. C. Filho & C. Ferreira-Borges (Org.). *Gestão de Problemas de Saúde em Meio Escolar: Violência, Bullying e Delinquência* (Vol. III, pp. 23-53). Lisboa: Coisas de Ler
- Matos, M.G. & Gonçalves, S. (2009). **Bullying nas escolas: Comportamentos e Percepções**. *Revista Psicologia, Saúde & Doenças*.
- Matos, M.G., Simões, C., Gaspar, T., Negreiros, J; Batista, M. I., (no prelo) *Violência em meio escolar* ; Lisboa: DGIDC
- Mellor, A. (1990). *Bullying in Scottish secondary schools*. Retirado em 1 de setembro de 1999 da World Wide Web: <http://www.scre.ac.uk>.
- Myron-Wilson, R., & Smith, P. (2000). *Attachment influences on bullying*. Retirado em 30 de março de 2000 da World Wide Web: <http://www.uclan.ac.uk>
- Morgan, A. (2007). *Frameworks for improving young people's mental well being: Assets and deficits models*. WHO/HBSC Forum: Social Cohesion and Mental Health, 2007: Las Palmas, March 2007.
- Negreiros, J., Simões, C., Gaspar, T., & Matos, M. G. (2009). Populações em risco e tipos de intervenção. In. H. C. Filho & C. Ferreira-Borges (Org.). *Gestão de Problemas de Saúde em Meio Escolar: Violência, Bullying e Delinquência* (Vol. III, pp. 55-95). Lisboa: Coisas de Ler
- Olweus, D. (1991). Bully/victim problems among school children: Basic effects of a school based intervention program. In D. Pepler & K. Rubin (Eds.), *The development and treatment of childhood aggression* (pp. 411-448). New Jersey: Erlbaum.
- Olweus, D. (1993). *Bullying at school*. Oxford e Cambridge: Blackwell.
- Olweus, D. (1994). Annotation. Bullying at school: Basic facts and effects of a school-based intervention program. *Journal of Psychology and Psychiatry*, 43(7), 1171-1190.
- Salmivalli, C. (2001) Group view on victimization: empirical findings and their implications. In J. Juvonen & S. Graham (eds) *Peer harassment in school. The plight of the vulnerable and victimized* (pp.398-420) Guilford: NY
- Salmon, G., James, A. & Smith, D.M. (1998). Bullying in schools: Self reported anxiety, depression, and self esteem in secondary school children. *BMJ*, 317, 924-925.
- Simões, C & Carvalho, M (2009) A violência entre pares, in M.G. Matos, & D, Sampaio D. org (2009) *Jovens com saúde: diálogo com uma geração*. pp 97-116 Lisboa: Texto/Leya
- Simões, C. (2005). *Comportamentos de risco na adolescência: Estudo dos fatores aliados ao risco e à proteção na saúde em jovens em idade escolar em função dos diferentes cenários relevantes do seu quotidiano e do seu percurso de desajustamento social*. Tese de Doutoramento (não publicada). Universidade Técnica de Lisboa, Lisboa.
- Simões, C., Matos, M. G., & Batista-Foguet, J. (2006). Consumo de Substâncias na Adolescência: Um modelo explicativo. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 7(2), 147-164.
- Simões, C. (2007). *Comportamentos de risco na adolescência*. Lisboa: FCG/FCT.
- Simões, C., Gaspar, T., Matos, M. G., & Negreiros, J. (2009). Estratégias para prevenir. In. H. C. Filho & C. Ferreira-Borges (Org.). *Gestão de Problemas de Saúde em Meio Escolar: Violência, Bullying e Delinquência* (Vol. III, pp. 97-127). Lisboa: Coisas de Ler

Adolescência, estilos de vida e lazer

Mafalda Ferreira

Na adolescência os jovens procuram uma identidade e autonomia, implicando escolhas relativas aos seus pares, em contexto escolar e social, à família e à comunidade (DiClemente et al, 2001; Michael & Ben-Zur, 2007). É um período de desenvolvimento com rápidas alterações físicas, psicológicas, sócio-culturais e cognitivas caracterizadas por esforços para confrontar e superar os desafios.. A multiplicidade de contextos sociais e interpessoais em que o adolescente se move representa desafios adicionais e possibilidades acrescidas de estes virem a desenvolver problemas de ajustamento, com consequências negativas na sua saúde (Matos, 2009).

O adolescente tende a ser modelado, quer pelo seu próprio desenvolvimento, quer pelos contextos socioculturais em que se encontra. De acordo com Zick (2010), neste período da adolescência, as escolhas sobre o uso do tempo livre podem fornecer importantes experiências de desenvolvimento que, por sua vez, afetam a transição para papéis adultos, sendo que o tempo dispendido em atividades de lazer tem vindo a aumentar nas últimas décadas, sendo em alguns estudos superior a 40% do tempo total.

Considera-se a ocupação como atividades diárias que refletem valores culturais e fornecem estrutura e significado à vida da pessoa, fazendo parte das necessidades humanas de satisfação e cuidado com o próprio, bem como da participação em sociedade, o que nos remete para as atividades de lazer. O lazer pode ser considerado como um conjunto de atividades às quais a pessoa habitualmente se entrega de livre vontade, com o intuito de descontrair, descansar, divertir-se, entreter-se, recriar-se, ou ainda para aumentar a sua informação e conhecimento, a sua participação social voluntária, a sua criatividade, e até mesmo para descontrair das suas obrigações profissionais, familiares e sociais (Athenstaedt, Mikula & Bredt, 2009). Para a maioria dos adolescentes é de facto muito importante a conformidade social, sendo de enorme relevância a aceitação e aprovação

dos pares, tendo estes grande influência nas suas escolhas. Hanish (2005), refere que os adolescentes integrados em grupos desviantes poderão ter maior probabilidade de desenvolver comportamentos de risco como o abuso de substâncias. Torna-se necessário salientar que o tempo livre disponível após o fim das aulas é por vezes onde ocorrem determinados comportamentos de risco, devendo ser alvo de atenção por pais e educadores, de forma a minimizar esses comportamentos (Goldestein, Davis-Kean, & Eccles, 2005).

Durante a adolescência dá-se assim uma reorganização a nível social em que ocorrem algumas mudanças fundamentais: o adolescente passa mais tempo com os seus pares que adquirem uma maior importância (Durkin, 1995; Cole & Cole, 2001; Oliveira, 2003). Vive mais intensamente a aceitação e rejeição social e a importância do sexo oposto sobe na lista de prioridades: atração física e padrões de comportamento (amizade, sociabilidade e competências) são normas implícitas da aceitação do grupo.

A importância do grupo de pares e da pertença grupal na adolescência é inquestionável pela literatura (Durkin, 1995; Gouveia-Pereira, 1995; Croizer, 2000; Hargreaves e North, 2000; Peixoto et al., 2001; Tarrant, McKenzie e Hewitt, 2006). De uma forma geral, o grupo de pares funciona como “laboratório social” (Sheriff & Sheriff, 1964, cit. por Peixoto et al. 2001; Cotterell, 1996), na medida em que permite ao adolescente experimentar e desenvolver-se, servindo de suporte emocional, proporcionando experiências positivas e permitindo ao adolescente sentir-se como parte integrante de um grupo, através do qual a socialização lhe permite adquirir valores, competências e preferências que orientam o seu comportamento (Tarrant, MacKenzie & Hewitt, 2006). A relação estabelecida com os colegas contribui positivamente para o desenvolvimento do adolescente através de caminhos inacessíveis à família, uma vez que passam mais tempo com os colegas do que com as famílias e adultos (Kirchler, Pombeni & Palmonari, 1991; Durkin, 1995).

Enquanto ator social, o adolescente vai sentindo uma maior afinidade com alguns pares iniciando o seu sentimento de pertença a determinados grupos e este processo apresenta-se como indispensável na construção da

identidade social dos adolescentes (Brown, Mory & Kinney, 1994; Tarrant, MacKenzie & Hewitt, 2006). O grupo social, a cultura juvenil associada e a identidade grupal construída organizam-se segundo protótipos que ajudam a construir as relações sociais com os pares (Brown, Mory & Kinney, 1994; Steglich, Snijders & West, 2006): comportamentos, valores, atitudes e preferências são muitas vezes determinados não só por efeitos de conformismo, mas também por tentativas de comparação a uma percepção criada por diversos fatores.

Enquanto o efeito psicossocial do conformismo revela que os indivíduos dependem do grupo para acederem à aceitação e aprovação social, conformando-se com a opinião da maioria ou submetendo-se a efeitos de prestígio porque antecipam recompensas e punições (Aesbicher, Hewstone & Henderson, 1983; Crozier, 2000), muitas opções respeitantes ao estilo de vida são feitas com base na imagem do padrão que uma pessoa tem (North & Hargreaves, 1999), o que muitas vezes determina as suas escolhas e preferências. Esta hipótese de “*self-to-prototype match*” baseia-se na presunção de que os indivíduos são motivados a reforçar e proteger a sua autoimagem e identidade social através de preferências e comportamentos que se aproximem às do padrão que têm (North & Hargreaves, 1999).

É o grupo social que vai, na sua maioria, definir vários aspetos da vida dos adolescentes: modo de vestir, pentear ou posturas, mas também nos comportamentos de risco. Neste sentido, vários estudos referentes a culturas grupais revelam diversidade nos comportamentos, valores e atitudes associados às mesmas, ou seja, enquanto algumas culturas juvenis apareceram num espectro mais desviante, outras demonstraram enquadrar o seu comportamento por regras de obediência e até comportamentos pré-escolares (Peixoto et. al, 2001). Risby e McDill (1975, cit. por Brown, Mory & Kinney, 1994) sugerem a distinção dos adolescentes por dois sistemas de recompensa: um formal, caracterizado por uma submissão à autoridade dos adultos, e um informal, conformista à “cultura juvenil” e que se apresenta como mais irreverente e motivado na obtenção de prazer e procura de sensações prazerosas.

Das atividades de tempos livres e lazer descritas em diversos estudos acerca dos comportamentos de saúde dos adolescentes (Matos, 2011), realçam-se o conversar com amigos (cara a cara ou através de *chats* e da *Internet*), praticar desporto e jogar, ouvir música, passear e sair com os amigos. Vários estudos apontam a adolescência como o período do desenvolvimento humano em que o tempo dedicado à música e a ouvir música está no seu pico (Crozier, 2000). A inegável importância e influência que apresenta na vida dos adolescentes demonstra-se não só pelo seu consumo (North & Hargreaves, 1999), como também pelas cerca de 7 horas que despendem, por dia, a ouvir música (North, Hargreaves & O'Neill, 2000; Zillmann & Gann, 2000).

North e Hargreaves (1999) defendem que a adolescência pode apresentar-se como um “período crítico” na determinação das preferências musicais e também um instrumento importante nas percepções sociais dos adolescentes. Os autores afirmam que uma possível consequência para a especial importância que os adolescentes dão à música é o facto destes a usarem como guia para características prováveis que podem observar nos outros e que enviam acerca deles próprios, tornando-se uma forma de definir a sua própria identidade. Assim, tendo em conta a importância que a música tem para os jovens, ao expressarem uma preferência por um estilo de música, os adolescentes enviam implicitamente uma mensagem que implica um determinado leque de atitudes, valores e opiniões.

Por outro lado, o papel mais importante da música como fator de identificação e coesão com a cultura grupal surge na adolescência, em que as preferências musicais servem como enquadramento de significados sociais partilhados e estados de consciência comuns através dos quais os adolescentes se identificam com outros mas, especialmente, com os seus pares. Quando um grupo se focaliza num determinado estilo musical, os seus membros beneficiam duplamente: tornam-se membros de uma elite cultural e das consequentes gratificações emocionais dos sentimentos de pertença; distinguem-se de outros grupos e percebem-se como superiores a esse mesmo grupo, o que aparentemente beneficia o autoconceito e a autoestima individual e coletiva (North & Hargreaves, 1999;

Russell, 2000; Zillmann & Gan, 2000; Tarrant, North & Hargreaves, 2001; Pessoa, 2007), contribuindo desta forma para o desenvolvimento de competências pessoais e sociais.

Hansen e Hansen (1991), numa discussão respeitante às preferências musicais relativas aos estilos rock e punk teorizaram três hipóteses: a primeira é que as preferências refletem a personalidade dos indivíduos e que as pessoas são atraídas por determinados estilos musicais de acordo com o seu autoconceito e a sua perceção da realidade social; a segunda hipótese propõe que diferentes preferências por estilos de música ajudam a moldar atitudes e personalidades (teoria de cognição social); a terceira hipótese propõe a combinação das duas primeiras, ou seja, que a direção causal tem os dois sentidos.

Os estudos realizados têm tomado como pressuposto uma das duas primeiras hipóteses e têm sido várias as associações encontradas entre preferências musicais e comportamentos de risco. Contudo, enquanto uns têm seguido na tentativa de perceber o porquê de determinadas escolhas, considerando que os comportamentos de risco são uma consequência não da música, mas de fatores de dimensão individual e de personalidade dos indivíduos (Roberts, Dimsdale, East & Friedman, 1998; Martino et. al, 2006), outros têm tentado perceber a influência da música nos comportamentos e atitudes efetivas dos adolescentes (Steglich, Sijders & West, 2006; Mulder, Bogt, Raaijmakers & Vollebergh, 2007).

No seguimento da primeira hipótese, Roberts, Dimsdale, East e Friedman (1998) afirmam que a música parece ter uma influência direta no humor e nos afetos e estes efeitos emocionais que a música provoca podem ser mediados pela apresentação da música ou por ideias preconcebidas acerca da mesma. Uma vez que diferentes músicas podem provocar respostas emocionais diferentes, e diferentes tipos de música têm sido associados com comportamentos de risco, é possível que os adolescentes mais suscetíveis a comportamentos de risco tenham uma maior intensidade na resposta emocional a um estímulo, especificamente à música. Ou seja, é possível que a responsividade (nível de resposta) emocional seja um

marcador de comportamentos de risco e possam ser mais preditivos de comportamentos de risco do que propriamente as preferências musicais.

Os autores verificaram a existência de uma associação entre uma resposta emocional negativa à música e comportamentos de risco, especialmente ouvintes dos estilos *rock* e *metal*. Contudo, a preferência pelo estilo musical não está *per se* associada a comportamentos de risco, mas sim a sua conjugação com uma resposta emocional negativa à música. Para além disso, verificou-se também que respostas emocionais fortes, e não necessariamente negativas, estavam também associados a comportamentos de risco, insinuando que a simples intensidade da resposta emocional é o fator preponderante. Os autores supõem finalmente que a forte responsividade emocional à música também se pode expressar noutras situações da vida. Várias investigações feitas de acordo com a segunda hipótese têm procurado comprovar a hipótese de que a exposição dos adolescentes a determinados estilos de música tem contribuído para certos comportamentos. Alguns estilos musicais têm sido mais referidos nestes estudos, nomeadamente o *Heavy Metal*, o *Rap* e o *Rock*. Os fãs destes estilos musicais são associados a uma maior probabilidade de apresentar comportamentos delinquentes, a uma menor sofisticação e a comportamentos manifestamente mais rebeldes e antiautoritários dos que os que manifestam outras preferências (North & Hargreaves, 2007). Zillmann e Gan (2000) consideram também, que a atração dos adolescentes pela música “desafiante” (especialmente o *Rock* e o *Rap*) é mais proeminente em adolescentes com problemas com os pais, na escola e com a sociedade em geral.

Duas outras investigações procuraram estabelecer a relação entre a música e as cognições sociais dos adolescentes: raparigas que manifestavam preferência por *Música Clássica* foram caracterizadas pelos rapazes como sendo mais atraentes do que as que ouviam *Heavy Metal* (North & Hargreaves, 1999). Por outro lado tem-se verificado que adolescentes com comportamentos de risco (enganar, roubar, fumar, relações sexuais, etc.) vêm mais televisão e ouvem mais rádio do que os seus pares (Roberts, Dimsdale, East & Friedman, 1998).

Embora certos tipos de música como o *heavy metal* e o *punk rock* tenham já sido associados a pensamentos suicidas, comportamentos autodestrutivos, sentimentos de desespero e falta de esperança, abuso de substâncias e alienação de figuras autoritárias (Mulder, Bogt, Raaijmakers & Vollebergh, 2007), Bruge, Goldblat e Lester (2002) publicaram um estudo que revelou que conjugando as preferências musicais dos adolescentes se contribuía, efetivamente para uma maior previsibilidade de níveis mais altos de ideação suicida, recusando a associação direta entre um estilo musical específico e o suicídio. Mais recentemente, Mulder, Bogt, Raaijmakers e Vollebergh (2007), procuraram perceber a expressão da preferência por certos estilos musicais nos comportamentos de risco apresentados por adolescentes entre os 12 e os 16 anos. Para tal os autores operacionalizaram duas variáveis: a expressão dos comportamentos de risco e os estilos musicais.

Considerando a primeira variável, os autores levaram em conta as conceções de Achenbach (1991, cit. por Mulder, Bogt, Raaijmakers & Vollebergh, 2007), de que os comportamentos de risco se expressam através de processo de internalização (sintomas de ansiedade, depressão, somatizações ou isolamento), de externalização (comportamentos agressivos e delinquentes e abuso de substâncias) ou em perturbações do pensamento, sociais e de atenção. No que diz respeito à categorização dos estilos musicais, esta tem sido, até hoje, a tarefa mais complicada na estruturação sistemática das preferências musicais (Russell, 2000; Zillmann & Gan, 2000). Aquilo que é, ou não, considerado um estilo musical varia consoante a época, o contexto e a cultura. Para além disso o rápido crescimento da indústria musical e o constante aparecimento de conteúdos relativamente novos dificulta a realização de uma categorização relativamente estável. Por este motivo e pelas limitações apresentadas por estudos anteriores que tinham considerado somente a dicotomia “*música desafiante ou mainstream*”, os autores preferiram analisar os estilos musicais numa perspetiva tipológica, ou seja, relativa ao sentimento de pertença a um *taste group*, grupos de fãs com padrões de preferência semelhantes. Com algumas limitações, os *taste groups* são considerados grupos pela sua existência consagrada, tamanho, manifestações sociais

específicas e considerável influência no comportamento efetivo dos seus membros (Zillmann & Gan, 2000; Bruge, Goldblat e Lester, 2002; Mulder, Bogt, Raaijmakers & Vollebergh, 2007). Embora esta pertença recorra maioritariamente ao imaginário dos adolescentes, uma vez que têm de projetar a sua pertença a uma audiência em massa composta por indivíduos que, na sua maioria, não conhecem, os adolescentes sentem-se, efetivamente, membros destes *taste groups* apresentando, inclusive, características externas que expressam no sentido de demarcar a sua pertença a esses grupos, como o estilo do cabelo, roupa ou maneirismos (Russel, 2000). Com esta mudança no paradigma de investigação os autores permitiram considerar a importância da pertença a grupos de risco, ao invés da análise de fatores de risco associados à audição de um estilo de música determinado. Os resultados deste estudo permitiram assim, em primeiro lugar, verificar que as preferências musicais, à semelhança de outros preditores de perturbações de adolescentes, são um fator na etiologia dos problemas de comportamento dos mesmos.

Vários estudos confirmam a presença do conformismo, relativamente à opinião da maioria ou por efeitos de prestígio, no estabelecimento das preferências musicais (Crozier, 2000; Aesbicher, Hewstone & Henderson, 1983). Uma vez que estas são criadas com referência ao grupo (Crozier, 2000) e à crítica grupal, determinadas escolhas musicais feitas pelos adolescentes parecem ser motivo de embaraço para os mesmos, tendo consideráveis implicações na identidade pessoal e social, na autoestima do sujeito (Crozier, 2000), e, como revela o estudo de Mulder, Bogt, Raaijmakers e Vollebergh (2007) também revelando um nível mais elevado de perturbações de internalização. Steglich, Snijder e West (2006) verificaram, relativamente ao consumo de álcool, que este tende a aproximar os grupos e as dinâmicas de adolescentes com características semelhantes, no entanto, vários estudos alertam que ouvir música, ainda que desafiante, pode desempenhar um importante papel na forma como os adolescentes lidam com o *stress*, podendo ser considerado um mecanismo de *coping*.

De um modo geral, verifica-se que os adolescentes se envolvem com facilidade em atividades com as quais se identificam, beneficiando a formação de valores, normas, atitudes e competências pessoais e sociais. Assim, para um melhor desenvolvimento destas competências torna-se imprescindível que tanto os diferentes contextos/cenários em que o adolescente se move, como a família, a escola e a comunidade, bem como os diferentes atores significativos, como os pais/cuidadores, amigos e educadores, proporcionem aos adolescentes oportunidades de participação em atividades de lazer que promovam o bem-estar e qualidade de vida dos jovens. Vários estudos apontam como fator de predisposição para a adoção de comportamentos de risco na adolescência a falta de objetivos e de alternativas, sendo desta forma indispensável a criação de alternativas, baseadas em atividades com claro significado para os adolescentes, com as quais se possam identificar, desenvolvendo um sentimento de pertença e valorização, promovendo competências pessoais e sociais, aumentando desta forma o seu envolvimento na comunidade e consequente capital social.

Referências

- Aesbicher, V., Hewstone, M. & Henderson, M. (1983). Minority influence and musical preference: innovation by conversion not coercion. *European Journal of Social Psychology*, 14, pp. 23-33.
- Athenstaedt, U., Mikula, G., & Bredt, C. (2009). Gender role self concept and leisure activities of adolescents. *Sex Roles*, 60, 399-409.
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, N. J., Prentice Hall.
- Brown, B.B., Mory, M.S. & Kinney (1994). Casting adolescent crowds in a relational perspective: caricature, channel and context. In R. Montemayor, G. R. Adams & T. P. Guollota (Eds.), *Personal relationships during adolescence* (pp.123-167). Thousand Oaks: SAGE.
- Burge, M., Goldblat, C. & Lester, D. (2002). Music Preferences and Suicidality: a comment on stack. *Death Studies*, 26, pp. 501-504.
- Catalano, R. F. & Hawkins, J. D. (1996). The social development model. A theory of antisocial behavior. In: J. D. Hawkins. *Delinquency and crime. Current theories*. New York, Cambridge University Press, pp. 149-197.
- Cole, M. & Cole, S. (2001). *The Development of Children* (4th Ed.). New York: Worth Publishers.
- Cotterell, J. (1996). *Social Networks and social influences in adolescence*. London: Routledge.
- Croizer, W. R. (2000). Music and social influence. In D. J. Hargreaves & A. C. North (Eds.), *The Social Psychology of Music* (pp. 67-82). Oxford: Oxford University Press.
- Di Clemente, R., Hansen, W., & Ponton, L. (eds.). (1996). *Handbook of adolescent health risk behaviour*. New York: Plenum Press.
- DiClemente, R., Wingood, G., Crosby, R. Sionean, S., Brenda, S., Harrington, K., Davies, S., Hook, E., & Kim Oh (2001). Parental Monitoring: Association With Adolescents' Risk Behaviors. *Pediatrics*, 107;1363-1368 Consultado em 7 de fevereiro de 2007, através de <http://pediatrics.aappublications.org/cgi/reprint/107/6/1363>
- Durkin, K. (1995). *Developmental Social Psychology – From Infancy to Old Age*. Great Britain: Blackwell Publishers Ltd.

- Gouveia-Pereira, M. (1995). *A percepção do papel do grupo de pares nas tarefas de desenvolvimento em adolescentes e pais*. Dissertação de Mestrado, não publicada. Lisboa: ISPA.
- Hansen, C.H. & Hansen, R.D. (1991). Constructing personality and social reality through music: individual differences among fans of punk and heavy metal music. *Journal of Broadcasting and Electronic Media*, 35, pp. 335-350.
- Hargreaves, D. J. & North, A. C. (2000). The social psychology of music. In D. J. Hargreaves & A. C. North (Eds.), *The Social Psychology of Music* (pp. 1-21). Oxford: Oxford University Press.
- Kemp, A. E. (2000). Individual differences in musical behaviour. In D. J. Hargreaves & A. C. North (Eds.), *The Social Psychology of Music* (pp. 25-44). Oxford: Oxford University Press.
- Kirchler, E., Pombeni, L. & Palmonari, A. (1991). Sweet sixteen...Adolescent's problems and the peer group as source of support. *European Journal of Psychology of Education*, 6, pp. 93-410.
- Martino, et. al (2006). Exposure to degrading versus nondegrading music lyrics and sexual behavior among youth. *Pediatrics*, 118(2), pp. 430-441.
- Matos, M. G. (1998). *Comunicação e Gestão de Conflitos na Escola*. Lisboa: FMH Edições;
- Matos, M., & Sardinha, L.(1999). Estilos de vida ativos e qualidade de vida. In L. Sardinha, M. Matos, & I. Loureiro (Eds.). *Promoção da Saúde: modelos e práticas de intervenção no âmbito da atividade física, nutrição e tabagismo* (pp.163-181). Lisboa: Edições FMH
- Matos, M., e Equipa do Projeto Aventura Social & Saúde (2000). *A saúde dos adolescentes portugueses*. Lisboa: FMH /PEPT-Saúde.
- Matos, M. (2002). "Prevenção na Comunidade, Cidade Solidária." *Revista da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa* 8 (V): 38-45.
- Matos, M. e Equipa do Projeto Aventura Social & Saúde (2003). *A saúde dos adolescentes portugueses (Quatro anos depois)*. Lisboa: FMH.
- Matos, M.; Gaspar, T.; Ferreira, M.; Linhares, F.; Simões, C.; Diniz, J.; Ribeiro, J.; Leal, I. & Equipa do Aventura Social (2006). *Qualidade de Vida em Crianças e Adolescentes: Projeto Europeu Kidscreen, Relatório do Estudo Português*. Website:www.fmh.utl.pt/aventurasocial; www.aventurasocial.com
- Matos, M., Simões, C., Tomé, G., Gaspar, T., Camacho, I., Diniz, J. & Equipa do Aventura Social (2006). *A Saúde dos Adolescentes Portugueses – Hoje e em 8 anos – Relatório Preliminar do Estudo HBSC 2006*. Website:www.fmh.utl.pt/aventurasocial; www.aventurasocial.com
- Matos, M.G., & Sampaio, D. (Coord.) (2009). *Jovens com saúde: diálogos com uma geração*. Lisboa: Texto Editores, Lda.
- Matos, M.G., Simões, C., Tomé, G., Camacho, I., Ferreira, M., Ramiro, L., Reis, M., Diniz, J., Gaspar, T., Veloso, S., Loureiro, N., Silva, A.B. & Equipa Aventura Social (2011). *Aventura Social & Saúde, A Saúde dos adolescentes portugueses – Relatório do Estudo HBSC 2010*. Web site: www.aventurasocial.com
- Michael, K., & Ben-Zur, H. (2007). Risk-taking among adolescents: Associations with social and affective factors. *Journal of Adolescence*, 30, 18, 17–31.
- Mulder, J., Bogt, T., Raaijmakers, Q. & Vollebergh, W. (2007). Music taste groups and problem behavior. *Journal of Youth and Adolescence*, 36, pp. 313-324.
- North, A. C. & Hargreaves, D. J. (2007). Lifestyle correlates of musical preference: 1. relationships, living arrangements, beliefs, and crime. *Psychology of Music*, 35(1), pp. 58-87.
- North, A. C. & Hargreaves, D. J. (1999). Music and Adolescent Identity. *Music Education Research*, 1 (1), pp. 75-92.
- North, A. C., Hargreaves, D. J. & O'Neill, S. A. (2000). The importance of music to adolescents. *British Journal of Educational Psychology*, 70, pp. 255-272.
- Oliveira, A. (2003). *Ilusões: a melodia e o sentido da vida na idade das emoções – representações sociais da morte, do suicídio e da música na adolescência*. Tese de Doutoramento apresentada no Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa, Lisboa.
- Peixoto, F., Martins, M. A., Pereira, M., Amaral, V. & Pedro, I. (2001). Os grupos de adolescentes na escola: percepções intra e intergrupais. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 6 (1), pp.79-93.
- Pessoa, M. (2007). Preferências Musicais e Adolescentes: relações grupais, identificação social e autoestima. *Monografia*, não publicada. Lisboa: ISPA.
- Roberts, K., Dimsdale, J., East, P. & Friedman, L. (1998). Adolescent Emotional Response to Music and its relationship to risk-taking behavior. *Journal of Adolescent Health*, 23, pp. 49-54.
- Russell, P. A. (2000). Musical tastes and society. In D. J. Hargreaves & A. C. North (Eds.), *The Social Psychology of Music* (pp. 141-158). Oxford: Oxford University Press.

- Steglich, C., Snijders, T. & West, P. (2006). Applying SIENA: an illustrative analysis of the coevolution of adolescents' friendship networks, taste in music, and alcohol consumption. *Methodology*, 2(1), pp. 48-56.
- Tarrant, M., North, A. C., & Hargreaves, D. J. (2001). Social Categorization, self-esteem, and the estimated musical preferences of male adolescents. *The Journal of Social Psychology*, 141(5), 565-581.
- Tarrant, M., MacKenzie, L. & Hewitt, L. A. (2006). Friendship group Identification, multidimensional self-concept, and experience of development tasks in adolescence. *Journal of Adolescence*, 29, pp. 627-640.
- Zick, C.D. (2010). The shifting balance of adolescent time use. *Youth and Society*, 41, 569-596.
- Zilmann, D., & Gan, S. (2000). Musical taste in adolescence. In D. J. Hargreaves & A. C. North (Eds.), *The Social Psychology of Music* (pp. 161-186). Oxford: Oxford University Press.

Doença crónica na adolescência

Teresa Santos

"I may give the impression that the human being is completely and unavoidably influenced by his surroundings. But what about human liberty? Is there no spiritual freedom in regard to behavior and reaction to any given surroundings? Does man have no choice of action in the face of such circumstances? (...) Man does have a choice of action. Man can preserve a vestige of spiritual freedom, of independence of mind, even in such terrible conditions of psychic and physical stress".

Viktor E. Frankl, in Man's Search for Meaning: An Introduction to Logotherapy

ADOLESCÊNCIA: "GRITO DO IPIRANGA" E DOENÇA CRÓNICA

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, a adolescência é o período evolutivo de vida entre os 10 e os 20 anos, no qual decorrem as mais significativas alterações físicas, emocionais, sociais e cognitivas, ocorrendo novas e múltiplas tarefas desenvolvimentistas (Bizarro, 2001). O adolescente tem que lidar com transformações biopsicossociais, nomeadamente mudanças corporais da puberdade, estabelecimento de novas relações interpessoais próximas e duradouras, procura de identidade sexual e pessoal, inconformismo e alguns comportamentos de rebeldia, conquista de autonomia e independência económica, progressão académica e questões vocacionais (Sprinthall & Collins, 1999). Assiste-se também a um período de construção de valores sociais e interesse por questões éticas/ideológicas, associados a uma aspiração à perfeição moral, sendo que as competências pessoais do jovem e também as variáveis contextuais, podem facilitar, ou não, a gestão de todas estas questões.

O período da adolescência é ainda associado geralmente à imagem de saúde (Irwin et al., 2002) e esta não é apenas uma visão externa, uma vez que a grande maioria dos jovens também se identifica como saudável. No estudo *HBSC (Health-Behaviour in School-Aged Children)* os resultados indicam que, apesar de experienciarem alguns sintomas de mal-estar, cerca de 95% dos adolescentes portugueses participantes se sentem saudáveis (Matos et al., 2006). Contudo, é importante que qualquer prevenção seja feita o mais precocemente possível, pois os problemas de saúde tendem a

aumentar ao longo da adolescência, e, à medida que aumentam os sintomas de mal-estar, diminuem as percepções de saúde, sendo os adolescentes mais velhos os que se sentem menos saudáveis (Matos et al., 2006).

Sendo a adolescência um período longo, com um crescente grau de complexidade de tarefas, nem sempre os jovens se encontram preparados para lidar com tais exigências. Se para alguns este desafio é razoavelmente bem alcançado sem alterações do seu bem-estar psicológico, para outros, este período pode representar uma exaustão dos recursos disponíveis, com reflexos no equilíbrio e bem-estar psicológico, e, possíveis repercussões graves no futuro (Bizarro, 2001).

Os desafios e cenários referidos anteriormente, típicos da adolescência, podem tornar-se ainda mais complexos, difíceis e agravados quando se verifica uma situação de doença crônica (Barros, 2009). Os dados atuais sugerem que um número cada vez maior de crianças e adolescentes sofre de uma doença crônica e os estudos epidemiológicos estimam que aproximadamente 15 a 20% de pessoas com menos de 18 anos apresentam este tipo de problema de saúde (Siegel, 1998).

De forma geral, consideram-se doenças crônicas todas as doenças prolongadas e irreversíveis, com um decurso prolongado que pode ser fatal ou estar associado a duração de vida relativamente normal, embora com um funcionamento físico ou psicológico debilitado (Bizarro, 2001; Barros, 2009). Uma doença considera-se crônica quando interfere com o funcionamento normal diário, por um período maior do que três meses num ano, ou resulta em hospitalização por mais de um mês num ano, ou, quando ocorrem simultaneamente ambas as condições (Newachech & Taylor, 1992).

As implicações na prática podem ser muito variadas: algumas situações incluem sintomatologia acentuada, prognóstico reservado a médio/longo prazo, adesão a tratamentos incapacitantes, crises agudas que representam perigo de vida e grandes limitações na rotina diária; outras, permitem períodos mais ou menos longos de ausência de sintomas, com pequenas alterações no dia a dia da pessoa, acompanhando a sua vida sem a comprometer em demasia.

Não é consensual a definição de quais as doenças consideradas como crônicas, porém, são reportadas taxas de incidência de 5 a 10%, com maior prevalência na adolescência para as situações de asma, doença cardíaca congênita, epilepsia e diabetes (Barros, 2009). Clinicamente, a maioria destas doenças são moderadas em termos de limitações funcionais, contudo, cerca de 1/3 dos jovens têm condições de gravidade acentuada, evidenciando elevadas limitações e alterações na sua vida diária (Siegel, 1998). Os avanços da ciência e da medicina permitiram uma maior taxa de sobrevivência das crianças e adolescentes com doença crônica e perante este cenário, os profissionais de saúde focam as suas atenções para os vários efeitos psicossociais das mesmas (Bizarro, 2001).

O adolescente com doença crônica poderá encontrar-se em maior risco de alterações para o seu bem-estar psicológico, não só porque se confronta com os processos do desenvolvimento normal e dificuldades associadas, mas também porque tem que fazer face às exigências adicionais que a doença coloca (Bizarro, 2001), o que, num ambiente com barreiras, pode condicionar a sua participação nos principais contextos de vida (WHO, 2001; Simões, Matos, Ferreira, & Tomé, 2010). Como resultado, os adolescentes podem apresentar alterações comportamentais/emocionais e sentimentos de perda relativamente à vida e às competências prévias ao diagnóstico. A progressiva adaptação à realidade pode conduzir ao isolamento social e diminuição da autoestima, mas ainda assim, uma das maiores dificuldades para os jovens será a manutenção da satisfação com a vida (Power & Orto, 2004).

O processo de conquista da autonomia e independência dos pais (que se acentua normativamente na adolescência) pode também ficar comprometido, uma vez que o jovem se poderá ver numa situação de forçada dependência para apoio instrumental/emocional, e, fisicamente restringido, comparativamente aos seus pares saudáveis (Kasak, Segal-Andrews, & Johnson, 1995). Por sua vez, os pais de adolescentes com doença crônica parecem ser mais protetores e colocar mais restrições à autonomia e independência dos filhos, do que os pais de jovens saudáveis (Eiser & Berrenberg, 1995).

Neste período destaca-se também o processo de adaptação/conformidade com os pares e o grupo de amigos, e o jovem com doença crónica pode conotar de forma negativa o ser diferente (sobretudo nas situações associadas à doença, tais como a medicação, tratamentos, alimentação, internamentos, etc), o que pode vir a afetar o seu autoconceito, autoestima e conceção de uma valorização pessoal positiva. A doença crónica pode ainda interferir com as competências sociais no relacionamento com os pares, uma vez que a condição clínica, particularmente se existirem internamentos prolongados ou tratamentos hospitalares frequentes, privilegia um maior contacto com adultos (médicos ou enfermeiras), do que com jovens da sua idade (Bizarro, 2001), afastando os adolescentes das atividades sociais diárias, implicando ausências da escola e afetando as relações normais com os pares (Siegel, 1998).

Face ao atrás exposto, a presença de uma doença crónica na infância e adolescência assume-se geralmente como uma condição de risco para o aparecimento de problemáticas ou dificuldades de âmbito psicológico, uma vez que as características da doença envolvem experiências dolorosas, tais como hospitalizações, procedimentos médicos, tratamentos, cirurgias, crises agudas, desconforto físico, efeitos secundários da medicação/tratamentos e uma expectativa de vida eventualmente diminuída. Todos estes aspetos podem impor limitações e restrições significativas ao estilo de vida e rotinas do jovem e da sua família, criando uma constelação de fatores que contribuem para a existência de maiores dificuldades para um desenvolvimento psicológico harmonioso e equilibrado (Trindade & Carvalho Teixeira, 1998). De certa forma, poder-se-á assumir que esta é uma população em risco para o aparecimento de dificuldades de adaptação e de alterações no seu bem-estar psicológico (Bizarro, 2001).

A “Voz” da Ciência

A investigação realizada comparando jovens com doença crónica e sem doença crónica, ou comparando jovens com diferentes doenças entre si, tem sido contraditória e inconclusiva, não se confirmando uma relação direta entre doença e sofrimento/perturbação (Combs-Orme, Helfinger & Simpkins, 2002; Barros, 2009). Alguns estudos sugerem maior risco nesta população

(Barros, Matos, & Batista-Foguet, 2008), outros, evidenciam a possibilidade de uma boa adaptação (Barros, Matos, & Batista-Foguet, 2008). Uma meta-análise recente (Barlow & Ellard, 2006) revelou que jovens com doença crónica se encontram em maior risco de sofrimento psicológico, ainda que apenas uma minoria experiencie sintomas clínicos. Alguns autores sugerem mesmo que não se pode afirmar que exista uma relação direta e linear entre o prognóstico, visibilidade, gravidade ou raridade de uma doença e o sofrimento/perturbação dos jovens perante a mesma (Barros, 2009). A vivência de uma doença crónica na adolescência não significa uma homogeneidade de respostas, mas sim uma grande variabilidade das mesmas, que dependem de outros fatores, tais como o tipo de doença, limitações emergentes (Siegel, 1998; Barros, 2009), tipo de tratamento e momento do diagnóstico, dimensões estas que são individuais e específicas de cada jovem e do seu contexto de vida (Barros, 2009). O estudo da doença crónica surge como uma condição de vida e de desenvolvimento, que implica ao jovem a realização de várias tarefas. Ainda que com enorme variabilidade individual dos resultados, é possível identificar algumas dessas tarefas de adaptação, nomeadamente: 1) conhecimento sobre a doença e aceitação do diagnóstico; 2) a vivência da doença; 3) adaptação e confronto com procedimentos invasivos/dolorosos ou de sintomas.

A investigação permite assim alertar para a possibilidade de maior vulnerabilidade nesta população, indicando que o risco de dificuldades e de alterações ao bem-estar psicológico pode ser maior quando, associadas à doença crónica, se acentuam variadas restrições e limitações que afetam a prática da vida quotidiana, sugerindo que os jovens com ambas as condições (doença crónica e acentuadas restrições), podem apresentar diferenças psicológicas mais significativas comparando com os seus pares saudáveis (Bizarro, 2001).

É necessária uma abordagem que compreenda os factores de risco e de protecção e os stressores que possam afetar positiva ou negativamente o desenvolvimento dos jovens com doença crónica, uma vez que esta é uma população mais vulnerável a determinados riscos, tais como a rejeição dos pares, depressão, ansiedade, problemas de comportamento, entre outros

(Murray & Greenberg, 2006). A investigação realizada tem como principal objetivo identificar formas positivas de adaptação aos diferentes desafios colocados pelo diagnóstico, tratamento e consequências da doença, de modo a que intervenções mais eficazes possam ser planeadas e desenvolvidas no sentido de um melhor bem-estar (Miller et al., 2004).

Em Portugal, o estudo *HBSC* (Matos et al., 2006; 2010) e o estudo *Kidscreen* (Gaspar & Matos, 2008) apontam maior vulnerabilidade desta população e necessidade de reforço das principais estruturas de apoio (família e escola), alertando os sistemas de saúde e ensino para aspetos globais de saúde mental, integração escolar/social e prevenção de comportamentos de risco (Barros, 2009).

Adaptação à Doença: Comportamentos de Risco e de Proteção na Saúde

Os comportamentos relacionados com a saúde, para além da influência no *continuum* “saúde-doença”, podem também ter uma importância fundamental como principais preditores de comportamentos futuros. Comportamentos relacionados com a saúde surgem geralmente classificados como comportamentos de saúde positivos e negativos. Os primeiros contribuem para a promoção da saúde, prevenção do risco e deteção precoce de doença ou deficiência; os segundos, pela sua frequência ou intensidade, aumentam o risco de doença ou acidente (Ogden, 1996). Um comportamento associado quer à saúde quer ao risco é um objetivo cognitivo/comportamental, que existe num contexto de múltiplos objetivos simultâneos, onde objetivos pessoais competem, de modo contínuo, entre eles. O conflito entre estes diferentes objetivos pode ter impacto nas fases de mudança comportamental, nomeadamente, na preparação para a ação, no início da mudança e na sua manutenção ao longo do tempo (Gebhardt, 2006).

Atualmente, é consensual considerar a presença de uma doença crónica como um stressor, que irá interagir com outros fatores de risco e de proteção da saúde e que explicam a adaptação (Suris, Michaud, & Viner, 2004). Estes fatores variam consoante as competências do jovem e

variáveis contextuais, e, quanto maior o número de contextos aos quais o adolescente está positivamente ligado, menores parecem ser os níveis de perturbação emocional (Simões, Matos, Ferreira, & Tomé, 2009). Uma perspetiva de compreensão de cada jovem no seu contexto e meio envolvente parece ser de extrema importância, podendo ser a intervenção alargada aos pais, escola e também aos profissionais de saúde (Barros, 2009).

De facto, a investigação identificou alguns fatores de risco e proteção de possíveis perturbações emocionais e de uma melhor adaptação à doença crónica, nomeadamente as dimensões da família e da escola, seguidas da ligação à zona de residência (“bairro”) e aos pares. O impacto destes contextos no bem-estar dos jovens parece variar consoante o género e a idade: a família surge como uma variável mais protetora para as raparigas e a ligação à escola como mais protetora para os rapazes (Libbey, Ireland & Resnick, 2002).

De facto, a família detém o papel principal na transmissão de atitudes, regras e comportamentos que estão na base de tomada de decisões com consequências a longo prazo (Simões, Matos, Ferreira, & Tomé, 2009). Numa situação de doença crónica, os pais têm que assumir um novo papel de cuidadores, gerir a monitorização da doença, e, em simultâneo, proporcionar um espaço de autonomização ao jovem (Barros, 2009). Assim, enfatiza-se o papel dos pais na promoção da adaptação à doença crónica (Simões, Matos, Ferreira, & Tomé, 2009). Contudo, estes objetivos podem ser contraditórios e difíceis de conciliar, sendo necessário um enorme balanceamento entre as necessidades de proteção da saúde e as de autonomização e responsabilização do jovem. Nestes cenários, o já difícil papel social de ser pai/mãe fica ainda mais sobrecarregado, sendo necessário aprender novas competências e conhecimentos, assumir novos papéis/tarefas, confrontar-se com as limitações consequentes da doença, lidar com emoções de tristeza, raiva e frustração e gerir as suas próprias emoções e sentimentos, para que, desta forma, se ajude melhor os filhos. A investigação sugere que os pais de jovens com doença crónica conseguem ter uma adaptação razoável, ainda que feita com consequências para outras

funções e papéis sociais/pessoais e com períodos de crise muito difíceis (Barros, 2009). A família que enfrenta uma doença crónica vê-se assim confrontada com desafios muito exigentes e experiencia frequentemente níveis elevados de stresse (Coffey, 2006). Por sua vez, os padrões interativos familiares podem tornar-se um fator de risco e influenciar aspetos emocionais e comportamentais dos jovens, tais como a adaptação psicossocial e o sucesso nas tarefas desenvolvimentais, e, no decurso da doença, particularmente na adesão aos tratamentos (farmacologia, dietas, cuidados de higiene, etc) (Viana, Barbosa, & Guimarães, 2007).

A escola parece constituir um fator de risco ou de proteção para a saúde (Simões, Matos, Ferreira, & Tomé, 2009), assumindo-se como outro contexto importante para a adaptação, onde o sucesso académico, a aceitação pelos pares (Suris et al., 2004) e as experiências positivas contribuem para o bem-estar subjetivo dos adolescentes (Simões, Matos, Ferreira, & Tomé, 2009).

O grupo de amigos e os pares, comparativamente à família, parecem ter maior influência em comportamentos relacionados com valores culturais e sociais mais “mutáveis” e com consequências imediatas, *i. e.*, em decisões relacionadas com necessidades presentes em termos de identidade e estatuto. A investigação com jovens portugueses revela que os adolescentes que referem ser mais felizes, são os que se sentem aceites pelos colegas, que os veem como simpáticos e prestáveis e que ficam com eles de forma prazerosa depois das aulas (Simões, Matos, Ferreira, & Tomé, 2009).

No que diz respeito aos profissionais de saúde, é necessário cada vez mais a integração de um modelo holista de saúde e uma intervenção que inclua aspetos somáticos, comportamentais, emocionais e sociais, bem como negociações que visam ajudar o jovem a aderir às prescrições, tratamentos e limitações colocadas. Outro objetivo será ainda ajudar a família a fazer a passagem entre infância e juventude, mantendo uma comunicação aberta e eficaz entre os vários elementos da mesma (Barros, 2009). Estudos realizados com profissionais de saúde, salientam que médicos e enfermeiros que trabalham com adolescentes com doença oncológica

sentem-se satisfeitos com a relação estabelecida com os jovens, mas apontam as maiores dificuldades na comunicação de más notícias ou de informações de caráter mais complexo e negativo (Barros, 2009).

Perceção de Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde e Bem-Estar

A forma como o jovem integra a doença na sua identidade, valorizando-a ou não, assumindo um papel mais ou menos ativo, depende objetivamente das condições da própria doença, mas também do contexto social e afetivo onde o jovem se desenvolve (família, amigos) e dos próprios profissionais de educação e saúde.

Nos últimos anos não parecem ter surgido visões muito inovadoras sobre esta problemática. Contudo, salientam-se algumas diretrizes já indicadas pela literatura. A perspetiva desenvolvimentista sugere que o jovem lida com a doença como mais um stressor perante o qual tem que responder a tarefas bastante complexas, que podem limitar outras também importantes nas áreas da autonomia, de realização académica, de socialização ou de relações amorosas.. Estas acabam por ser concretizadas mais tarde, por vezes com algumas áreas subvalorizadas que podem ficar afetadas de forma mais ou menos duradoura. Durante esta fase de adaptação, alguns jovens podem mesmo ser conduzidos a reflexões existenciais, antecipar perdas futuras, lidar com experiências intensas e dolorosas de dor e morte, conduzindo a um processo de desenvolvimento sociomoral mais acelerado e sofrido.

Outra área de estudos com bastante relevância nos últimos anos relaciona-se com a qualidade de vida relacionada com a saúde, que engloba a avaliação que o próprio faz do seu bem-estar geral e funcionalidade ao nível somático, mental, social e comportamental (de acordo com os seus objetivos, valores e critérios de qualidade). Esta avaliação é independente das características da própria doença, por exemplo, um jovem com doença crónica com sintomatologia grave e limitações visíveis nas atividades do dia a dia, pode avaliar a sua qualidade de vida como positiva, uma vez que definiu objetivos pessoais, consegue controlar sintomas mais intensos e

está inserido num contexto social e familiar gratificante (Barros, 2009). O desenvolvimento harmonioso na adolescência parece contribuir positivamente para a percepção subjetiva do bem-estar (Gaspar, Matos, Ribeiro, Leal & Ferreira, 2009), implicando o desenvolvimento de diversas competências específicas, denominadas “Cinco C”: 1) competência, perspectiva positiva sobre a própria ação em diversos domínios; 2) confiança, percepção de autoestima e de autoeficácia, perspectiva do valor global do próprio; 3) ligação (*Connection*), ligações positivas com pessoas e instituições com as quais se estabelecem relações bidirecionais; 4) caráter, respeito pelas regras sociais e culturais, sentido do bem e mal e de integridade; 5) compaixão, sentido de simpatia e empatia para com os outros (Lerner et al, 2005).

A investigação com jovens portugueses através do estudo *HBSC* procurou compreender a avaliação subjetiva que os adolescentes com doença crónica têm sobre a sua saúde. Os dados do estudo de 2002 (amostra nacional representativa de 6131 adolescentes com média de idades de 14 anos) indicam que os jovens com doença crónica relatam mais sintomas psicológicos, menor satisfação global e menos percepção positiva sobre o ambiente escolar, confirmando uma associação negativa entre doença crónica e satisfação global com a vida. Esta relação parece ser moderada pelo género, ano de escolaridade e estatuto socioeconómico (menor satisfação global com a vida em raparigas, em jovens de escolaridade mais avançada e em jovens de meios socioeconómicos mais carenciados) e mediada pela escola (a integração e o apoio dos professores), que parece ser um fator importante que contribui para a diminuição dessa associação (Barros, 2009; Barros, Matos, & Batista-Foguet, 2008). Posteriormente, em 2006, os dados do *HBSC* indicam que os adolescentes que reportam menos frequentemente sintomas físicos e psicológicos são também os que referem ser mais felizes (Matos et al., 2006).

Por sua vez, o estudo *Kidscreen – Avaliação da Qualidade de Vida* (amostra nacional representativa de 3195 jovens com média de idades de 11 anos), constatou que os jovens com doença crónica reportam valores mais baixos de qualidade de vida na maioria das dimensões, exceto no ambiente escolar

e na relação com os pais, que parecem ser dois aspetos fulcrais na vida do adolescente (Barros, 2009; Gaspar & Matos, 2008). Estes dados confirmam a importância do reforço destes dois sistemas de apoio aos jovens em geral, e, sobretudo, em particular, aos jovens com doença crónica (Barros, 2009; Gaspar & Matos, 2008).

Estes dois estudos apontam para uma realidade de maior vulnerabilidade dos jovens com doença crónica, necessitando de maior atenção por parte das escolas e profissionais de saúde, e focando em aspetos globais de saúde mental, integração na escola e no grupo de pares e prevenção de comportamentos de risco.

Indicações e Reflexões... Para Técnicos, Pais e Professores

Ser adolescente não é fácil... lidar com variadas transformações fisiológicas e psicossociais é um caminho longo a percorrer, cenário que pode ainda ser mais agravado na presença de uma doença crónica. Ora, fácil também não é a tarefa das pessoas envolvidas nesse processo: pais, família, professores, técnicos de saúde, amigos, etc. Ainda que com variações consoante o grau de severidade da doença, intensidade dos tratamentos e limitações da rotina, é toda uma realidade que se altera, sendo necessários recursos que permitam a aceitação destas mudanças. Se pensarmos um pouco em algum momento da nossa vida em que nos sentimos limitados, podemos fazer um pequeno exercício de empatia para com os jovens adolescentes a quem é diagnosticada uma doença crónica.

A presença de uma doença crónica, por si só, não é um aspeto homogeneizador das características destes jovens, que se constituem um grupo extremamente heterogéneo, onde as generalizações se tornam praticamente impossíveis de concretizar. Cada jovem deve ser reconhecido como um indivíduo único, com diversas facetas, pensamentos, sentimentos e atributos, sendo a doença crónica apenas uma, entre várias características da sua personalidade e vivência, sugerindo-se a necessidade de uma abordagem individualizada de cada caso. Assim, para os técnicos que lidam com o adolescente, esta é uma ideia bastante útil a ter em conta: nem todos os adolescentes reagem da mesma forma ao

diagnóstico, ou apresentam as mesmas problemáticas associadas à doença. Mesmo quando as situações possam ser aparentemente semelhantes, as reações são sempre variadas e alguns jovens podem sentir fortes limitações na sua rotina diária associadas com intenso sofrimento, ao passo que outros apresentam uma melhor adaptação. Para alguns jovens a doença crónica pode ser uma condição de resiliência, levando-os a tentar ultrapassar os seus limites e a querer ir mais longe, sendo que a doença assume contornos de orgulho pessoal e fonte de aprendizagem; para outros adolescentes, a doença crónica é claramente um sinónimo de isolamento e afastamento, existindo um sofrimento intenso e limitações acentuadas, sendo que a avaliação feita sobre si mesmo e sobre as dificuldades, acrescenta ainda mais peso às já existentes (Barros, 2009).

Portanto, perante cada caso individual a avaliação deverá também ser individualizada, determinando para aquele jovem em particular, quais as áreas que estão afetadas, identificando os fatores mais significativos que interferem com a adaptação do jovem à sua doença crónica, bem como os fatores de risco e proteção para a saúde (dimensões individuais, sociofamiliares e escolares), iniciando-se a intervenção com base nos aspetos identificados (Cobb & Warner, 1999). A avaliação do bem-estar dos jovens permite atempadamente fornecer algum tipo de apoio, bem como detetar precocemente os jovens com maiores dificuldades em lidar com a doença, identificando as áreas de maior vulnerabilidade ou mais deficitárias. Estas informações podem ser muito úteis no planeamento de uma intervenção, possibilitando diminuir os índices de perturbação e desenvolver recursos pessoais facilitadores e promores do bem-estar psicológico.

O primeiro passo num processo de intervenção consiste em possibilitar ao jovem ser ouvido, ter um espaço em que possa falar sobre a sua vivência relativamente à doença, o que inclui as experiências positivas e também as negativas, promovendo também o seu autoconhecimento. Deve ser também fornecida informação básica relativamente à sua situação, uma vez que as conclusões feitas sobre o grau de comprometimento da condição clínica parecem ter um impacto profundo no autoconceito e baseiam-se geralmente nas reações dos pais, pares, professores e outros, podendo ir desde uma

completa aceitação à total rejeição. Após a aceitação da condição clínica, torna-se fundamental a aquisição de competências de tomada de decisões e resolução de problemas, particularmente quando as escolhas se tornam prementes.

As metodologias de intervenção preventivas e clínicas que se têm demonstrado mais eficazes, não se focam tanto no *deficit*, mas mais em formatos flexíveis, de duração e periodicidade variável, centrados na procura e transmissão de informação, aprendizagem de competências sociais e de gestão de sintomas, e, na resolução de problemas concretos.

Convém ainda referir que as características pessoais dos técnicos são muito importantes e as suas atitudes e sentimentos perante o jovem com doença crónica parecem ter um impacto significativo no seu comportamento, bem como na visão que se tem do jovem e do planeamento da intervenção (apenas baseada no “rótulo”, por exemplo). Tal pode conduzir a uma perda da unicidade de cada jovem, desvalorização, enquadramento em estereótipos e imposição do que pode e do que não se pode fazer. Por sua vez, a pena e piedade pelo jovem com doença crónica são sentimentos comuns a muitas pessoas, incluindo os profissionais, podendo direcionar a atenção dos mesmos mais para aspetos negativos, do que positivos, nomeadamente as competências e capacidades do adolescente, assumindo que este é menos capaz (do que na realidade é), para lidar com situações frustrantes e crises. Outro sentimento comum é a rejeição do jovem (de forma inconsciente) devido a uma incapacidade em particular. Perante os sentimentos atrás expostos, será fundamental o técnico avaliar e examinar os seus comportamentos e atitudes, aumentando a sua autoconsciência para os momentos em que ocorrem e em que podem interferir com a intervenção em curso, numa tentativa de os modificar (Cobb & Warner, 1999), sendo igualmente fundamental um trabalho de formação com os profissionais de saúde/educação que trabalham e convivem com os jovens.

A intervenção com o jovem com doença crónica poderá ser tão mais eficaz, se tiver em conta uma perspetiva de envolvimento do sistema onde este se insere, nomeadamente a escola e os pais.

No que diz respeito à escola, não podemos esquecer que os jovens com doença crónica podem ser alvo de preconceito e discriminação por parte de colegas. Facilitar o desenvolvimento de um autoconceito saudável torna-se aqui uma tarefa fulcral e os professores e escolas devem estar preparados para fornecer a estes adolescentes uma aprendizagem de estratégias para lidar com tais situações. O contexto escolar tem a difícil tarefa de integrar estes jovens, aceitar as suas limitações, fazer as adaptações necessárias e confrontar-se com questões relacionadas com a imagem corporal e comportamentos de risco, de forma a evitar o desinvestimento e expectativas negativas. Para tal, o ambiente escolar e os professores devem dar maior atenção a estas questões no contexto dos sistemas de educação e saúde, assumindo uma posição mais proativa na obtenção de informação relacionada com a doença, contribuindo para o desenvolvimento de relacionamentos positivos entre os pares, recorrendo a discussões e trabalhos em grupo, participação social e comunitária em atividades de associações/instituições (que lidam com condições clínicas específicas), e, identificando implicações educacionais e/ou necessidades especiais destes adolescentes. A escola deve constituir-se, sobretudo, como um canal aberto de comunicação, para professores/comunidade escolar, jovens e pais, onde se colocam questões e dúvidas, mas se criam, simultaneamente, laços de confiança.

O papel dos pais é fundamental no desenvolvimento da criança e do jovem, sendo ainda mais relevante nas situações de doença crónica. Ser informado sobre determinada condição clínica tem um impacto significativo para a família e para os pais, e o grau de crise vivido, depende da forma como a família percebe as mudanças/alterações inerentes, podendo existir várias etapas na adaptação à nova situação. Os pais confrontam-se com algumas questões únicas, tais como o ter que aceitar a doença crónica, lidar com responsabilidades financeiras associadas, planear a educação e o cuidado continuado ao longo da vida, lidar com o stresse associado a uma condição que não é partilhada por outros, e, lidar com a ambivalência e conflito perante a situação. O binómio proteger e autonomizar torna-se, assim, para os pais uma arte nova a aprender, nada fácil de colocar em prática, onde

impera ter que manter a proteção que o filho/a necessita, e, simultaneamente, evitar a superproteção, cujos efeitos podem ser discriminatórios, conduzir a situações de incómodo/embaraço social e o jovem pode percecioner-se como não sendo capaz de autonomamente gerir a sua vida.

Desta forma, muitas das vezes, pode ser necessário o recurso a técnicos que possam ajudar a lidar com estas expectativas, conflitos de valores e transições de vida, até porque a forma de lidar com esta situação pode também trazer conflitos para o casal e provocar uma rivalidade mais acentuada entre irmãos (Cobb & Warner, 1999). O que se pretende é fornecer aos pais aspetos principais focados em 3 dimensões: educacional (informação e treino de competências), terapêutica (focada nas necessidades dos pais no processamento e compreensão das suas emoções e experiências), e, organizacional (centrada nas necessidades de suporte social dos pais) (Fine, 1991).

Em termos de intervenções com a família podem propor-se programas de intervenção educativa parental, apoio individualizado psicoterapêutico e terapia familiar. Existem também associações direcionadas para condições clínicas em particular (exemplo: Associação de Jovens Diabéticos de Portugal, entre outras), que podem assumir o papel de rede de suporte psicossocial a jovens e pais. Estas permitem fornecer informações potencialmente facilitadoras da adaptação e compreensão da condição clínica, permitindo um sentimento de pertença e de partilha da mesma situação e atuar como modelos sociais de estratégias de *coping* eficazes, apresentando soluções em resposta aos problemas relacionados com a doença.

No que diz respeito à investigação, é necessário continuar o ensaio de metodologias de intervenção nesta população, ouvindo e compreendendo as experiências dos jovens e suas famílias, os seus problemas, dúvidas e necessidades, bem como as estratégias mais eficazes para enfrentar as tarefas de adaptação à doença.

Referências

- Barros, L., Matos, M.G., & Batista-Foguet, J. (2008). Chronic diseases, Social context and adolescent health: Results of the Portuguese National Health Behaviour in School-Aged Children Survey. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 4(1), ISSN 18085687. (Brasil)
- Barros, L. (2009). Os adolescentes com doença crónica. In M. Matos & D. Sampaio (Coord.), *Jovens com Saúde. Diálogo com uma geração* (pp.304-320). Lisboa: Texto Editores, Lda.
- Barlow, J. H., & Ellard, D. R. (2006). The psychosocial well-being of children with chronic disease, their parents and siblings: an overview of the research evidence base. *Child: care, health and development*, 32(1), 19-31.
- Bizarro, L., (2001). O bem-estar psicológico de adolescentes com insuficiência renal crónica. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2(2), 55-67.
- Coffey, J. S. (2006). Parenting a child with chronic illness: a metasynthesis. *Pediatric Nursing*, 32,51-59.
- Cobb, H. Warner, P.J. (1999). Counseling and Psychotherapy with children and adolescents with disabilities. In Prout, H., & Brown, D. (Eds). *Counseling and Psychotherapy with Children and Adolescents: Theory and Practice for School and Clinical Settings* (3th Ed., pp. 401-426). New York: Wiley.
- Combs-Orme, T., Helfinger, C.A., & Simpkins, C. (2002). Comorbidity of mental health problems and chronic health conditions in children. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 2,116-125.
- De Ridder, D., & De Wit, J. (2006). Self-regulation in health behavior: Concepts, theories and central issues. In De Ridder, D. & De Wit, J. (Eds), *Self-regulation in health behaviour* (pp. 3-23). England: John Wiley & Sons, Ltd.
- Eiser, C., & Berrenberg, J.L. (1995). Assessing the impact of chronic disease on the relationship between parents and their adolescents. *Journal of Psychosomatic Research*, 39(2), 114.
- Fine, M. (1991). *Collaboration with parents of excepcional children*. Brandon, VT: Clinical Psychology.
- Frankl, V.E. (1992). *Man's Search for Meaning. An introduction to logotherapy* (4th Ed.). Boston: Beacon Press Books.
- Gaspar, T., & Matos, M.G. (Coord.) (2008). *Qualidade de Vida em Crianças e Adolescentes Versão portuguesa dos instrumentos KIDSCREEN-52*. Lisboa: Faculdade de Motricidade Humana/FCT.
- Gaspar, T., Matos, M.G., Ribeiro, J., Leal, I., & Ferreira, A. (2009). Health-related quality of life in children and adolescents and associated factors. *Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies*, 9(1), 33-48.
- Gebhardt, W. A. (2006). Contextualizing health behaviors: The role of personal goals. In De Ridder, D. & Wit, J. (Eds), *Self-regulation in health behaviour* (pp. 27-43). England: John Wiley & Sons, Ltd.
- Irwin, C. E., Jr., Burg, S. J., & Cart, C. U. (2002). America's adolescents: Where have we been, where are we going? *Journal of Adolescent Health*, 31(6 Suppl), 91-121.
- Jongsma, A., Peterson, L., McInnis, W. (2006). *The Adolescent Psychotherapy Treatment Planner*, 4th Edition. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Kasak, A.E., Segal-Andrews, A. M., & Johnson, K. (1995). Pediatric psychology research and practice: a family systems approach. In M.C. Roberts (Ed.), *Handbook of pediatric psychology* (2nd edition, pp. 84-104). New York: Guilford Press.
- Lerner, R., Lerner, J., Almerigi, J., Theokas, C., Phelps, E., Gestsdottir, S., Naudeau, SW., Jelicic, H., Alberts, A., Ma, L., Smith, L., Bobek, D., Richman-Raphael, D., Simpson, I., Christiansen, E., & Eye, A. (2005). Positive Youth Development, Participation in Community Youth Development Programs, and Community Contributions of Fifth-Grade Adolescents. *Journal of Early Adolescence*, 25, 17-71.
- Libbey, H., Ireland, M., & Resnick, M.D. (2002). Social connectedness: Is protection cumulative? *Journal of Adolescent Health*, 30(2), 102.
- Matos, M.G., & Equipa do Projeto Aventura Social (2006; 2010). *A saúde dos adolescentes portugueses*. Relatórios Nacionais do Estudo HBSC. Retrieved: <http://aventurasocial.com/>
- Miller, A., Recsky, M., & Armstrong, R. (2004). Responding to the needs of children with chronic health conditions in an era of health services reform. *Canadian Medical Association Journal*, 171(11), 1366-1367.
- Murray, C., & Greenberg, M. (2006). Examining the importance of social relationships and social contexts in the lives of children with high-incidence disabilities. *The Journal of Special Education*, 39(4), 220-233.

- Newacheck, P.W., & Taylor, W.R. (1992). Childhood chronic illness: Prevalence, severity, and impact. *American Journal of Public Health, 82*, 364-371.
- Ogden, J. (1999). *Psicologia da Saúde*. Climepsi Editores: Lisboa.
- Power, P.W., & Orto, A.E.D. (2004). *Families living with chronic illness and disability - Interventions, challenges, and opportunities*. New York: Springer Publishing Company.
- Siegel, L.J. (1998). Children medically at risk. In R.J. Morris & T.R. Kratochwill (Eds.), *The practice of child therapy* (pp. 325-366). Allyn & Bacon.
- Simões, C., Matos, M.G., Ferreira, M., & Tomé, G. (2009). *Risco e Resiliência em adolescentes com NEE – Estado da Arte*. Lisboa: Aventura Social e Saúde/Faculdade de Motricidade Humana www.aventurasocial.com
- Simões, C., Matos, M.G., Ferreira, M., & Tomé, G. (2010). Risco e resiliência em adolescentes com necessidades educativas especiais: Desenvolvimento de um programa de promoção da resiliência na adolescência. *Psicologia, Saúde & Doenças, 11*(1), 101-119. ISSN 1645-0086.
- Sprinthall, N., & Collins, W. (1999). *Psicologia do Adolescente. Uma abordagem desenvolvimentista*. Fundação Calouste Gulbenkian: Lisboa.
- Suris, J.C., Michaud, P.A., & Viner, R. (2004). The adolescent with a chronic condition. Part I: developmental issues. *Archives of Diseases in Childhood, 89*, 938-942.
- Trindade, I., & Carvalho Teixeira, J.A. (1998). Psicologia da saúde infantil. *Análise Psicológica, 1*(XVI), 155-158.
- Viana, V., Barbosa, M.C., Guimarães, J. (2007). Doença crónica na criança: fatores familiares e qualidade de vida. *Psicologia, Saúde & Doenças, 8*(1), 117-127.
- Whalen, C. K., Jamner, L. D., Henker, B., & Delfino, R. J. (2001). Smoking and moods in adolescents with depressive and aggressive dispositions: Evidence from surveys and electronic diaries. *Health Psychology, 20*(2), 99-111.
- WHO. (2001). *The World Health Report*. Geneve: World Health Organization.

La promoción de la salud durante de la adolescencia

Julietta Rodríguez Rojas¹

Si hay un periodo de vida donde la promoción de la salud se torna importante es en la adolescencia, pero para que esta sea posible de llevarse a cabo y logras sus objetivos debe partir de visualizar a los y las adolescentes desde un nuevo paradigma, en que se los considera a ellos y ellas ciudadanos en ejercicio pleno de sus derechos y por ende los principales promotores estratégicos de su desarrollo y de la construcción de su salud.

Lógicamente esto debe ser acompañado de políticas intersectoriales debidamente articuladas, que hayan abandonado los programas verticales, con programas eminentemente participativos y no adulto céntricos.

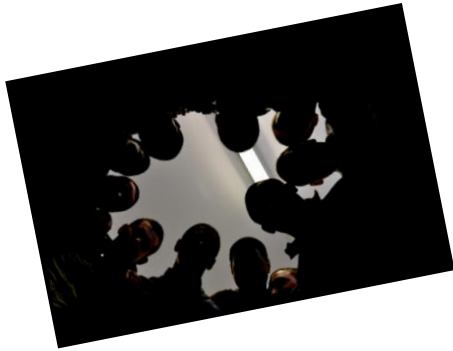
Esto implica también el abandono de enfoques viejos, donde se definía a la adolescencia como una etapa meramente de transición ,y no como una de las más importantes del ciclo de vida, dada la magnitud de cambios tanto físicos como psicosociales que ocurren en ella ,así como la velocidad de los mismos. Por ejemplo después de la etapa intrauterina, sigue siendo la adolescencia la etapa del ciclo de vida donde el ser humano crece y se desarrolla más, en un corto periodo de tiempo, aproximadamente 10 años, y donde experimenta cambios enormemente profundos. Y es entonces precisamente por ello que se potencia la posibilidad de transformación en las personas, siendo capaces estas de modificar conductas más que nunca antes y después en la vida, así como de abandonar procesos perjudiciales para su salud integral.

Pero hablando de abandonar viejos paradigmas ,peor es aún cuando desde un enfoque adultocentrista ,se les define a los y las adolescentes ya de por

¹ Psiquiatra, especialista en Psiquiatría de la Adolescencia.

Ex Directora Programa Atención Integral a la Adolescencia, PAIA.CCSS.

Presidenta Asociación Costarricense de Adolescencia y Juventud, ASCAJU



sí como un problema, algo bastante común aún entre padres de familia y algunos profesionales y más típicamente dentro del Sector Salud, cuando los enfoques meramente biólogos y medicalizados, favorecen la invisibilización de los y las adolescentes,

como actores protagónicos de la construcción de sus procesos de crecimiento y desarrollo y por ende de la construcción de su propia salud.

Pero antes de continuar hablando de cómo hacer promoción de la salud con y para los y las adolescentes, creemos importante revisar, ¿Qué se entiende por Promoción de la Salud?, ¿Cuáles son sus componentes más importantes? y el desarrollo que esta ha tenido desde que se acuñó el término.

Antecedentes, Historia y Desarrollo de la Promoción de la Salud en general

Es imposible referirse a los planteamientos básicos de de la Promoción de la Salud sin que citeamos el documento conocido como “ La Carta de Ottawa”, promulgada en esta ciudad canadiense en 1986.Su nombre completo es: “La Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud”, y emergió de la Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, que se realizó bajo el auspicio de la OMS., el Gobierno de Canadá de ese entonces, y la Asociación de Salud Pública Canadiense.

A su publicación se le unió muy pronto la aparición de otro valiosísimo documento también canadiense, de su gobierno denominado: “Alcanzando la Salud para todos”, en español, o con el nombre original de la publicación, que se hizo en idioma inglés: “Achievement health for all”.

La novedad de estos documentos es que abandonaban un enfoque centrado meramente en el individuo, para reconocer que existían otros muchos determinantes grupales de la salud., entre ellos los entornos económicos, socio-culturales, la calidad de vida y nutrición de los niños y niñas en la más temprana infancia, los hábitos personales de salud, la

capacidad individual de adaptación, la biología humana y la disponibilidad real de servicios de salud.

Canadá se volvió a comprometer de nuevo con este enfoque en una reunión de Ministros de Salud realizada en 1994. De ella emergieron proyectos novedosos tales como los de las Ciudades Saludables y Comunidades Saludables que desde entonces promueve la OPS/OMS en todo el mundo, incluyendo Costa Rica

Entonces si bien para muchos los documentos ya citados siguen siendo un obligado marco de referencia para la Promoción de la Salud o la Salud Pública, que nos hablan de una filosofía, un reagrupamiento de ideas, de orientaciones, de grandes líneas de trabajo, pero para otros es más bien un documento conceptual y teórico, pero que no resulta útil como instrumento de intervención y tampoco directamente utilizable, y que carece más bien hoy en día de cierta aplicabilidad.

Sin embargo yo considero que el problema de este gran esfuerzo que significó la aprobación de la Carta de Ottawa es que ella por sí misma, no nos protege necesariamente de que se promulguen políticas públicas inadecuadas o que van en contra de sus principios, o que decisiones gubernamentales mal atinadas, sobre todo hechas bajo consideraciones eminentemente electorales, vayan más bien en contra de sus postulados. En general podríamos decir además que el espíritu de la Carta se contraponen en mucho a las políticas francamente neoliberales, que han prevalecido en el mundo en los últimos años.

Una de las evidencias de que los principios y enfoques de la Carta de Ottawa han probado ser útiles, lo podemos encontrar en los niveles de Salud de la población canadiense. En el 2001, el 87 % de su población declaró tener una excelente salud y solo el 13 %, opinó que tenía una salud regular o mala. Esto significó los datos más altos reportados en relación a la condición de salud autoevaluada, entre los países desarrollados.

Sin embargo al interior de este país aún prevalecen desigualdades entre diferentes grupos poblacionales, habiéndose encontrado una estrecha relación entre el nivel educativo y económico, y el estado de salud. Es así

como aquellos canadienses que tenían un más bajo nivel educativo y económico resultaron ser los que tenían una mayor propensión a enfermarse y morir prematuramente .Desgraciadamente esta población resultó estar compuesta en su gran mayoría por la población autóctona de Canadá ,lo que nosotros llamaríamos la población indígena. Justo resulta decir que Canadá sigue trabajando para establecer una serie de estrategias que disminuyan las brechas existentes.

Resulta así fascinante revisar todas las estrategias de Promoción de la Salud que Canadá ha implementado, lo cual les recomiendo hacer, pero para este cap. resultaría demasiado largo y nos apartaríamos del tema central.

Si queda claro que para lograr lo alcanzado por este país se necesitan políticas de largo plazo que integren los 3 elementos que citamos a continuación:1-Una base sólida de conocimientos ,con excelentes programas de investigación a largo plazo para poder abordar las lagunas ,así como los problemas nuevos o los que ellos definen como asuntos de actualidad,2-Desarrollar políticas y acciones públicas que se centren en los determinantes más amplios de la salud, así como las intervenciones destinadas a reducir o retrasar los determinantes más próximos, relacionados con las enfermedades crónicas o infecciosas,3-Un fuerte compromiso con la rendición de cuentas, incluyendo el control y la evaluación, para evaluar la eficacia de las intervenciones y establecer así los planes para nuevas inversiones.

Finalmente es importante señalar que Canadá ha establecido también estrategias específicas para sus adolescente, y es así como en el 2002,entre otra serie de reportes publicó el denominado: ``The opportunity of Adolescence: the contribución of the Health Sector. En español se conoce como: ``Perspectivas de apoyo a los y las adolescentes. Contribución del Sector Sanitario``. Se recomienda consultar este documento.

Haciendo Promoción de la Salud con y para los y las Adolescentes

En la introducción ya nos referimos a algunos requerimientos indispensables para hacer Promoción de la Salud con y para este grupo de edad. No los volveremos a repetir, pero si diremos que el enfoque poblacional o demográfico, y por ende grupal que propone en general la Promoción de la Salud es altamente exitoso en la Adolescencia. Los y las adolescentes suelen moverse en grupos, el grupo los protege de la angustia existencial que les genera el proceso de individuación separación de los padres, y les brinda un espacio donde ensayar los roles adultos, en un espacio que consideran seguro. Así que uno de los errores adultos más frecuentes es considerar los grupos de adolescentes, todos, como negativos y sentirse más tranquilos cuando un adolescente es solitario. Cuando esta conducta debería ser más bien una señal de alarma. Solitarios han sido los que han emprendido matanzas de sus coetáneos en diferentes países y son también los solitarios y silenciosos, vistos por ende como muy bien portados, los que se suicidan, y luego nadie entiende el por qué.

Es cierto que algunos países centroamericanos están traumatizados con el fenómeno de las maras grupos de adolescentes altamente violentos, claro que sus gobiernos han ensayado enfoques meramente represivos, olvidando que el gesta de dichos grupos tiene su origen en la historia misma de estos países, donde prácticamente todos los hombres adultos y también los adolescentes tardíos, e incluso los que se encontraban en la denominada adolescencia media, fueron involucrados en alguno de los dos bandos en conflicto y en cruentas guerras civiles, por ende los adolescentes varones construyeron su identidad de género al redor de hombres armados que andaban en grupos, que cometían actos atroces de matanzas de coterráneos con absoluta normalidad.

Posteriormente, acabada dichosamente la guerra, muchos adolescentes quedaron huérfanos, habiendo heredado quizá solo las armas que portaron sus padres y hermanos fallecidos y que quedaron disponibles de por si en altas cantidades, desperdigadas a lo ancho y largo del territorio de estos países. Estos adolescentes necesitaban entonces más que nunca un grupo, que les diese refugio, como sustituto de sus familias destruidas, y donde

podiesen poner en práctica los únicos roles masculinos hasta ahora por ellos conocidos.

Quizá por razones de espacio he simplificado la génesis de las maras, como grupos negativos, pero aún en estos casos, el contraponer a ellas, ofreciendo variedad de grupos positivos desde la sociedad, es una estrategia con la que ONGs., ya se precian de haber utilizado habiendo rescatado a mareros, sobre todo desde Iglesias. Y como dichosamente la entidad en la adolescencia es un muy fluida, muchos la definen como camaleónica, uno puede ver entonces mareros aún con sus horribles tatuajes cantado en Iglesias de distintas confesiones, sobre todo católicas y evangélicas, con mucha fe e identificándose fácilmente con sus líderes, nuevos modelos de hombre, por primera vez por ellos conocidos.

Pero volviendo al tema central, la primera estrategia de promoción de la salud para los y las adolescentes debe ser que desde un enfoque intersectorial organizado, se les ofrezca una enorme variedad de grupos a los que puedan integrarse fácil y libremente, sin ninguna traba burocrática, más que el hacerse presente, y que giren alrededor de distintos temas, y donde en ellos se puedan incorporar, sobre todo los más pequeños, que necesitarán un mayor acompañamiento adulto. Posteriormente los y las adolescentes serán capaces de formar sus propios grupos, requiriendo cada vez más poco de sus mayores.

Aquí incluiríamos todas las artes. La importancia de la música en el desarrollo de la niñez y la adolescencia está claramente documentada .El que el integrar un grupo musical le permitirá al o la adolescente no solo experimentar el enorme disfrute de aprender a tocar un instrumento descubriendo habilidades nuevas, que le reforzarán su autoestima ,sino que le va ayudar también a desarrollar la disciplina, la atención ,y por ende casi como por magia ,ellos y ellas mejorarán sus calificaciones, es algo ya comprobado en Costa Rica y en diferentes países.

El fomentar grupos musicales con música de todos los tipos, desde clásica hasta el reggaetón, hip-hop, folclórica, jazz, la llamada nueva trova, tan importa en Latinoamérica, etc.es una estrategia donde desde el Sector Educación de Costa Rica, se está apostando para mantener los y las

adolescentes en escuelas y colegios; y así podemos encontrar bandas clásicas en lugares muy remotos, por ej. en la costa pacífica de la península de Guanacaste, provincia que hace frontera con Nicaragua. Y ya se han documentado después de unos 6 años de esta estrategia sostenida, en dos gobiernos diferentes los primeros resultados. Es así como la cobertura de la población adolescente en secundaria pasó de ser el 79%, número en el que estuvo estancada por muchos años, a ser por primera vez del 82.7% en el 2009. ¿Qué va a pasar en el futuro, no lo sabemos, pues ya señalamos cuando hablamos de la experiencia canadiense, que las estrategias de promoción de la salud además de intersectoriales deben ser sostenidas en el tiempo a largo plazo y esto aún no siempre pasa en Costa Rica.

También en relación a la mejoría de los indicadores en Educación en CR., se hace importante señalar que no se deben a una sola medida, sino también a otras muchas, entre las que podemos destacar el Programa Avancemos que entrega a las familias pobres un subsidio económico por cada adolescente que permitan que continúe en el Colegio antes de sacarlo a trabajar para que ayude económicamente a su familia.

Pero en nuestro país tenemos un lindo ejemplo de larga sostenibilidad en el tiempo y por ende con enormes frutos. En 1972 el entonces presidente José Figueres Ferrer, lanzando una frase que ha pasado ya a la historia: "Para qué tractores sin violines" y que mereció que en ese entonces muchos lo considerasen loco, pues despidió a muchos viejos músicos costarricenses mediocres de la entonces también mediocre Sinfónica Nacional, importó a músicos del primer mundo y además de constituir la Nueva Sinfónica Nacional, les dio la tarea de ser los maestros de los integrantes de la Primera Sinfónica Juvenil.

San José, nuestra pequeña capital vio entonces largas filas de niños, niñas y adolescentes de 4 años en adelante, formarse para hacer por primera vez una audición, y un grupo numeroso de ellos y ellas salieron con un violín, una flauta transversa, un saxofón o incluso una tuba u otro instrumento de cuerda más grande que sus pequeños cuerpos, en sus manos, entre alegres y asustados.

Así nació la Primera Orquesta Sinfónica Juvenil de Costa Rica y de toda Latinoamérica, la cual tiene ya 39 años de existir y sigue viva, integrada hoy en día por más de 100 niños, niñas y adolescentes, de 4 a 20 años. Además todos los años, los diarios nacionales avisan los días de audición para principiantes y volvemos a ver las filas de hace de más de 30 años, donde cualquier niño, niña o adolescente sin distinción alguna de clase social puede enrolarse, solo requiere tener talento musical, pues de nuevo los instrumentos los da el estado y las clases son gratuitas. En tanto que unos ingresan, otros salen graduados de la Universidad Nacional, una de nuestras universidades públicas, pues el Programa conocido ahora como la Escuela Nacional de Música, se convirtió en una Escuela más de esta Universidad.

Así hoy en día la Sinfónica Nacional no tiene que importar ya más músicos, los de la Juvenil, pasan muy jóvenes a ser miembros de esta, en tanto que tenemos múltiples extraordinarios talentos que a través de ganar concursos internacionales siguen su formación becados, en las capitales europeas, estadounidenses, que cuentan con los Programas de formación musical de más alta calidad.

Ahora bien no todos han seguido el camino de la música clásica, muchos han formado diversos tipos de conjuntos como el famoso "Editus", que usando instrumentos propios de una sinfónica unidos a algunos de nuestros ancestros como grandes caracolas, produce una música nueva, extraña pero preciosa, que le llevó a ganar un Premio Grammy, en los USA.

Pero también deben fomentarse otro tipo de grupos como talleres de periodismo, teatro, poesía y cuento. En una primera etapa los y las adolescentes entran a aprender, a probar si eso realmente les gusta, como quien se prueba un vestido. Recordemos que es la adolescencia donde se define la identidad, proceso que la M.S.c Dina Krauskopf, describió magistralmente como la búsqueda de esa experiencia personal de mismidad, por lo cual no nos asustemos si alguien cambia el trombón por la pluma o viceversa. Para evitar padres de familia furiosos de inversiones hechas, y luego abandonadas en un rincón, en Costa Rica, el estado con la colaboración de la empresa privada suministra todos los materiales,

incluyendo los instrumentos de todas las clases ,así que el que un adolescente deja ,inmediatamente será asignado a otro. También el estado costea los profesores que dan las clases.

Igualmente exitoso ha sido el más reciente Programa del Curso Escolar y de Secundaria de Coreografía, y el programa denominado "Si baile". Los y las ganadoras de estos concursos siguen la carrera de danza con mucha frecuencia en las Universidades, y a muchos de ellos y ellas se les puede ver participando en el Teatro Nacional en el Festival de Jóvenes Coreógrafos que se realiza ya hace años denominado Graciela Moreno, en nombre de una Directora ya fallecida de este teatro, que quiso abrirle las puertas del mismo a los y las jóvenes.

Tampoco nos podemos olvidar del deporte y Costa Rica ofrece a sus adolescentes todos los años los denominados: "Juegos Nacionales", en los que cada vez participan más disciplinas, y donde deportistas adolescentes de ambos sexos, de todos los cantones del País, muestran sus extraordinarias habilidades en deportes individuales y colectivos, incluyendo el atletismo en todas sus formas.

La sede es rotatoria, y la ciudad que la organiza recibe fondos estatales para preparar el equivalente de una villa olímpica y para mejorar su infraestructura deportiva.

Estos aunque muy importantes y sostenidos en el tiempo a través de diferentes gobiernos de diferente filiación partidaria son más criticados que los programas anteriores por dos razones: porque los talentos ganadores de medallas ,no siempre reciben el suficiente apoyo estatal para seguir entrenando y perfilarse hacia el campo internacional y poder participar así en los juegos olímpicos, y porque muchas veces las nuevas instalaciones ,unas veces pasadas las justas sucumben cerradas con 4 candados, en lugar de estar siempre abiertas para que los niñas niños y adolecentes disfruten de ellas ,practicando deporte no solo con fines competitivos ,sino para crecer sanos y felices ,sobre todo ahora que CR. tiene un gran problema de sobrepeso en la niñez y la adolescencia. También porque en muchos casos estas instalaciones que le han costado mucho dinero al estado, no reciben siempre el mantenimiento adecuado.

Y que podemos decir de la contribución del Sector Salud en la formación de grupos. Esta colaboración durante más de 15 años fue muy importante, pues el Programa Atención Integral a la Adolescencia de la Caja Costarricense del Seguro Social, conocido ampliamente en el país como "PAIA.", logró crear una red de Adolescentes protagonistas, multiplicadores en salud para su mismo grupo de edad.

Pero tal vez antes de referirnos más a esta red, y al PAIA., debemos aclarar que CR. cuenta con un Seguro de Salud Universal y Solidario, que cubre a toda la población del país y donde la Infancia y la Adolescencia por ley, "El Código de la Infancia y la Adolescencia" promulgado en 1997 como la Ley 7739, les asegura a estos una atención prioritaria.

Pues entonces es al interior de CCSS., este Seguro Universal de Salud, que en 1989 nace este Programa, que para ser más breves seguiremos llamando "el PAIA." que nació no porque antes no se brindara atención a los y las adolescentes, pero esta era una atención centrada en la enfermedad, medicalizada y que no incluía en absoluto la Promoción de la Salud y menos uno de los componentes de ella, como es la participación organizada de la población.

La que hoy escribe este texto tuvo el privilegio de ser su primera directora y de dirigirlo hasta que se jubiló, abandonando esta dirección directa, solo 4 años, en que fue llamada a asumir responsabilidades más serias y complejas dentro de la misma CCSS., la Gerencia General de los Servicios de Salud, mal conocida en Costa Rica como la Gerencia de la División Médica. Pero cuando terminé este nombramiento político técnico, al final de un periodo presidencial, reasumí de nuevo su liderazgo, que hoy recuerdo con gran cariño y orgullo. Claro que nunca estuve sola, siempre tuve el honor de trabajar con un selecto grupo de profesionales, médicos de distintas disciplinas sobre todo gineco-obstetras y psiquiatras infanto - juveniles, trabajadoras sociales, psicólogas, psicólogos, promotores de salud, etc. Siempre consideramos el trabajo en equipo como algo esencial. De cada uno de ellos y ellas aprendí mucho y cada uno de ellos y ellas dejaron huella en este programa pionero en Latinoamérica.

Es así como en 1993 se empieza a trabajar en la capacitación en salud, usando una metodología participativa ,que partía de la realidad que cada uno de los grupos de adolescentes experimentaban en sus comunidades, y dejando instalado luego un grupos de adolescentes líderes, a los cuales después de la capacitación básica ,se les seguía brindando acompañamiento, ulterior capacitación según lo que ellos consideraban necesario ,y material educativo para su uso, en cada cantón del país ,aun los más remotos.

Esta red comenzó a ser más grande y más autónoma, ¿y por qué hablamos de red? ,porque desde los inicios de esta experiencia fomentamos que existiese comunicación entre los diferentes grupos, ,al interior de las 7 Regiones de Salud del país y también a nivel nacional .Es así como cada grupo cantonal de adolescentes escogía a uno de ellos o ellas para ser su representante a nivel regional ,y este o esta asistía a reuniones periódicas en la Sede Regional de la CCSS, donde se encontraba con los representantes de otros cantones, y donde se efectuaba una reunión que con el acompañamiento del personal de salud ,servía para muchos fines tales como :intercambio de experiencias ,presentación de logros ,análisis de los problemas más grandes u obstáculos encontrados en su trabajo ,definir nuevas necesidades de capacitación y también elegir el o la Representante Regional para el nivel Nacional .Esto mantenía un hilo conductor en toda la metodología y los y las jóvenes, adoptaron esta forma de trabajo con gran facilidad ,organizando luego Congresos Nacionales de adolescentes líderes de Salud de tres días de duración y anuales, de los que se efectuaron 5,y también lograron publicar un periódico con temas de salud ,el cual era distribuido a través de la red.

La CCSS. además del trabajo del personal de salud que dedicaba horas a la capacitación de estos grupos ,y que en muchas ocasiones trabajaba horas extras sin pago ,pues el entusiasmos de los y las adolescentes resultaba contagioso, ponía también los viáticos que ellos y ellas necesitaban para moverse, los locales y la alimentación.

Reclutar jóvenes en las comunidades interesados en los procesos de salud nunca resultó difícil, en CR.la medicina es aún una de las carreras

preferidas por los y las muchachas de primer ingreso en las Universidades ,así que aprender de los procesos de Salud-Enfermedad les daba status y de verdad eran respetados por sus coetáneos ,y recibían y atendían consultas, muchas veces con enorme pertinencia ,pero igual referían casos a los equipos de salud ,algunos de emergencia ,por ejemplo por depresión y riesgo suicida ,igualmente pertinentes. Además lógicamente hacían educación en salud, incluyendo salud sexual y reproductiva.

Desgraciadamente ya dijimos, que a pesar de los muchos logros que muestra CR. en sus indicadores de salud y desarrollo, que lo hace único en la región, aún nos falta mucho para ser Canadá, y una de las grandes dificultades que se encuentran para trabajar con enfoques como estos ,es que aún falta que las políticas públicas no respondan a enfoques partidistas y sean verdaderas políticas de estado, así como la falta de recursos económicos ,esto aunado a que por los logros alcanzados , somos cada vez menos sujetos de ayuda de organismos internacionales.

Pues todos estos factores se confabularon contra tan exitoso proceso, y ya para el 2005 esta estrategia había sido abandonada ,entre otras cosas porque se terminó un proyecto ejecutado con fondos del Fondo de Población de Naciones Unidas ,y no hubo manera que se pudiese conseguir que la CCSS. asumiese los viáticos y la alimentación de los y las adolescentes, pues solo brinda viáticos a funcionarios. Pero claro tampoco se consiguió en ese momento el apoyo político que tuvimos en otras muchas ocasiones.

Así dejamos a grupos de adolescentes enojados y frustrados, pero lo que aprendieron ya nunca nadie se los puede quitar e interesantemente, ahora ellos y ellas convertidos en jóvenes ,los hemos hallado comprometidos dentro de otros procesos de liderazgo ,convertidos ya en figuras políticas electas popularmente ,siendo organizadores de los campamentos de los Juegos Deportivos Nacionales ,manejando una agencia de viajes, o haciendo un similar trabajo ya pago por diversas ONGs. Esto por lo menos nos muestra que la participación los empoderó, los protegió de múltiples factores de riesgo, sobre todo cuando su estrato socio económico no era para nada de los más privilegiados, y que podríamos concluir que la

verdadera participación en la adolescencia es claramente un factor protector.

Además una de las evaluaciones externas de este movimiento o red de Adolescentes protagonistas, que fue realizada por la Organización Panamericana de la Salud, OPS., halló algo para nosotros sorprendente y que nunca habíamos anticipado ,estos y estas adolescentes habían sido capaces de cambiar positivamente a sus padres y a sus propias familias y favorecer los patrones de crianza de los hermanos menores .

Pero desde el Sector Salud a través del Programa de Atención Integral a la adolescencia o PAIA, el Seguro de Salud contribuyó a la Promoción de la Salud de los y las adolescentes con otras muchas estrategias, algunas muy novedosas que pasaremos a describir a continuación.

En primer lugar una que yo consideraría particularmente importante para los y las adolescentes: el uso del entretenimiento para promover el cambio social. En qué consiste esta estrategia ,bueno en algo simple si se tienen recursos .Por ejemplo el organizar un concierto gratuito con un cantante usualmente nacional ,por eso de los recursos ,pero de franca preferencia adolescente ,y además sobre todo que el contenido de sus canciones pueda considerarse que trasmite mensajes positivos ,tales como la lucha por la paz y la no violencia ,la preocupación por los que menos tienen, la importancia de ser capaces de luchar por lo que se quiere, la importancia de ser fuertes y optimistas. Muchas de estas letras el mundo adulto desde que yo misma era adolescente las denominó, cosa irónica como música protesta. Dichosamente siguen existiendo y´´ pegando como dicen ´´mucho entre los y las adolescentes este tipo de letras, lo que han cambiado son los ritmos. Así que nosotros encontramos un cantante de reggaeton conocido como Tapón ,casi adolescente el mismo ,con el que ofrecimos conciertos fuera del gran área metropolitana a donde nunca llegaba, pero donde también era conocido .Estos ocurrieron en estadios y plazas de football , al mismo tiempo que durante el concierto se bombardeaba a los y las adolescentes de mensajes de salud, tales como: no al fumado , no al alcohol, no al sexo sin protección ,no a la violencia de género, sí a la participación ,a la amistad solidaria ,al mantenerse en el Colegio, al cuidado del planeta, etc. También

al mismo tiempo los y las adolescentes protagonistas anfitriones y anfitrionas del concierto, repartían material educativo también preparado por "el PAIA." a cada uno de los asistentes. Siempre obtuvimos llenazos, en un ambiente de orden y de compromiso con no botar basura, no causar daños al establecimiento, etc.

Una modalidad más complicada es la realización de concursos con un tema de salud .Recuerdo uno de teatro que resultó particularmente exitoso, en que a propósito el tema fue algo abierto: "Hablando entre nosotros sobre sexualidad". Con ello buscábamos disminuir la censura de la iglesia católica que en CR.es la religión oficial del estado y tiene aún mucho poder, logrando paralizar al gobierno, o eliminar ciertos temas de la agenda del mismo .Y por otro lado el ver que temas desarrollaban los y las adolescentes dentro del ámbito de la sexualidad.

En este caso se requiere buscar patrocinadores para los premios, que no sean lógicamente tabacaleras, casas de cerveza o bebidas alcohólica, incluso de comidas rápidas ,de esas a las que se culpa del sobre peso de este grupo de edad. Pero es posible encontrar empresarios más neutros como los de aerolíneas ,cadenas hoteleras ,y centros turísticos ,trasmisionales de alta tecnología como Intel ,Epson ,IBM, etc.de las cuales muchas se han instalado en CR .y se precian de ser empresas con responsabilidad social.

Bueno este concurso especificó resultó altamente exitosos ,fue nacional ,se escribieron múltiples grupos de adolescentes ,se tuvieron eliminatorias regionales ,y luego la gran final en San José, nuestra capital y como siempre los y las adolescentes nos sorprendieron con su creatividad, llegando a la final 5 grupos con temas tan variados y sorprendentes como La trasmisión por vía heterosexual del UVH/Sida ,El incesto, El embarazo en la adolescencia, Las consecuencias del uso de sustancias ilícitas como la cocaína ,El alcoholismo ,La violencia en la familia y sus consecuencias en los hijos

Lo mejor de todo fue que los padres de los jóvenes y nobeles actores ,escritores del guión, directores, etc., muchos de ellos simples campesinos ,que vinieron con la comida en bolsas, quienes estamos seguros nunca

hubiesen sido capaces de discutir con sus hijos e hijas estos temas en forma tan abierta y con la propiedad aún científica, como estos lo hicieron ,y al mismo tiempo mientras la Iglesia detenía los programas del Ministerio de Educación ,nosotros congregamos en la final como a 800 adolescentes de todo el país y a sus padres ,aprendiendo unos de los otros. También asistió La Primera Dama de la República, cuya oficina también dio su apoyo para la alimentación de este creativo y entusiasta batallón.

Pero el PAIA contribuyó con una serie e estrategias más que por espacio, describiremos más resumidamente.

Desde el años 2004 abrió una Línea gratuita para consejería de los y las adolescentes .El número telefónico 800-22 -24-911.Aquí un equipo constituido por médicos, psicólogos y trabajadores sociales de ambos sexos respondía cualquier pregunta que los y las adolescentes quisieran formular. La línea fue posicionada entre ellos usando otras estrategias ya señaladas .Se realizó un concurso para darle nombre. Recibimos miles de cartas y finalmente el jurado escogió como nombre ganador: “Cuenta Conmigo ”.El jovencito que ganó el concurso recibió de la aerolínea nacional, LACSA, dos pasajes para ir a Disney World. Cuenta Conmigo funcionó por 12 años ininterrumpidos, llegando a recibir hasta 17.000consultas,la mayoría de sexualidad ,noviazgo ,pero también de los temas más variados; desde la depresión y el tener ideas suicidas hasta el maltrato físico y el acoso sexual, desde cómo bajar peso, a tener miedo de ser homosexual, etc., etc.

Su gran éxito se debió en gran parte a que CR. cuenta con una red de telefonía pública, que cubre a todo el territorio nacional y que las y los jovencitos podían llamar de teléfonos públicos y si lo hacían de sus hogares al ser gratuita, no elevaban la cuenta telefónica de la familia. Pero a pesar de todos sus logros y fortalezas, “Cuenta Conmigo”, también murió víctima de la burocracia, de algo llamado un proceso de reestructuración institucional, donde la reestructuración per se, se convirtió en el objetivo final, y no el bienestar de una población x, que valoraba el servicio como de alta calidad. Los funcionarios a cargo tampoco supieron defenderla o movilizar a los y las adolescentes en su defensa, probablemente por temor. Quizá, estas señales pequeñas pero grandes a la vez, marcaron el inicio de

lo que hoy es la gran preocupación de la ciudadanía costarricense, y el fenómeno que sabiamente han denominado como que la: “La CCSS. está enferma” y yo espero que ya en proceso de cura también.

Igualmente siempre se produjo material educativo de dos tipos, para profesionales y para los y las adolescentes mismos.

La necesidad de mantener a los profesionales de distintas disciplinas y de los diferentes niveles del Programa PAIA., desde el nivel Central ,a los niveles regionales y locales ,así como a los que trabajaban en los servicios de diversas complejidades ,desde los existentes en los Hospitales Nacionales ,Regionales y Periféricos hasta llegar a los EBAIS o Equipos de Atención Básica en Salud, desperdigados por toda la geografía nacional y muy cerca de los hogares; hizo que se detectase una necesidad muy sentida, el que todos estos profesionales necesitaban material de referencia para su permanente capacitación ,pero también para que les ayudase a trabajar con los y las adolescentes de sus comunidades. Esto nos llevó a concebir, escribir y publicar desde Manuales a Módulos, donde con metodología participativa se mostraba como preparar a su vez la capacitación de otros profesionales, de los padres y madres de familia, de los y las educadores, pero sobre todo a los y las adolescentes mismas.

Entre estos materiales cabe destaca el primer Manual de Consejería en Salud Sexual para los y las Adolescentes ,cuya segunda versión revisada y actualizada se publicó en el año 2000,luego “El Modulo Socio Educativo para el fortalecimiento de las conductas protectoras y la prevención de conductas de riesgo en la Adolescencia :Toques para estar en todas”. Este producido por un equipo interdisciplinario de profesionales es un esfuerzo valiosísimo ,que además de explicar en qué consiste la metodología participativa, y como emplearla ofrece módulos interactivos de todos los temas tales como: Cuáles y en qué consisten los derechos de los y las adolescentes, legislación vigente que les compete ,autoestima y auto imagen ,educación y elección vocacional ,salud sexual y salud reproductiva con enfoque de género y de derechos ,salud mental, etc., el cual fue publicado en el 2002,y del que se produjeron suficientes ejemplares, como

para dar uno a cada EBAIS y a cada Equipo de Atención Integral a la Adolescencia existiendo en los diferentes niveles de complejidad .

Citaré finalmente tres Manuales más:1- El Módulo Género y Salud, hacia una atención Integral de los y las adolescentes, publicado en el 2004,y cuya autora la Lic. Marianella Vega que hizo un excelente y novedoso trabajo, es hoy consultora del Fondo de Población de las Naciones Unidas. Este es un modulo de capacitación para el personal de salud.2- El Manual de Atención Integral a la depresión y el Suicidio, publicado en el 2005 que pretende dar herramientas para hacer un diagnóstico adecuado de los y las adolescentes deprimidos, cómo encausar su entrevista, diferentes escalas que permitan afinar el diagnóstico y luego brindar los lineamientos fundamentales para el adecuado tratamiento farmacológico y psicoterapéutico de estos jóvenes, así como establecer las responsabilidades de los diferentes niveles de atención. Este fue desarrollado por el Dr. Marcos Díaz, psiquiatra del equipo interdisciplinario del llamado Nivel Central del PAIA.Y finalmente el Modulo Sembrando Esperanzas; el cual busca brindar estrategias para el trabajo con adolescentes de comunidades pobres, publicado también en el 2005, y elaborado por dos psicólogos del ya citado equipo los Lic. Carlos Garita y Carlos Alvarado.

Cabe así mismo destacar que todo este material siempre fue publicado con una coletilla: “Se autoriza su reproducción parcial y total, siempre que se cite la fuente y tenga como fin último un mejor abordaje de la Población Adolescente y se utilice sin fines de lucro”. Así que nunca nos enojamos y por el contrario éramos y seguimos siendo felices cuando descubrimos este material siendo usado por educadores, leído por estudiantes universitarios, citado en tesis de grado ,etc. También siempre ejemplares del mismo se pusieron a disposición de todas y todos los interesados en BINASSS, la Biblioteca Nacional de Salud y Seguridad Social, la segunda más grande del Continente Americano ,después de BIREME, localizada en Brasil y perteneciente a la OPS/OMS.

Pero además quisiera señalar que todo este material publicado ha sido el resultado de investigaciones previas también publicadas .Desde sus orígenes el PAIA. empezó a realizar lo que al principio llamamos

diagnósticos de la Situación de Salud de los y las Adolescentes, pero con forme el Equipo humano, creció, se consiguieron más recursos, se realizaron verdaderas investigaciones tanto de naturaleza cuantitativa como cualitativa. Ellas están también disponibles en BINASSS, y como ella poco a poco se ha ido convirtiendo en una Biblioteca virtual, mucho tanto del material educativo como de las investigaciones se ha colocado en esta biblioteca virtual a texto completo. Y seguimos creyendo que la investigación debe ser una actividad permanente, para poder conocer las necesidades cambiantes de los y las adolescentes, de los diferentes grupos o diferentes adolescencias que existen aún dentro de un país tan pequeño como CR.; cumpliendo así con uno de los postulados de la Carta de Ottawa.

En cuanto al material educativo producido directamente para la educación en salud de los y las adolescentes ,los esfuerzos fueron múltiples ,y se abordaron multiplicidad de temas ,desde la prevención de accidentes ,la salud sexual y reproductiva ,incluyendo la prevención de las enfermedades sexualmente transmitidas ,el UVH/sida ,la prevención del embarazo en la adolescencia, la salud mental, la prevención del abuso y maltrato ,etc.; y bajo muy diferentes formas desde material impreso ,hasta audiovisual ,cuñas para radio y televisión, etc..

También aquí fuimos evolucionando y tal vez de un desplegable diseñado por adultos, aunque siempre validado por un grupito de los y las adolescentes protagonistas ,pasamos a producir materiales más novedosos ,donde se recoge la voz y las ideas de los y las adolescentes reales de Costa Rica. Como ej.de este tipo de material citaré dos audio visuales llamados :“Hablemos entre nosotros y nosotras sobre sexualidad”, y “Nosotras y nosotros :¿dónde está la diferencia?”, que aborda la temática de género .En estos audiovisuales se recogen y editan discusiones sostenidas sobre estos temas, por adolescentes reales ,comunes y corrientes ,del año 2000 ,fecha en que fueron producidos. Posteriormente acompañados de una guía metodología impresa, se distribuyeron a través de toda la estructura descentralizada del PAIA: pero también, a educadores, ONGs., y de vuelta a todo aquel que quiso reproducirlos.

Ya para terminar me referiré a lo que denominamos: “El tamizaje de riesgo Psico-social”, cuyo diseño, desarrollo e implementación, fue quizá mi última contribución al PAIA. Uds. podrán comprender que en un modelo biologista o medicalizado, con el que operó por años el Sistema de Salud de Costa Rica y aún opera en mucho, con avances y retrocesos, se solía considerar a los y las adolescentes como fundamentalmente sanos, porque se les evaluaba solo la salud de sus cuerpos, y se les atendía cuando estos cuerpos se enfermaban y lesionaban. Pero otro tipo de dolencias como la depresión, el abuso sexual, o cualquier otro tipo de abuso, la iniciación de una temprana vida sexual sin preparación ni acceso a ningún tipo de protección, pasaban desapercibidas y no interesaban a nadie. Además podríamos hablar de muchas oportunidades perdidas, pues cuando los adolescentes sí llegaban a los servicios de salud, nadie exploraba este tipo de componentes tan importantes de su salud. Y es así como tuvimos un ej. trágico ,un adolescente varón que se suicidó en los servicios sanitarios de uno de nuestros más grandes Hospitales nacionales ,en San José, después de haber sido atendido por un médico ,que no encontrando realmente cual era su causa de consulta ,le había mandado un hemograma y un examen de orina. Que lección terrible para el sistema.

Es así como nos dimos a la tarea de diseñar un instrumento de detección del riesgo psico-social para su construcción tuvimos que realizar una verdadera investigación ,pues es un instrumento que los adolescentes llenan por sí mismos ,con el objetivo de favorecer el que sientan no observados y puedan así ser más sinceros. Por ello debimos validar el lenguaje a emplear con diversos grupos de adolescentes, luego tuvimos que construir una escala, para que los profesionales calificaran el riesgo de cada adolescente, y pudiesen detectar los de mayor riesgo, para diseñar intervenciones con los mismos chicos y chicas etc. Este proceso efectuado por el Lic. Carlos Garita y mi persona fue publicado en la revista científica del PAIA., Adolescencia y Salud, que pueden encontrar en la ya citada Biblioteca BINASS.

Igualmente se logró que fuese aprobado como parte del expediente médico por parte de las autoridades de la Institución, y se está aplicando en todos

los EBAIS, Equipos Básicos de Atención Integral a la Adolescencia ,y en todas las clínicas ambulatorias del país ,así como en todos los hospitales indistintamente de su nivel de complejidad, con los adolescentes de consulta de primera vez, o de primer internamiento ,no importa cual haya sido el padecimiento por lo que hayan acudido a los diferentes servicios ,no importa si se trata de una fractura, una apendicitis aguda ,o una consulta dermatológica por espinillas.

Bueno en este articulo más bien largo, hemos querido demostrar la importancia de la Promoción de la Salud durante la Adolescencia, y cómo es posible hacerlo siguiendo muchos de los postulados de la Carta de Ottawa, para mí aún validos, y construir estrategias adecuadas para ellos y ellas. Claro que un país en vías de desarrollo ,aún uno que ha apostado sobre todo a inversión en la salud y la educación ,pudiendo destinar más recursos a estos rubros ,al ser un país como Costa Rica sin ejercito; todavía es difícil cumplir con el postulado de una intervención sostenida y a largo plazo, pues cuando hay crisis ,como las que recientemente ha experimentado el mundo ,lo más fácil de considerar accesorio son este tipo de estrategias, para destinar los recursos disponibles a la atención de la enfermedad. Sin embargo creemos que el esfuerzo siempre vale la pena, todos los componentes del PAIA. no subsisten ya hoy como su línea telefónica, y se han detenido las investigaciones y publicaciones, pero la experiencia está ahí, bien documentada y esperamos que en cualquier momento pueda ser retomada .Otros componentes como el tamizaje de riesgo siguen siendo utilizados. Pero sobre todo durante 15 años desde el Sector Salud, esperamos haber contribuimos a ayudar a varias generaciones de adolescentes a crecer más sanos y sanas y a evitar riesgos. Algunos indicadores como la reducción sostenida de la fecundidad adolescente tanto en el grupo de 10 a 15años,como en el 15 a19años 11meses,lo cual parece marcar una tendencia sostenida en nuestro país y por ende una importante reducción del embarazo en la adolescencia es uno de los indicadores cuya reducción nos llena de satisfacción.

Referências

Canessa, P y Nikyel, C.)1992) Manual para la Educación en Salud Integral del Adolescente. OPS. Washington D.C. EUA.

- Décimo informe sobre el Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible.)2004).San José, CR.
- Donas, B.)2001) Adolescencia y juventud en América Latina. San José, CR. Libro Universitario Regional.
- Mangrulkar, L. et al)2001)Enfoque de habilidades para la vida para un desarrollo saludable de niños ,niñas yadolescentes.OPA/ASDI/Fundación Kellogg. Washington. D.C. EUA
- Krauskopf. D.)2003)Participación Social y Desarrollo en la Adolescencia. Fondo de Población de las Naciones Unidas .3ª.San José, Costa Rica.
- López. M.)2000) Embarazo en la Adolescencia y la mortalidad Infantil. Costa Rica1998-2000.En revista Adolescencia ySaludVol2. Numero 2.San José. Costa Rica.
- Ministerio de Salud y Caja Costarricense de Seguro Social.)1993).Programa Atención Integral a la Adolescencia. Bases Programáticas. San José, Costa Rica.
- Ministerio de Salud)2003)Agenda Sanitaria Concertada2002-2006Diez Compromisos del Sector Salud. San José, Costa Rica.
- OPS-OMS- Fundación W.K. Kellogg.)2001) Manual de Comunicación Social para programas de Promoción de la Salud de los Adolescentes.
- OPS/.OMS)2003) Integrated Management of Adolescent Needs: a comprehensive initiative to address the health and development needs of the adolescent population of the Americas.)draft)
- Rodríguez. J et al)1999)Sexualidad Adolescente. Un estudio sobre sus conocimientos, actitudes y prácticas. Programa Atención Integral a la Adolescencia. CCSS. San José .Costa Rica
- World Health Organization)WHO2002) Growing in confidence: Programming for adolescent health and development. Geneva. Switzerland.
- <http://www.rhpeo.org>
- <http://www.inspq.qc.ca/jasp/programme/2006/default.asp?A=2&Lg=F>
- www.inec.go.cr
- <http://ccp.ucr.ac.cr/encuestas>
- www.ccss.sa.cr//germed/dtss/diess/descam.htm
- www.binasss.com

Adolescencia necesidades & problemas

Francisca Cruz Sanchez¹, Matilde Molina Cintra², Silvia León Reyes³, Ana Guisantes Zayas⁴ & Noemí Coello Pérez (CUBA)⁵

Las Necesidades

Necesidad es un concepto aceptado por diferentes disciplinas pero especialmente por la psicología y la sociología. Las necesidades son múltiples y varían de acuerdo a factores como edad, sexo, raza, estado civil, educación, nivel socioeconómico, salud, orientación sexual y disponibilidad de recursos. Algunas necesidades como las espirituales son perennes, tienen manifestaciones emocionales diferentes y se mantienen constantes a lo largo de la vida. Dichas necesidades surgen de actividades y relaciones estables que tienen potencial para el desarrollo de capacidades. Su fuente de gratificación no es el objeto en sí, sino el proceso de relación que establece el individuo con su objeto. Por ende, se relacionan con los procesos de interacción y comunicación e incluyen amor, amistad, cariño y la necesidad de comunicarse. Su satisfacción se asocia a vivencias positivas y negativas que no constituyen polos opuestos sino parte de una misma relación dialéctica.

Maslow ha propuesto una jerarquía de necesidades: el ser humano tiene capacidad (no siempre consciente) para organizar, mediar, modificar y

¹ Dra. Francisca Cruz Sanchez Especialista de 1er. y 2do grado en Pediatría, Master en Atención Integral al Niño y Adolescente, Profesora de Pediatría, Responsable del Grupo de Trabajo de Adolescencia del MINSAP en Cuba, Presidenta de la Sección de Adolescencia de la Sociedad Cubana de Pediatría, Miembro directivo de CODAJIC

² Matilde de la Caridad Molina Cintra, Lic. en Psicología, MSc. Psicología Clínica, MSc. Psicodrama y procesos grupales, Profesora Auxiliar Investigadora Auxiliar, Centro de Estudios Demográficos de la Universidad de la Habana

³ Dra. Silvia Leon Reyes Especialista de Pediatría, Master en Atención Integral al Niño y al Adolescente Profesora asistente de Pediatría, Miembro del Grupo de Trabajo para la Salud en la Adolescencia, MINSAP Cuba

⁴ Dra. Ana A. Guisantes Zayas Especialista en Pediatría y Administración de Salud, Master en Atención Integral al Niño, Master en Sexología, Miembro del Grupo de Trabajo para la Salud en la Adolescencia, MINSAP Cuba

⁵ MSc. Noemí Coello Pérez. Lic. en Psicología. Master en Sexualidad. Diplomada en Sexología Clínica. Profesora Auxiliar de la Universidad de Ciencias Médicas. Vice Directora Docente, Investigaciones y Proyectos del Centro de Orientación para Jóvenes Adolescentes y la Familia

motivar sus propias necesidades. Pero también existen factores obstaculizadores, especialmente durante la adolescencia, tales como:

1. Falta de datos sobre la edad, género y proporción de adolescentes y jóvenes con problemas y sobre la calidad de atención que reciben.
2. Recursos humanos insuficientes para la salud adolescente.
3. Fallas en la privacidad y confidencialidad
4. Tratamiento personalizado que con cierta frecuencia es rechazado
5. Ausencia de políticas orientadas con prioridad en los adolescentes.
6. Percepciones distorsionadas de la imagen y capacidad propias
7. Riesgos de salud particulares frecuentemente asociados al entorno familiar y comunitario
8. Reducidos conocimientos sobre necesidades, deseos, problemas, conductas y situaciones de salud adolescentes.

Adolescencia & Necesidades

Existen necesidades básicas que perduran toda la vida. Otras necesidades pueden ser indispensables, importantes, comunes, ocasionales o transitorias. Durante la adolescencia son fundamentales las siguientes:

- N** Nutrición
- E** Estimulación, estima
- C** Comunicación, confianza, confidencialidad, comprensión, consejería
- E** Educación, equidad
- S** Salud, ser escuchado
- I** Información, igualdad, inversión
- D** Desarrollo de habilidades
- A** Aceptación, autoestima, autocuidado, asertividad, amor, amistad
- D** Diálogo, diversión, disfrute
- E** Estabilidad, empatía

S Socialización, seguridad, servicios

Las necesidades se satisfacen dentro de un condicionamiento social. El sistema social impone la manera particular de satisfacer ciertas necesidades, sean biológicas o sociales. Una existencia saludable, la calidad de vida, el bienestar general e incluso la felicidad son necesidades que están construidas y condicionadas socialmente.

En la Primera Conferencia Internacional de Promoción de Salud (*Ottawa, 1986*) patrocinada por la Organización Mundial de la Salud se señala que para lograr la salud, ese estado de bienestar, físico, mental y social, las personas deben ser capaces de identificar y realizar sus aspiraciones, *satisfacer sus necesidades* y cambiar o adaptarse al medio ambiente. Para lograr estas metas es imprescindible reconocer que el desarrollo de la salud no es exclusiva del Sector Salud, ni de la Promoción de la Salud o del Sector Educación. La salud es tarea de todos e incluye la autoeducación y la participación.

Definiciones Operativas

Se utilizaron las siguientes definiciones en el desarrollo del presente estudio:

SALUD	Completo bienestar físico, psíquico y social del individuo.
NECESIDADES	Aquello que es necesario para vivir y desarrollarse individual y socialmente. Pueden ser: vitales, imprescindibles e importantes. O: espirituales, materiales, biológicas, físicas o psicológicas.
PROBLEMA	Estado de insatisfacción ante hechos reales, presentes o anticipados que no permiten llegar a un fin o meta. Pueden ser: personales o grupales. Está fundamentado en experiencias, conocimientos y expectativas. Es una situación de incompatibilidad de objetivos, conocimientos y emociones dentro o entre individuos o grupos que conducen a situaciones antagónicas y de oposición (necesidades, obstáculos, conflictos, aspiraciones, valores, daños y riesgos).
PROBLEMA DE SALUD EN ADOLESCENTES	Estado de insatisfacción en los adolescentes respecto a su bienestar psíquico, físico o social que no permite la obtención de los objetivos o metas propuestos.

Desarrollo

Se organizaron preliminarmente tres grupos de adolescentes (1, 2, 3) de diferentes ciudades. Más tarde en esta misma investigación se formaron tres grupos de profesionales. Después de recibir orientaciones, los adolescentes enumeraron sus necesidades y problemas según su importancia, así:

GRUPO 1

IMPORTANCIA	NECESIDADES	PROBLEMAS
1	Mejorar la comunicación con los adultos (familia, escuela)	La familia (falta de confianza, poca comunicación, falta de orientación)
2	Realizar actividades recreativas, culturales y deportivas	La sexualidad, embarazo precoz, enfermedades de transmisión sexual, promiscuidad
3	Mejor orientación de parte de progenitores y maestros.	La escuela (abandono de estudios, reducida orientación de parte de maestros) Instalaciones para recreación, cultura y deporte.

GRUPO 2

IMPORTANCIA	NECESIDADES	PROBLEMAS
1	Mejorar e incrementar las opciones de recreación, cultura y deportes	La sexualidad, embarazo precoz, enfermedades de transmisión sexual, promiscuidad
2	Mejor orientación (sexual) de parte de progenitores y maestros.	La familia (falta de confianza, poca comunicación, falta de orientación)
3	Mejorar la comunicación con los adultos (familia, escuela).	Insuficientes Instalaciones para la recreación.

GRUPO 3

IMPORTANCIA	NECESIDADES	PROBLEMAS
1	Mejorar la comunicación con los adultos (ser escuchados)	Reducido acceso de los programas de educación sexual para adolescentes
2	Mayor orientación de parte de progenitores y maestros (sexualidad y características del desarrollo)	La falta de comprensión por parte de los adultos de algunas conductas y características propias de los adolescentes
3	Reconocimiento y respeto de nuestros derechos a equivocarnos y a cometer errores.	Falta de comprensión, confianza y apoyo por parte de los progenitores.

Las necesidades y los problemas de los tres grupos de adolescentes resultaron ser similares a pesar de provenir de diferentes ciudades. Como

era de esperarse, la variante observada fue la importancia otorgada a los mismos problemas y necesidades.

Necesidades & Problemas

Segun la edad

GRUPO DE 10-13 AÑOS

NECESIDADES	Recreación, cultura, deportes y áreas físicas para realizar estas actividades Atención de parte de la familia y de la escuela con búsqueda de consejos de los mayores no necesariamente de las amistades Cariño y afecto de parte progenitores y maestros con interpretación contraproducente de rechazo cuando no se satisface este requerimiento
PROBLEMAS	Reducida confianza entre progenitores y descendientes Abandono de los estudios Sexualidad incluyendo embarazo, enfermedades de transmisión sexual y deficiente orientación sexual Abuso de sustancias

GRUPO DE 13-14 AÑOS

NECESIDADES	Orientación sexual y psicológica en general Recreación Mayor comunicación con progenitores, pareja y amistades que no es contraria al deseo de independizarse y que refleja dificultades para expresar las opiniones y sentimientos propios
PROBLEMAS	Abuso de sustancias Sexualidad incluyendo enfermedades de transmisión sexual, embarazo no deseado y promiscuidad Suicidio Violencia

GRUPO DE 15-17 AÑOS

NECESIDADES	Recreación e instalaciones deportivas en relación a la familia y la escuela Educación cultural (teatros, ballet, conciertos, folklore, galerías de arte y museos) Lucha de género contra el machismo
PROBLEMAS	Sexualidad incluyendo enfermedades de transmisión sexual, embarazo no deseado, promiscuidad y prostitución en adolescentes Abuso de sustancias especialmente tabaco y alcohol Enfermedades crónicas como asma o desórdenes del comer Relaciones familiares, falta de comprensión, comunicación y confianza

GRUPO DE 18-21 AÑOS

NECESIDADES	Comunicación
--------------------	--------------

	Opciones recreativas Aceptación
PROBLEMAS	Sexualidad Familia Amistades

Necesidades comunes

La mayoría de adolescentes mostraron las siguientes necesidades:

1. Mejor comunicación con los adultos, especialmente dentro de la familia
2. Recreación, cultura y deportes
3. Mayor orientación de progenitores, maestros y profesionales

Problemas comunes

De igual modo, la mayoría de los adolescentes evidenció los siguientes problemas:

1. Familia: falta de confianza, comunicación y orientación
2. Sexualidad: embarazo no esperado, enfermedades de transmisión sexual, conducta sexual desordenada
3. Escuela: abandono de los estudios y poca orientación de los maestros
4. Abuso de sustancias
5. Suicidio
6. Violencia
7. Enfermedades crónicas

Necesidades & Problemas segun los profesionales

IMPORTANCIA	NECESIDADES	PROBLEMAS
1	Búsqueda de opciones variadas para pasar el tiempo libre	Dificultades de comunicación con los adultos con aceptación de su individualidad
2	Mejor comunicación con los adultos	Pobre o inadecuado uso del tiempo libre
3	Mayor orientación vocacional y sexual	Poca orientación general pero especialmente vocacional y sexual
4	Desarrollo adecuado de la personalidad	Salud bucal y acné
5	Mejorar los hábitos alimenticios	Valores y normas sociales inapropiadas

6	La atención integral diferenciada en los servicios de salud	Inadaptación social
---	---	---------------------

Factores de Riesgo

Existen factores que ponen en riesgo a los adolescentes. Desde una perspectiva de prevención deben incluirse:

Insatisfacción de las necesidades psicológicas básicas como independencia, relaciones íntimas, autoafirmación y aceptación por el grupo.

Patrones inadecuados de crianza y educación incluyendo sobreprotección, autoritarismo, agresión, permisividad o autoridad dividida.

Ambiente frustrante con muestras inadecuadas de cariño, censuras, amenazas, castigos excesivos, intromisiones en la vida privada, alejamiento o desentendimiento de los problemas del adolescente.

También deben considerarse los factores de riesgo psicosocial:

Ambiente familiar inadecuado especialmente cuando la familia es disfuncional, no cumple con las funciones básicas o no quedan claros los papeles y reglas familiares.

Conductas sexuales desiridas o promiscuas que favorecen las enfermedades de transmisión sexual, los embarazos no deseados y los conflictos psicosociales de relación interpersonal.

Abandono escolar o laboral con desvinculación de las actividades y logros básicos para el desarrollo personal en la edad adulta.

El arribo de un hijo durante la etapa de la adolescencia es una crisis familiar que requiere una modificación de los papeles, autonomía, dependencia, recursos económicos y modos de enfrentamiento de los problemas tanto en los progenitores como en el adolescente. El proceso natural de separación e individuación también puede convertirse en una crisis de ruptura intergeneracional cuando los progenitores no aceptan los nuevos estilos de vida que persigue el adolescente.

Otros estudios también han demostrado la prevalencia de los problemas relacionados con la sexualidad incluyendo actividad coital frecuente, escasa utilización de métodos anticonceptivos, interrupción de la gestación y

enfermedades infecciosas. El embarazo durante la adolescencia se asocia a un incremento de la morbilidad y mortalidad materna e infantil.

En este período, el adolescente igualmente manifiesta su preocupación por los problemas sociales, morales y éticos. En respuesta a estos dilemas, a menudo siente que es malinterpretado en sus dudas y con frecuencia afirma que las aclaraciones que le ofrecen no le satisfacen.

Manejo

Los problemas de salud de los adolescentes están estrechamente relacionados con los desórdenes conductuales. La mortalidad y morbilidad de estos problemas están similarmente ligadas a estos desórdenes. Por estas razones, se hace imprescindible un manejo de estilo intersectorial e interdisciplinario y un enfoque investigativo clínico epidemiológico y psicosocial en el estudio de los problemas de salud de la adolescencia. La promoción de la salud no es privativa de un sector y es importante laborar no sólo en contra de la enfermedad sino para la salud de una manera integral o biopsicosocial.

Conclusiones

Las conclusiones relevantes que se pueden extraer de este estudio pueden resumirse así:

Las necesidades y los problemas planteados por adolescentes y por profesionales en tres diferentes ciudades de Cuba fueron similares aunque varió – como era de esperarse – la importancia otorgada a cada necesidad y a cada problema.

Las necesidades prioritarias para los adolescentes incluyen la comunicación con los adultos (especialmente los de la familia), mayor número de lugares para recreación, cultura y deporte y mayor orientación por parte de progenitores y maestros así como orientación psicológica profesional.

En el mismo contexto aparecen las opciones para disfrutar el tiempo libre, el mejoramiento de la comunicación con los adultos y una mejor orientación como las necesidades más claras identificadas por los profesionales.

En opinión del propio adolescente, los problemas de salud que más le afectan están relacionados con la familia, sexualidad y escuela.

Los problemas de comunicación con los adultos, el uso pobre o inadecuado del tiempo libre, el embarazo no planeado, las enfermedades de transmisión sexual, los accidentes, la escasa orientación general (sexual, vocacional y otra), la salud bucal, el acné y las dificultades de inadaptación social aparecen como los problemas determinantes identificados por los profesionales.

Recomendaciones

Se plantean dos recomendaciones mayores

Aumentar el trabajo interdisciplinario e intersectorial en la atención integral a los adolescentes.

Aplicar un enfoque investigativo clínico epidemiológico y psicosocial en el estudio de los problemas de salud de la adolescencia.

Referencias

- MINISTERIO DE SALUD PUBLICA: *Programa Nacional de Atención Integral a la Salud de Adolescentes*. Cuba, 2000.
- MINISTERIO DE SALUD PUBLICA: *Anuario Estadístico de Salud 2006*. Cuba, 2006.
- PINEDA S, ALIÑO M: *El Concepto de Adolescencia*. En: Manual de Prácticas Clínicas para la Atención Integral a la Salud en la Adolescencia. 2ª. Edición. Ministerio de Salud Pública, pág 15, 2002.
- MASLOW, AH: *Motivación y Personalidad*. Ediciones Díaz de Santos, Madrid,1991.
- FERNANDEZ, L: *Sujeto y Personalidad. Acerca del Desarrollo de la Subjetividad*. En: Pensando la Personalidad. Editorial Félix Varela, La Habana, 2003.
- FERNANDEZ, L: *Personalidad. Relaciones Amorosas y Comunicación Interpersonal*. En: Pensando la Personalidad. Editorial Félix Varela, La Habana, 2003.
- DOMINGUEZ, L: *Psicología del Desarrollo en las Etapas de la Adolescencia y la Juventud*. Editorial Félix Varela, La Habana, 2003
- FERNANDEZ-RIOS L, GOMEZ-FRAGUELA JA: *La Psicología Preventiva en la Intervención Social*. Editorial Síntesis, Madrid, 2007.
- CALVIÑO, M: *Actos de Comunicación desde el Compromiso y la Esperanza*. Comunicación y Relaciones Públicas. Ediciones Públicas, pág 12, 2005.
- HERRERA SANTI, P: *Principales Factores de Riesgo Psicológicos y Sociales en el Adolescente*. Rev Cub Pediatr 71:39-42, 1999.
- CRUZ F, BANDERA A, GUTIERREZ E: *Conductas y Factores de Riesgo en la Adolescencia*. En: Manual de Prácticas Clínicas para la Atención Integral a la Salud en la Adolescencia. 2ª Ed. MINSAP, págs. 120-129, 2002.
- BOZHOVICH, LI: *La Personalidad y su Formación en la Edad Infantil*. Editorial Pueblo y Educación, La Habana, págs 195-241, 1976.
- ARCE, LM: *Dinámica Familiar con Hijos Adolescentes. Teoría y Metodología para la Intervención en Familia*. Universidad Nacional de Costa Rica, págs 89-93, 1995.
- ARCE, LM: *Conflictos en la Evolución del Adolescente. Teoría y Metodología para la Intervención en Familias*. Universidad Nacional de Costa Rica, págs 94-98, 1995.

- CHAVEZ VJ, VALDES NA: Relación entre la Percepción del Rol, Límite y Espacio del Adolescente y su Grado de Autonomía-Dependencia. Trabajo de Diplomado, Facultad de Psicología, Universidad de La Habana, 1996.
- GUERRERO, N: *Un Programa Alternativo para Reflexionar sobre Sexualidad y Familia*. Rev Sexología y Sociedad 4:11-14, 1998.
- ROBAINA G, RT: Preocupaciones del Adolescente desde su Propia Óptica. Rev Cubana Med Gen Integr 17:50-55, 2001.
- ABREU SG, AMADOR MA, BORROTO CHR, BURKE BM, CASTELLANO SB, COBAS S: *Para la Vida*. Editorial Pueblo y Educación, La Habana, págs 105-111, 1992.
- DOUGLAS UW, ROSS UM, SIMPSON W: *All Our Future. A Longitudinal Study of Secondary Education*. En: Antecedentes y Consecuencias de Abandonar la Escuela Prematuramente, págs 112-114, 1993.

Depresion subclinica en la adolescencia

Francisca Cruz Sanchez (CUBA)¹

Adolescencia: Diagnostico Precoz de la depresión

La frecuencia elevada de depresión y sus graves consecuencias durante la adolescencia (10 a 24 años de edad) puede inferirse por las altas cifras de intentos suicidas y de suicidios, condiciones clínicas que durante esta época son sólo superadas en número por los accidentes.

Los adolescentes con tendencia a la depresión frecuentemente acuden a consulta con síntomas que no son depresivos, lo que a menudo dificulta la detección etiológica correcta. La depresión es un desorden del estado afectivo que se manifiesta con síntomas somáticos, conductuales, neurocognoscitivos y psicosociales y que es capaz de interferir con el funcionamiento personal, familiar y social del paciente. En la depresión mayor intervienen factores genéticos, neuroendocrinos, neuroinmunológicos, ambientales, psicológicos y sociales. Los adolescentes, en comparación a los adultos en condiciones similares, son más proclives a los intentos suicidas. Por estas razones, la depresión se asocia comúnmente a un alto grado de morbilidad y mortalidad. Dos maneras prácticas y efectivas de prevenir las complicaciones de la depresión son haciendo un diagnóstico precoz o un reconocimiento temprano en la etapa subclínica del trastorno.

Cambios de la adolescencia

La adolescencia se acompaña de numerosos cambios somáticos y conductuales que, en ocasiones, pueden interpretarse equivocadamente como problemas o como trastornos, lo que puede originar conflictos innecesarios si no se manejan de manera adecuada. Estos cambios incluyen:

¹ Dra. Francisca Cruz Sanchez Especialista de 1er. y 2do grado en Pediatría, Master en Atención Integral al Niño y Adolescente, Profesora de Pediatría, Responsable del Grupo de Trabajo de Adolescencia del MINSAP en Cuba, Presidenta de la Sección de Adolescencia de la Sociedad Cubana de Pediatría, Miembro directivo de CODAJIC

Crecimiento y maduración somáticos.

Se alcanza la talla definitiva.

Se instauran las funciones de la sexualidad y de la reproducción.

Aumenta la exploración sexual y la formación de parejas e inician las relaciones sexuales.

Se completa la identidad sexual.

Pueden aparecer desequilibrios nutricionales.

Preocupación por el atractivo físico.

Mayor aceptación del propio cuerpo.

Aumento de la capacidad cognoscitiva y de las habilidades intelectuales.

Incremento de la capacidad de comunicación.

Mayor creatividad.

Cambios en la estima personal y en la asertividad.

Aumento en la intensidad y en la apertura de los sentimientos.

Importancia extrema para el grupo de amigos.

Preocupación por el futuro y por la profesión. (Pueden disminuir las aspiraciones vocacionales idealizadas con reconocimiento y aceptación de las limitaciones personales).

Cambios de la afectividad, reacciones inesperadas o sin control, agresividad, impulsividad, ausentismo, fugas.

Experiencias de invulnerabilidad o de omnipotencia.

Conducta riesgosa, con exposición progresiva a riesgos mayores.

Conflictos familiares, en especial con los progenitores.

Desafío o enfrentamiento con los adultos. Intolerancia a las posiciones contrarias.

Trasgresión de las normas sociales.

Necesidad de emancipación.

Creciente integración al medio social.

Sintomas Somáticos en la Adolescencia

Los síntomas somáticos son una manifestación común de la depresión durante la adolescencia. A esta depresión "somática" por algún tiempo se le denominó "depresión enmascarada" pero en la actualidad se reconoce que estos síntomas somáticos son una manifestación primaria de la depresión, similar a los síntomas afectivos.

La propensión y frecuencia de los síntomas somáticos en cierto tipo de pacientes no ha sido explicada pero se han propuesto teorías como:

Hipersensibilidad a la tensión psicosocial o estrés.

Estado conductual negativo asociado a angustia, depresión, ira u hostilidad.

Debilidad genética de un órgano (especificidad de la respuesta).

Influencias psicosociales (por ejemplo, madres sobreprotectoras).

Falta de entendimiento de las señales corporales.

Las manifestaciones somáticas pueden agruparse en categorías con expresiones clínicas y mecanismos diferentes:

PSICOFISIOLOGICOS. Aparecen por activación del sistema nervioso autónomo (taquicardia, hiperventilación, disnea, aumento de la presión arterial) en reacción a estímulos externos o internos. La angustia crónica puede causar alteraciones funcionales de dicho sistema que eventualmente pueden conducir a cambios estructurales de los órganos inervados.

SOMATOFORMES. Son síntomas inusuales o atípicos (convulsiones atípicas, parálisis transitoria, ceguera inexplicable) que son similares a los signos neurológicos pero de evolución inusual. El ejemplo clásico es el síndrome de somatización o síndrome de Briquet.

FACTICIOS. Son observables y se pueden corroborar, pero son autoinfligidos (inducidos por ipsipatogenia). Los síntomas facticios son infrecuentes y se desconoce su psicofisiopatología. Se pueden observar claramente en el síndrome de Münchausen.

RECONOCIMIENTO TEMPRANO DE LA DEPRESION

La depresión puede reconocerse o diagnosticarse tempranamente si se evalúa con detenimiento la presencia de ciertos síntomas característicos:

<p>PERSISTENTES o RECURRENTES</p>	<p>Dolor de cabeza Dolor abdominal Dolor torácico Síncope o desvanecimiento Mareos o vértigos Alteraciones del sueño Pérdida de peso Cambios del apetito Elevaciones de la presión arterial</p>
<p>ESPECIALES</p>	<p>Ausentismo escolar Fugas del hogar Desafío a la autoridad Conducta autodestructiva Delincuencia Abuso de sustancias Disfunción sexual</p>

El adolescente depresivo puede asistir al pediatra o al médico general con uno o varios de estos síntomas. Si se sospecha que la etiología es depresiva debe solicitarse una interconsulta con el psicólogo o con el psiquiatra. Es más práctico y conveniente hacer el diagnóstico diferencial con las enfermedades médicas sobre una base fundamentalmente clínica pues en estos síntomas los exámenes complementarios suelen ser normales.

Evolución Clínica

Cuando no se sospecha la depresión subclínica ni se hace el diagnóstico precoz, el trastorno suele complicarse. Las complicaciones más graves incluyen el intento suicida, el suicidio fallido y el suicidio. Las adolescentes

tienen más intentos suicidas mientras que los varones logran el suicidio con mayor frecuencia y con menos intentos.

Los métodos suicidas más comúnmente empleados incluyen: intoxicaciones (psicofármacos, otros medicamentos, tóxicos o venenos, drogas); uso de armas de fuego o blancas; precipitaciones de lugares altos; y ahorcamientos. También se ha señalado el abuso de sustancias (en especial de alcohol y drogas) y las conductas violentas como variantes de autoeliminación.

Los factores de riesgo suicida durante la adolescencia incluyen:

Psicopatología de los progenitores.

Abuso de alcohol y otras sustancias.

Conducta disocial.

Historia familiar positiva de suicidio o intento suicida.

Permisividad o aceptación familiar de la actividad suicida como forma de afrontamiento.

Violencia familiar, incluyendo abuso físico y sexual.

Formas deficientes de comunicación familiar.

Dificultad para brindar cuidados dentro del grupo familiar.

Riñas, querellas y otras formas continuas de agresividad intrafamiliar.

Pérdida de los progenitores por muerte, separación o divorcio.

Frecuentes cambios regionales de domicilio.

Rigidez familiar con barreras transgeneracionales para intercambiar criterios.

Hacinamiento que impida la intimidad y la privacidad de los miembros de distintas generaciones.

Falta de demostraciones de cariño (caricias, besos, abrazos, ternura).

Autoritarismo.

Pérdida de la autoridad o inconsistencia en la autoridad de los progenitores.

Progenitores con ignorancia de las necesidades biopsicosociales de los adolescentes.

Falta de apoyo por parte de los progenitores en situaciones de alta tensión psicosocial.

Exigencias anormales (excesivas o ausentes) de parte de los progenitores.

Llamadas de atención humillantes.

Alianzas patológicas con uno de los progenitores en situaciones de divorcio.

Falta de orientación sexual, vocacional y de independencia.

Presencia de enfermedades crónicas incapacitantes.

Eclosión de enfermedades conductuales.

Estos factores de riesgo suicida son frecuentes pero no son los únicos. Otras situaciones como los problemas económicos, el bajo nivel educacional y el desempleo, aumentan el riesgo de suicidio al no satisfacerse las necesidades elementales del adolescente.

Manejo & Tratamiento

Las siguientes son algunas pautas complementarias al manejo y tratamiento básicos del adolescente con depresión:

Profundizar en la entrevista clínica sobre la situación del hogar, la escuela, esquema de actividades, abuso de sustancias, dieta, vida sexual y planes futuros, revisando conflictos con los progenitores, situaciones de divorcio, sobreprotección, enfermedades familiares graves, mudanzas, cambio de escuela, problemas de pareja y hallazgos clínicos inconsistentes.

Desde el inicio, hacer énfasis en la necesidad de comprender tanto los factores emocionales como los factores físicos de la actividad suicida, explicando la relación entre causa física y dolor emocional y entre causa emocional y dolor físico.

El paciente y la familia deben saber que aunque los síntomas se perpetúen siempre recibirán apoyo.

Es importante mantener las actividades diarias de la escuela, el hogar y las amistades.

Los exámenes complementarios para descartar patologías médicas o demostrables deben seleccionarse con cuidado, evitando el exceso de pruebas que pudieran causar un impacto psicológico negativo.

La Escuela & la Depresión

La participación del adolescente en la Escuela es un factor protector de la actividad suicida que no se siempre se toma en consideración en toda su magnitud. La asistencia escolar debe ser invariablemente una de las actividades más importantes en la vida del adolescente, no sólo por su carácter formativo y de aprendizaje, sino como medio de socialización con maestros y compañeros y también para la adquisición de valores humanos que resulten en una personalidad equilibrada y sana. En general, las experiencias adquiridas en la escuela suelen ser gratas y significativas. Por el contrario, el fracaso en estos empeños a menudo compromete gravemente el desarrollo del adolescente. En esta edad, la ausencia de motivaciones, intereses o compromisos sociales constituye un riesgo primordial que da origen a otros riesgos más graves.

Recomendaciones

Por estas razones, es conveniente tomar en cuenta las siguientes recomendaciones como procedimientos de diagnóstico y prevención de la depresión en los adolescentes que asisten a la Escuela :

No alcanzar las calificaciones necesarias para continuar los estudios es una causa frecuente de frustración o de sentimientos depresivos. Por esta razón, una valoración inicial de todos los alumnos que ingresen a la secundaria para detectar dificultades de alistamiento académico, incapacidad para seguir estudios rigurosos o limitaciones intelectuales (en especial de inteligencia) es importante para evitar estas complicaciones.

Los progenitores (o encargados) no deben aspirar a metas irrazonables o más allá de las capacidades del alumno, deben reconocer y aceptar sus

limitaciones y deben evitar abochornarlo o imponerle castigos o maltratos verbales o corporales improcedentes.

Muchos adolescentes atraviesan conflictos personales y familiares que frenan su desarrollo afectivo y cognoscitivo, haciéndolos susceptibles a la depresión. Por lo tanto, mantener la comunicación abierta entre el alumno y la familia mediante encuentros de progenitores y adolescentes en la escuela debe ser una estrategia primaria de prevención.

Este aspecto cobra especial importancia en los estudiantes que se encuentran internos en la escuela y que pasan semanas sin saber de su familia. Durante la fase inicial de adaptación a la escuela, la vigilancia de estos alumnos debe ser cuidadosa.

Los derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes deben ser respetados. Con los adolescentes sexualmente interesados, lo correcto es educar, informar y orientar; no hacer críticas inoportunas o inadecuadas, ni sancionar injustamente. Ser padre o madre adolescente no debe ser una limitación para estudiar o asistir a un centro de estudios.

Los alumnos con enfermedades agudas o crónicas deben ser evaluados periódicamente y deben estar bajo los cuidados directos de los servicios de salud de la escuela o del centro de salud correspondiente.

Debe buscarse alternativas deportivas para aquellos alumnos con discapacidades corporales, para que la inasistencia a la clase de Educación Física no influya en su evaluación general.

Los encargados de los alumnos en las Escuelas deben aprender sobre la sexualidad de la adolescencia, de manera que conociendo las peculiaridades de cada uno de los estudiantes, logren comprender sus necesidades y conductas, evitando situaciones de crítica o bochorno, especialmente delante del grupo.

Los conflictos de pareja en la adolescencia (ruptura, discusiones, infidelidad o rechazo) deben detectarse prontamente pues son los desencadenantes más frecuentes de conductas depresivas.

Cuando el adolescente incurra en indisciplina, debe manejársele, según la falta, individualmente o en grupo; y siempre que sea posible debe participar la familia, en especial los padres.

Ningún adolescente debe ser discriminado por su color; ni por su procedencia social o étnica; ni por sus posibilidades o ventajas socioeconómicas.

En las escuelas, la aplicación de medidas justas es uno de los métodos más eficaces de educar al alumno en equidad.

Es imprescindible que los encargados de los estudiantes detecten a tiempo y eviten presiones disociales del grupo sobre el alumno, burlas, sobrenombres y otras conductas similares socialmente agresivas.

La Escuela debe tener Programas de Orientación Vocacional que estén acordes con las realidades del País. También debe proveer mecanismos equitativos y de ayuda a los adolescentes con desventajas físicas o sociales.

Cuando el adolescente rechaza la Escuela (o el régimen escolar interno) debe considerarse su traslado a otra escuela, grupo o régimen, según los resultados de una evaluación adecuada del rechazo escolar.

Si se sospecha depresión subclínica o se encuentran signos de depresión mayor, el alumno debe ser evaluado de urgencia por el especialista y luego debe ser reintegrado lo antes posible a las actividades de la Escuela.

Referencias

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th Ed. Primary Care Version.* American Psychiatric Press Washington, D. C. 1996.
- CHELA, CA: *La Salud de los Adolescentes y Jóvenes en las Américas.* Escribiendo el Futuro. Washington D. C. Organización Panamericana de la Salud , 1995
- CRUZ SANCHEZ, F: *Conductas de Riesgo en la Adolescencia.* En: Manual de Prácticas Clínicas para la Atención Integral a Adolescentes. Colectivo de Autores. Editora Ciencias Médicas, Ciudad de La Habana , Cuba, 1999.
- CRUZ SANCHEZ, F: *La Depresión Subclínica en la Adolescencia.* En: Libro de Salud Mental. Editorial Ciencias Médicas, Ciudad de La Habana , Cuba, 2005.
- CRUZ SANCHEZ, F: *En la Adolescencia Queremos Saber.* Editora Ciencia Médicas, Ciudad de La Habana , 2004.
- DALTON R, SABATE N, FORMAN MA: *Trastornos Psicossomáticos.* Capítulo 20. En: Nelson, Tratado de Pediatría, Vol.1 15 Ed. McGraw-Hill-Interamericana, pags. 920–924, 2004.
- KAPLAN, DW: *Adolescente.* Chap. 9. En: Handbook Pediatrics, 18 Ed. E.U.A. pags 224-228, 1997.

- MAGAÑA HERNANDEZ, M: *El Adolescente y la Escuela*. En: Medicina de la Adolescencia. Atención Integral. Castellanos G, Hidalgo MI, Redondo A.M. Soc. Esp. Medicina del Adolescente. España, 2004.
- MENENDEZ DEL DAGO, H: *La Adolescencia. Sus conflictos. Un reto al Médico de la Familia*. Ed. Científico Técnica. La Habana , 1998.
- MONTES DE OCA CAMPO, I: *Autoagresión por quemaduras*. Revista Cubana de Medicina General Integral, 1996.
- PEREZ BARRERO, SA: *El Suicidio. Comportamiento y Prevención*. Ed. Oriente, Santiago de Cuba, 1996.
- RIVERA BETANCOURT, C: *La Conducta Suicida y su Prevención*. Programa Nacional para la Prevención de la Conducta Suicida , Cuba. 1988.
- ROS RAHOLA, R: *La Adolescencia: Consideraciones Biológicas, Psicológicas y Sociales*. Capítulo 1. En : Manual de Salud Reproductiva en la Adolescencia. Sociedad Española de la Contracepción. 1ra Ed. España, 2003.
- SUAREZ MUNIST B, ZUBAREW T: *Desarrollo Psicológico y Social del Adolescente*. Capítulo 2. En: Adolescencia. Prevención y Atención de Salud. Ed. Universidad Católica de Chile, 2003.
- SILBER TOMAS, J: *Somatization Disorders in Children and Adolescents*. Versión electrónica. CD. I Congreso Cubano de Adolescencia. La Habana , Cuba, 2002.

Educación Sexual en Chile

Electra González(CHILE)

Como una forma de colaborar a la inserción de la educación sexual en el curriculum escolar de los y las estudiantes de nuestro país, el Centro de Medicina Reproductiva y Desarrollo Integral del Adolescente de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, CEMERA, diseño y valido un modelo de capacitación docente en educación sexual. Un modelo que se caracteriza por ser flexible y por combinar aspectos relevantes y contingentes de la sexualidad y reproducción humana junto a talleres en los cuales se aplican estrategias metodologicas participativas y reflexivas.

Este modelo que se ha venido desarrollando desde 1992, esta dirigido a la capacitación sexual tanto de profesores de educación básica y media como también a profesionales de salud, en modalidades que puede ser presencial, on line, radial o bi-modal , presencial y on line. En este periodo CEMERA ha contribuido en la capacitación de cerca de 4.000 profesores y profesionales de salud en educación sexual, sin contar con el apoyo del Ministerio de Educación ni de Salud. La población de profesores a alcanzar es alrededor de 150.000 a través de todo el país.

El 18 de enero de de 2010 se promulgo en Chile la ley 20.418, que fija las Normas sobre Información, Orientación y Prestaciones en materia de Regulación de la Fecundidad y en que por primera vez se legislaba en materia de educación sexual ya que en uno de sus artículos obliga a impartir educación sexual en el ciclo de enseñanza media. Una educación sexual de acuerdo a los principios y valores de del proyecto educativo de cada establecimiento escolar. Esta ley plantea un gran desafío al sector educación al tener que formar profesores para impartir educación sexual en los colegios tanto municipalizados como aquellos particulares con financiamiento del Estado, (una modalidad muy particular de Chile).

El Ministerio de Educación, con el propósito contribuir al cumplimiento de esta ley selecciono siete (7) programas de educación sexual a lo largo del país. Uno de estos 7 programas seleccionados y que recomienda el

Ministerio de Educación es el modelo diseñado por CEMERA, llamado para estos propósitos Programa de Educación Sexual Adolescencia: Tiempo de Decisiones.

Las características de estos programas se encuentran en la página www.enlaces.cl a disposición de los establecimientos educacionales para que puedan elegir aquel programa que le sea más conveniente. La principal dificultad es que esta información es insuficiente para que se pueda tomar una adecuada decisión.

Para los establecimientos educacionales privados la implementación de programas de educación sexual y la forma de financiamiento será el que determine el sostenedor del establecimiento.

El Ministerio de Educación fijó como mecanismo de financiamiento para la implementación de programas de educación sexual para los establecimientos municipalizados o particular subvencionados aplicar a la ley 20.248, Subvención Escolar Preferencial, llamada ley SEP, enmarcados en el área de Convivencia Escolar. Para obtener el financiamiento por este mecanismo cada establecimiento escolar debe presentar un proyecto específico en los plazos que fija la ley, el financiamiento se obtiene para el año siguiente, para lo cual los establecimientos escolares deberían contar con una buena capacitación en la gestión de estos proyectos, lo que en la realidad no es siempre así, sobre todo en los colegios más vulnerables.

Por otro lado, todos los ofertantes de estos programas de educación sexual deberán estar inscritos en el Registro Nacional de Asistencia Técnica Educativa, ATE, para que los establecimientos escolares tanto municipalizados y particulares subvencionados puedan optar a este financiamiento.

El Ministerio de Educación además, destinó \$ 300.000.000 para los colegios más vulnerables cuya modalidad de asignación no se conoce en detalle.

Programa de Educación Psicomotriz en Jardines Públicos de Uruguay.

Juan Mila Demarchi (URUGUAY)

El Convenio, comenzó en el año 1994 como una estrategia para brindar, prevención, promoción y educación del desarrollo psicomotor de niños de las escuelas publicas del Uruguay.

A través del Convenio, ambas instituciones se comprometieron en forma diferente. La Licenciatura de Psicomotricidad, de la Facultad de Medicina, destinaria el horario de trabajo de sus profesores universitarios para realizar su práctica técnico profesional en Educación Psicomotriz con los grupos de niños que asisten a dos Jardines de Infantes de la ciudad de Montevideo (en el año 2002 se agrega un nuevo Jardín de Infantes en la ciudad de Paysandú, donde la Licenciatura de Psicomotricidad tiene otra Sede). La Administración de Educación Pública, se responsabilizó de habilitar la práctica psicomotriz educativa con los niños que concurren a dichos Jardines de Infantes y a brindar la infraestructura locativa.

En estos espacios los estudiantes de la Licenciatura de Psicomotricidad realizan sus prácticas tecnico profesionales, en un primer momento observando a los profesores de psicomotricidad y luego llevando adelante sesiones de educación psicomotriz supervisados por los profesores psicomotricistas.

Los profesores universitarios fueron formados por la Universidad, los maestros de preescolares, reciben en forma periódica formación en servicio Existe una estructura de coordinación docente determinada desde la Universidad de la República. Existen reuniones de coordinación con los Directores, Subdirectores, Secretarios y maestros de cada centro educativo preescolar en el que trabajamos.

Tenemos un excelente apoyo, En este momento nos encontramos en la etapa de Ampliar el Convenio para aumentar la cobertura y llevar el número de 600 niños que actualmente reciben Educación Psicomotriz

semanalmente al número de 1200. Para ello la Administración Nacional de Educación Pública, dispuso transferir a la Universidad de la República una partida presupuestal anual para financiar nuevos puestos de Profesores Universitarios Licenciados en Psicomotricidad que deberán cumplir funciones en escuelas públicas.

Los estudiantes de la Licenciatura de Psicomotricidad, como parte de su curriculum concurren durante un año lectivo a esta actividad dado que conforma la asignatura Psicomotricidad II, de carácter obligatorio.

Entre los tres centros en los que trabajamos.

Destinando parte del presupuesto de nuestra Licenciatura a financiar los puestos de los Profesores Licenciados en Psicomotricidad, y ahora mediante la partida que la Administración Nacional de Educación Pública destina para financiar nuevos puestos de Profesores de Psicomotricidad.

Referências

- Mila, J. (2008) *De profesión psicomotricista*. Buenos Aires: Miño y Dávila Ed.
- Mila, J. (2002) La construcción del cuerpo del psicomotricista. En Llorca, M.(coord.): *La Práctica Psicomotriz: una propuesta educativa mediante el cuerpo y el movimiento*, (pp. 181- 194). Málaga: Aljibe
- Mila, J. (2005) La interdisciplina y los contenidos de la formación del psicomotricista. *Revista Iberoamericana de psicomotricidad y técnicas corporales*, nº 19, pp 8 a 18.
- Mila, J. y Peceli, M. (2007) El perfume y el sabor del chocolate. El valor de lo sensorial en la estructuración tónico-emocional, Formación del rol del psicomotricista a través del trabajo corporal. *Revista Iberoamericana de psicomotricidad y técnicas corporales*, nº 25, Vol. 7 (1), pp. 83-96.

Livre do desconhecimento sobre o HIV, SIDA e ITS

João Sixpenxe (MOÇAMBIQUE)

1. O projecto “*livre do desconhecimento sobre o HIV, SIDA e ITS*” nasce numa iniciativa da NUNISA Consultor em parceria com a Universidade Católica de Moçambique, Universidade Lúrio, Escola Secundária de Pemba, Escola Secundária Fraternidade e EcoSIDA no âmbito do combate ao HIV, SIDA e ITS. Respondendo ao anúncio público submeteram a proposta no âmbito da prevenção à Embaixada dos EUA (PEPFAR) que culminou com a sua aprovação.

2. O projecto tem como grupo alvo estudantes (jovens), professores e funcionários das instituições de ensino acima referidas. Em cada instituição foi escolhido um ponto focal que representa a sua instituição dentro do consórcio, este participa nos encontros de coordenação e planificação das actividades para depois difundir as informações nas devidas instituições de ensino. Neste projecto foram pre-definidas as seguintes actividades: (1) Criar e/ou fortalecer os NÚCLEOS e REDES das instituições de ensino; (2) Promover actividades de Educação e Entretenimento; (3) Realizar jornadas científicas; (4) Realizar um estudo científico sobre comportamento de risco; (5) Criar uma página WEB; (6) Criar uma REVISTA; e (7) Sistematizar e documentar as lições aprendidas. Estas actividades o actor chave de implementação são os membros, estudantes (alunos), funcionários das instituições pertencentes ao consórcio.

3. O projecto é liderado pela NUNISA Consultor, a coordenação é feita de uma forma participativa envolvendo os pontos focais de cada instituição na tomada de decisões, para tal foi elaborado um memorando de entendimento. Foi igualmente desenhado uma estratégia de implementação do projecto, e Sistema de Monitoria e Avaliação para melhor gestão e controlo na implementação do projecto.

4. No âmbito de fortalecimento dos NÚCLEOS realizaram-se formações aos estudantes, professores e funcionários em (1) Liderança; (2) Associativismo; (3) Importância de Termos de Referencia; (4) Lobby e Advocacia; e (5)

Comunicação efectiva no âmbito do HIV, SIDA e ITS. Estão em curso também actividades de Futebol Salão para masculino e Voleibol para feminino onde são abordados assuntos de género e HIV e SIDA e ITS.

5. Foi realizado as 1^{as} JORNADAS CIENTÍFICAS PROVINCIAIS COM ENFOQUE NO HIV, SIDA E ITS, cujo lema foi **com ciência, juntos no combate ao HIV, SIDA, ITS**. A jornada tinha como objectivo de *Promover uma reflexão de forma científica sobre HIV, SIDA e ITS na província de Cabo Delgado com enfoque nas instituições de ensino*. participaram no evento académicos, estudantes e políticos. Foram apresentados os seguintes temas: i) **A Retenção dos Pacientes HIV Positivos em Angonia;** ii) **Gestão da Qualidade em Análises Clínicas nos Laboratórios da Província;** iii) **HIV e SIDA e Adolescência nas Escolas na Cidade de Pemba;** iv) **Estratégia de Integração do Planeamento Familiar e HIV e SIDA em Moçambique;** v) **Situação do HIV/SIDA na Província de Cabo Delgado;** vi) **Comportamentos e Factores Sociais de Risco Associado a infecção por HIV/SIDA e ITS nas Instituições de Ensino em Pemba;** vii) **Lei de Defesa dos Direitos e Combate a Discriminação e Estigmatização das Pessoas Vivendo com HIV e SIDA.**

6. Foi realizado um estudo científico com título: **Comportamento e factores sociais de risco associado à infecção por HIV e SIDA e ITS nas instituições de ensino na cidade de Pemba**. O estudo foi aprovado pelo Comité de Bio-Ética para a Saúde de Moçambique. O estudo tinha como *objectivo de avaliar o comportamento e os factores de risco associados à infecção do HIV e SIDA e ITS nas Instituições de Ensino*. A amostra do estudo foi de 341 entrevistadas e a coleta de dados consistiu na entrevista estruturada, e decorreu no mês de Abril de 2011, envolvendo estudantes das instituições acima mencionadas. A pesquisa é do tipo transversal (retrospectivo). a recolha de dados foi feita nas instituições que fazem parte do projecto e a amostra foi de 341 alunos. Foi feita análise descritiva para o cálculo de medidas de tendência central e comparação de proporções pelo teste Qui-quadrado para variáveis dicotômicas, com auxílio do *software* SPSS versão 13.0. Nas análises foi utilizado o nível de significância de 5%. O nível de conhecimento e de comportamento em relação a unicidade de

parceiros ($P<0,001$), Partilha de seringa ou lamina como factor de risco ($P=0,009$), o conhecimento sobre o sexo desprotegido ($P=0,014$), a transfusão de sangue ($P<0,001$) e mãe infectada para o filho na transmissão do HIV e SIDA e ITS ($P<0,001$), mostrou-se associação com a formação académica. Aproximadamente 52,5% tiveram a sua primeira relação sexual entre os 15 e 19 anos de idade e 24,6% não usou preservativo na sua última relação sexual. 54% dos entrevistados tiveram mais de um parceiro e mais de metade 61% participaram em ritos de iniciação.

7. Os estudantes (alunos), como também professores participam nas actividades predefinidas activamente porém cada instituição tem sua actividade que foi responsabilizada mas a implementação é conjunta. Esta politica incentiva a participação e envolvimento dos estudantes nas actividades. Os alunos são livres de expôr e submeter ao consórcio as suas propostas e sugestões de actividades para uma análise e avaliação, desde que sejam elegíveis dentro do projecto.

8. As escolas tem vindo a desempenhar um grande papel na implementação do projecto, dando seu apoio como membros do consórcio na disponibilização dos seus recursos materias e humanos. As estruturas do ministério e do governo da província de Cabo Delgado receberam e aceitaram este projecto com muito carinho e têm participado nos lançamentos e aberturas de produtos (ouputs) que o projecto tem vindo a desenvolver.

9. No âmbito de implementação foram estabelecidas várias parcerias com instituições do Governo (Núcleo Provincial de Combate ao SIDA), com Fórum das ONGs no âmbito ao SIDA (MONASO) e Geração BIZ com Sector Privado ECOSAIDA e individualidades.

10. O projecto está ainda em curso. Todavia para a sustentabilidade a formação contínua, a transparência e o envolvimento dos diferentes actores são vistos como pilares.

Crianças com dificuldades de interação no ambiente escolar: uma intervenção multifocal

Edwiges F.M. Silveiras¹ & Márcia H. S. Melo (BRASIL)²

Local de desenvolvimento do projeto: São Paulo, Brasil

Como começou

As bases deste projeto residem na iniciativa da primeira autora, em meados dos anos 90, de buscar formas alternativas de melhorar o serviço oferecido pela clínica-escola do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo e dessa forma evitar a evasão dos clientes inscritos para atendimento psicológico. A proposta, naquela ocasião, foi a de prestar atendimento psicológico à famílias em desvantagem socioeconômica, na comunidade em que estavam inseridas, e não mais aguardar que fossem até a clínica-escola de psicologia. Somadas a essas considerações, a proposta inicial tinha ainda preocupações com o desenvolvimento da prevenção no campo da psicologia. Especificamente, a prevenção de comportamentos antissociais em crianças que iniciavam a escolarização e que viviam em situação de risco, deu sustentação ao projeto de doutoramento desenvolvida pela segunda autora e aqui sucintamente apresentado. Este foi voltado para a promoção da competência social, e focado nos dois contextos mais significativos na socialização da criança, a saber: família e escola.



Como foi feita a ligação com a

¹ Professora Titular do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (Departamento de Psicologia Clínica)

² Professora do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (Departamento de Psicologia Clínica)

escola: alunos, professores, pais...

Inicialmente, o projeto foi apresentado à direção da escola – com quem as pesquisadoras já tinham um vínculo estabelecido em decorrência de parcerias anteriores –, que prontamente aderiu à proposta, seguida das professoras da segunda série do ensino fundamental. Com o apoio da escola, os pais foram informados sobre o projeto e consentiram a participação de seus filhos no trabalho, e outros ainda manifestaram interesse em participar do grupo de orientação de pais. Diante desse contexto, foi possível desenvolver habilidades sociais naquelas crianças, treinar seus responsáveis em procedimentos de instruções específicas com intuito de melhorar as práticas educativas adotadas por eles, além de dar suporte aos seus colegas e professores para que promovessem maior aceitação das crianças com problemas de comportamento no entorno escolar.

Como foi feita a formação de professores

As professoras participaram de treinamento para desenvolver, com suas respectivas classes, atividades do Programa de Educação Social e Afetiva (Trianes & Muñoz, 1994) adaptado para a aplicação na população alvo do estudo. Essa intervenção teve por finalidade: 1) promover o desenvolvimento global da criança, trabalhando as relações interpessoais e o campo afetivo; 2) prevenir dificuldades de adaptação e rendimento acadêmico do aluno que estivessem relacionados com a falta de habilidades e a competência social e 3) manejar e solucionar problemas interpessoais. A pesquisadora se reunia semanalmente com as professoras (totalizando 39 encontros ao longo de um ano letivo) para decidir as atividades da semana a serem executadas, dando instruções de como proceder e treinando esses procedimentos. Eram discutidas as dificuldades que surgiam na execução das atividades, buscando solucioná-las em conjunto. Na ocasião discutia-se também a qualidade do relacionamento que as professoras estabeleciam com seus alunos.

Como lidaram com as questões de liderança e de gestão do projecto

O projeto foi desenvolvido numa perspectiva colaborativa, na medida em que diferentes saberes estavam voltados para um objetivo comum, propiciando o compartilhamento de responsabilidades e de competências. No caso, o programa foi liderado por uma psicóloga que levou inicialmente uma proposta de trabalho em que sua execução precisaria do conhecimento e da experiência das professoras para que de fato o programa pudesse ser moldado de forma a atender as necessidades da escola; o que de fato ocorreu. O obstáculo maior de gestão do projeto foi garantir a regularidade da execução das atividades do programa, em função das dificuldades das professoras em coordenar essas atividades com o conteúdo escolar e os eventos da escola. Isso impossibilitou o desenvolvimento total do projeto, cuja realização alcance se limitou a dois terços dos objetivos originais.

Que apoio tiveram da escola e estruturas do ministério

A escola forneceu a estrutura física, disponibilizando salas, mobília e computadores, e auxiliou na organização dos horários das professoras para garantir a participação de todas que ministravam aulas para a 2^a série do ensino fundamental, nos turnos da manhã e da tarde. Foi estabelecido um único horário para os encontros semanais do grupo e isso implicou em 1h30min de trabalho extra de todas as professoras. As horas trabalhadas a mais foram incluídas num banco de horas e a cada quatro presenças no treinamento, as professoras tinham direito a um dia de folga. Nesse dia, a escola chamava um professor substituto para ministrar a aula para os alunos.

Como asseguraram participação dos alunos

A participação dos alunos foi assegurada pelas próprias características do projeto, que incluía: desenvolvimento de atividades, pelo professor, com toda a classe e atendimento psicológico a grupos de crianças durante o horário escolar. Nesse sentido, o projeto foi inserido na rotina da escola e a frequência da criança no projeto estava vinculada à sua assiduidade na escola.

Que parcerias e trabalho em rede estabeleceram

Os resultados alcançados possibilitaram o estabelecimento de parcerias com outras sete escolas da rede pública no Estado de São Paulo para desenvolvimento desse programa preventivo.

Como foi garantida a sustentabilidade do projecto

O projeto foi desenvolvido na mesma escola ao longo de dois anos, possibilitando a formação de professores como disseminadores de um programa preventivo. Entretanto, por ser uma pesquisa de doutorado, as ações ficaram circunscritas aos objetivos da pesquisa e dessa forma não se conseguiu tomar medidas para garantir a sustentabilidade do projeto ao longo do tempo.

Financiamento: Capes (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior)

Referências

Trianes, M. V. & Muñoz, A. (1994). Programa de educación social y afectiva. Málaga: Delegación de Educación Junta de Andalucía

Programa Saúde na Escola do Governo de Minas Gerais¹

Paulo César Pinho Ribeiro

O Programa Saúde na Escola, lançado pela Secretaria de Saúde do Estado de Minas Gerais, em junho de 2005, idealizado pelo Secretário de Estado de Saúde Dr. Marcus Pestana, se tornou um Programa do Governo do Estado de Minas Gerais, envolvendo três secretarias: saúde, educação, desenvolvimento social e esporte, respectivamente.

Com a participação da Secretaria da Educação desde o início do Programa estabeleceram parcerias com as escolas, com os gestores das Secretarias, gestores municipais e com os diretores das escolas para a viabilização do Programa. O Programa foi incluído no currículo da escola sendo trabalhado pelos professores locais.

O Programa busca incentivar a criação de um espaço para o desenvolvimento de ações de promoção de saúde dentro do ambiente escolar e comunitário. Abrange diversas áreas que compõem a qualidade de vida de um adolescente, procurando estimulá-los a fazerem escolhas em prol de uma vida mais saudável, incentivando o protagonismo juvenil e o autocuidado e estimulando os adolescentes a se tornarem multiplicadores e promotores de saúde.

Desde o início do Programa pensou-se em ações envolvendo 2.000 escolas estaduais com fornecimento de 50.000 kits do material educativo produzido “Saúde na Escola” além de uma apostila sobre “Guia de Dinâmicas de Grupo” e os kits educativos da Fundação Roberto Marinho sobre sexualidade e prevenção do uso de substâncias lícitas e ilícitas.

É importante destacar que os profissionais que foram treinados inicialmente já trabalhavam nas escolas e muitos deles com a metodologia do PEAS – Programa de Educação Afetivo-Sexual, desenvolvido pela SES/MG em

¹ SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS E ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DE MINAS GERAIS

parceria com a Secretaria de Educação de Minas Gerais. Além disso, foram feitos treinamentos outros sobre os temas do Programa, não só palestras, mas dinâmicas de grupo, apoiados em material educativo também publicado e feito especialmente para o Programa.

Com este programa procura-se radicalizar a práxis da saúde vigente, deslocando o eixo da atenção à saúde do adolescente da atenção básica, isto é, não deixando esta atenção apenas a cargo da Unidade Básica/Programa de Saúde da Família, mas privilegiando o local de atuação destas práticas na escola, promovendo assim a integração de outras áreas e a intersectorialidade. Vale mencionar, que na faixa etária de 12 a 18 anos, onde se propõe a grande atuação do Programa Saúde na Escola, se consolidam modos de vida, ficando mais fácil trabalhar prevenção de riscos e a importância de se manter uma vida saudável.

A população adolescente do Brasil ultrapassa o quantitativo dos 38 milhões de adolescentes na faixa etária dos 10 aos 19 anos de idade, representando 21% da população brasileira. Destes, aproximadamente, 3,9 milhões vivem em Minas Gerais. Considerando a faixa etária dos 19 aos 24 anos de idade, incluída pelo Ministério da Saúde como jovem esta população atinge quase 48 milhões de brasileiros. Em Minas Gerais constituem 21,73% dos habitantes, com uma concentração nos municípios e grandes cidades. Em Belo Horizonte, os adolescentes e jovens (10 a 24 anos) representam 28,8% da população (IBGE, 2.005).

As transformações corporais, que caracterizam a puberdade, e o desenvolvimento psicológico que ocorre na adolescência; a prevenção a situações de risco nessa faixa etária, como uso e abuso no consumo de substâncias lícitas e ilícitas (álcool, tabaco, maconha, crack e outras), a violência, em todos os seus aspectos, inclusive a violência sexual e as doenças sexualmente transmissíveis e a Aids são temas contemplados no Programa. O material traz informações também sobre como deve ser a abordagem ao adolescente, para se estabelecer um bom vínculo e relacionamento entre o educador e o educando, tornando possível um processo de educação para uma saúde física, mental, social, sexual e

reprodutiva, onde os adolescentes são sujeitos desse processo, tendo como resultado formar ações e atitudes positivas para a condução de suas vidas.

A preocupação com a estética e o grande consumo da imagem, tão comum no nosso tempo e na sociedade, traduzidos pela preocupação exagerado com o culto ao corpo, levando ao uso e abuso no uso de esteróides anabolizantes, suplementos e energéticos, problema que atinge hoje os adolescentes, também é focado em um dos artigos.

As publicações impressas e digitais orientarão ainda sobre a prevenção da obesidade, por meio de uma alimentação saudável, os benefícios dos esportes, além de alertar sobre a influência da mídia e o consumismo.

A prevenção da gravidez não-planejada na adolescência é um dos temas mais importantes inseridos no programa, já que o índice de partos entre adolescentes em Minas Gerais apresenta uma taxa de 21%. Nos muitos municípios mineiros, localizados nas regiões mais carentes, como Norte de Minas e Vale do Jequitinhonha, os índices estão acima de 25%, preocupação essa que sempre é trazida aos profissionais da área, não só no que tange à gravidez nessa faixa etária, mas também pela precocidade com que esse evento tem acontecido nas adolescentes mais novas.

No país, a taxa de gravidez não-planejada na adolescência chega a 20%. De cada 100 partos realizados numa maternidade, 20% em média são de adolescentes. Alguns estados, como Tocantins, Pará, Acre e Rondônia, chegam a registrar mais de 25% de mães menores de 20 anos de idade.

Sabemos, que em várias pesquisas e trabalhos publicados, a escola é fator de prevenção importante da gravidez na adolescência, e, especialmente, na prevenção de uma segunda gravidez. Portanto, a escola passa a ser o locus privilegiado dessas ações, pois é neste ambiente que se constituem cidadãos, ainda mais agora, onde as políticas educacionais apontam para o tempo integral de estada do aluno dentro das escolas. Ademais, o papel da escola na vida das pessoas vem mudando, na medida que a vida moderna impõe uma mudança de perfil educacional, a escola vem ocupando cada vez mais o papel que a família ocupava em um passado recente na educação dos filhos. Ao incorporar o tema saúde como qualidade de vida, a

escola tem possibilidade de contribuir para que a comunidade intra e extra-muro escolar possam refletir sobre esse tema. Em se fazendo estas reflexões, as pessoas vão descobrindo que é impossível falar de saúde sem pensar nas condições de moradia, trabalho, alimentação, educação, serviços de saúde, lazer, relação entre as pessoas, proteção ao meio ambiente, como as pessoas se organizam e, participação nas decisões políticas, enfim nas condições de vida da comunidade.

A escola está inserida numa comunidade onde o fazer perpassa pelos diversos segmentos sociais e é impossível pensar em promoção da qualidade de vida sem envolver os atores. O desafio do Programa Saúde na Escola é viabilizar a participação de todos os atores no processo de formação, planejamento e execução de ações pautadas na realidade local.

O desafio, também, se coloca para o setor saúde. A complexa teia onde repousam os desafios da saúde pública no Brasil, como por exemplo, a violência, as doenças crônicas não transmissíveis, o ressurgimento de doenças transmissíveis, o envelhecimento da população e outros mais são questões a serem consideradas. Analisando as questões da adolescência, esta teia se torna mais complexa, pois os adolescentes, nesta fase de vida, considerado de transição, passam por dificuldades relativas ao seu crescimento e desenvolvimento físico, amadurecimento psicológico, sexualidade, relacionamento familiar, crise econômica, violência, uso e/ou abuso de substâncias, inserção no mercado de trabalho e outras. Estas já não são mais resolvidas apenas, dentro do modelo biomédico, obrigando-nos a pensar novas formas de fazer, onde a intersetorialidade é estratégia central no enfrentamento dos problemas referidos anteriormente, daí a importância de se envolver outros atores no processo (profissionais de educação, profissionais do Programa de Saúde da Família, da assistência social, lideranças comunitárias, Ongs e conselhos tutelares), estimulando a atuação em rede para potencializar e tornar mais produtivas e efetivas as ações desenvolvidas.

Vale frisar que já existe extensa bibliografia (pelo menos em saúde pública) comprovando que a atuação em trabalhos com grupos favorece a promoção de saúde. A metodologia criada para trabalhos com grupos de adolescentes

tem como objetivo instrumentar e capacitar os profissionais a serem criativos e a transformar o seu trabalho produtivo para a comunidade, trabalhando com a população àquelas questões mais importantes dentro de sua realidade local.

Estabeleceram-se parcerias com a Fundação Roberto Marinho – Rede Globo, com a Fiat Automóveis e com o Governo de Minas Gerais além do apoio das Secretarias de Estado participantes do Programa.

Em 2009, através de parceria com outro Programa, de nome “Travessia”, também do Governo de Minas Gerais, o Programa Saúde na Escola contempla municípios de Minas Gerais com baixo IDH (índice de desenvolvimento humano), onde além de estabelecer práticas educativas nos municípios e nas escolas, ações de melhoria das condições gerais das localidades são também trabalhadas.

Educação ambiental

Terezinha Rocha de Almeida¹ e Maria Alba Correia² (BRASIL)

Na Universidade Federal de Alagoas, o Núcleo Temático de Educação Ambiental da UFAL – NEA/UFAL desde sua fundação em 1997, a partir de linhas de ação definidas, vem desenvolvendo projetos de pesquisa e de intervenção na sociedade, por ações de parceria que se estendem na articulação de instrumentos e meios de participação da população nos processos de conservação e proteção ambiental.

São atividades de ensino pesquisa e extensão que aproximam professores e alunos das escolas, incentivando o desenvolvimento de atividades pedagógicas levando a educação ambiental à sala de aula e à comunidade, na articulação dos saberes das disciplinas que integram o currículo escolar, buscando inserir a dimensão ambiental da educação no projeto político pedagógico da escola.

Nesse contexto a parceria com o Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil Dr. Luiz da Rocha Cerqueira consiste na utilização de metodologia que contempla oficinas pedagógicas e de artes com o uso de material reciclado em que professores, alunos, profissionais de saúde mental, familiares e pacientes buscam a inclusão social, a melhoria da autoestima e da coordenação motora fina dos últimos, além de objetivos outros como a geração de rendas e a percepção ambiental.

O esforço integra políticas de juventude e meio ambiente por entre contradições de sua realidade. Alvo da exclusão social e do consumo predatório e, ao mesmo tempo, aberta ao mundo da mídia e das tecnologias, sob ideário ecológico, a juventude impõe desafios ao modelo de desenvolvimento, inserindo-se no cenário ambiental brasileiro, formulando políticas, como atores das causas ambientais através dos Coletivos Jovens de Meio Ambiente.

¹ Universidade Federal de Alagoas

² Universidade Federal de Alagoas

Por isso, o investimento inter-geracional de formação da infância e da juventude, segmentos da população constituídos centro da atenção e do fazer pedagógico da escola cuja função social lhe obriga a incluir a dimensão ambiental em sua dinâmica cotidiana para a formação das novas gerações.

Programa de Estudos da Saúde do Adolescente

José Messias¹ (BRASIL)

Começou em 1974 com 02 enfermarias para adolescentes (masculina e feminina).

Elas estavam ligadas à Disciplina/Serviço da IV Clínica Médica do Hospital de Clínicas da Faculdade de Ciências Médicas, da Universidade do Estado da Guanabara – hoje do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).

Nessa Faculdade, os professores são, também, os médicos dos Serviços hospitalares.

Naquela época, o Catedrático da IV Clínica Médica (Prof. Jayme Landman) e sua equipe apoiaram integralmente a implantação desse novo serviço. O desenvolvimento do Projeto inicial e, depois do Programa, ocorreu no modelo participativo e colaborativo; as lideranças, sempre, as reconhecidas pelos seus pares.

Na época, o Prof. Jayme Landman era o Diretor da Faculdade de Medicina e seu apoio foi fundamental na manutenção do serviço –uma grande novidade- e, depois na estruturação da equipe multiprofissional. Quanto ao apoio ministerial, devo dizer que, naquela época pioneira, nossa equipe compunha um corpo de profissionais participantes da estruturação do Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD), do Ministério da Saúde do Brasil, liderados pela Prof^a Maria Helena Ruzany.

Desde sempre, nosso serviço/disciplina compunha a grade curricular do Curso de Graduação em medicina da nossa faculdade.

Resumidamente, como até hoje, com as esferas do poder público no nível municipal, estadual e do governo federal, com agências governamentais e não-governamentais financiadoras de projetos e diversas instituições da sociedade civil envolvidas nos cuidados do binômio saúde-doença na população adolescente.

¹ Faculdade de Ciências Médicas (UERJ)

O apoio da universidade, ao longo do tempo, foi fundamental estando associado ao próprio desempenho da nossa equipe. A evolução histórica das enfermarias iniciais para um Complexo estruturado e multiprofissional nessa área, dentro da universidade, composto por unidade de Atenção Primária, unidade de Atenção Secundária e a unidade de Atenção Terciária, consolidou e garantiu a nossa permanência: em 1995, o Conselho Universitário, com a Resolução 07/1995, criou o Programa de Estudos da Saúde do Adolescente, denominado Núcleo e daí o NESA, que pereniza nossa existência.