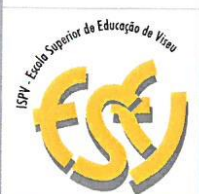


Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Educação de Viseu

Susana Margarida Pereira Morgado

Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde e
Comportamentos de Risco em Adolescentes



Abril de 2018

Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Educação de Viseu

Susana Margarida Pereira Morgado

Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde e
Comportamentos de Risco em Adolescentes

Projeto de Mestrado

Intervenção Psicossocial com Crianças e Jovens em Risco

Trabalho efectuado sob a orientação de
Orientadora: Professora Doutora Sara Felizardo
Coorientador: Professor Doutor José Sargento



Abril, 2018



DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE CIENTÍFICA

Susana Margarida Pereira Morgado, com o número 10049, do curso Mestrado em Intervenção Psicossocial com Crianças e Jovens em Risco, declara sob compromisso de honra, que o Relatório Final de Estágio/Projeto Final é inédito e foi especialmente escrito para este efeito.

Viseu, 20 de abril de 2018

O(A) aluno(a), Susana Morgado

modQ*sac.27

AGRADECIMENTOS

Este projeto final de mestrado é o final de um percurso académico bastante complicado, com muitos desafios, mas também com muitas aprendizagens e conquistas. Ao longo deste percurso obtive ajuda e orientação de diversas pessoas que estiveram sempre ao meu lado, apoiando-me nas alturas mais difíceis, principalmente quando achei que não seria possível terminar este projeto.

Antes de mais queria agradecer a todos aqueles que de uma forma ou de outra contribuíram para a concretização deste projeto e peço desculpa desde já se me esqueço de alguém pois foram muitas as pessoas que me ajudaram neste meu percurso.

Primeiramente quero agradecer à minha orientadora Professora Doutora Sara Felizardo e ao coorientador Professor Doutor José Sargento, pela orientação, dedicação ensinamentos e principalmente pela paciência e incentivo que sempre tiveram para comigo e pela prontidão em ajudar-me sempre que era necessário. De seguida quero agradecer também a todos os professores que me deram aulas no Mestrado em Intervenção Psicossocial com Crianças e Jovens em Risco, pelo incentivo que me deram a mim e a todas as restantes alunas para a realização do projeto final. A todas as minhas colegas e amigas do Mestrado um muito grande obrigada por todo o apoio.

Um agradecimento muito especial vai para as autoras dos instrumentos KIDSCREEN-52, a professora Doutora Tânia Gaspar e à Professora Doutora Margarida Gaspar de Matos, e do instrumento RTSHIA, a Professora Doutora Ana Xavier, pela prontidão e disponibilidade em darem autorização, pois sem estas não seria possível a utilização dos instrumentos não seria possível efetuar a recolha de dados.

Tenho de agradecer também aos diretores dos grupos das atividades extracurriculares que me deram autorização para passar os questionários aos adolescentes durante o período da atividade. Não me posso esquecer de agradecer também aos pais/encarregados de educação dos adolescentes e aos próprios adolescentes, porque sem eles este projeto nunca poderia ser concretizado.

Queria agradecer com especial carinho e admiração à minha família que sempre me apoiou em todo o percurso académico, mas em especial aos meus pais que fizeram os possíveis e os impossíveis para que eu conseguisse chegar até aqui, esforçaram-se ao máximo para eu nunca desistir, foram um grande pilar e um grande apoio em todo o meu percurso de vida. Nos dias piores fizeram-me sentir amada, acarinhada e valorizada, **MUITO OBRIGADA POR TUDO MESMO.**

Não me posso esquecer de agradecer ao meu namorado, pela paciência que teve de ter, pela ajuda quando começava a ir-me abaixo, pelo conforto e cumplicidade que nos unem e pelas palavras de incentivo e compreensão.

Por último e não menos importante gostaria de agradecer a todas as pessoas do Lar Sagrado Coração de Maria que me ajudaram e apoiaram sempre.

ÍNDICE GERAL

Agradecimentos.....	i
Índice Geral	iii
Índice de Tabelas:	v
Resumo/Abstract	vi
Introdução.....	1
PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	3
CAPÍTULO 1 - Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde em Adolescentes	4
CAPÍTULO 2 - Comportamentos de Risco em Adolescentes.....	10
PARTE II - ESTUDO EMPÍRICO	18
CAPÍTULO 1 - Plano de Investigação.....	19
1. Contextualização do Estudo	19
2. Problema de Investigação e Objetivos.....	19
3. Opções Metodológicas	20
3.1. Tipo de Estudo	20
3.2. Variáveis.....	21
3.3. Participantes.....	21
3.4. Instrumentos de Recolha de Dados.....	23
3.4.1. Questionário Sociodemográfico	23
3.4.2. KIDSCREEN-52.....	23
3.4.3. RTSHIA	25
3.5. Procedimentos e Técnicas de Análise de Dados	26
3.5.1. Procedimentos.....	26
3.5.2. Técnicas de Análise de Dados.....	27
CAPÍTULO 2 - Apresentação e Discussão dos Resultados	28
1. Análises Descritivas.....	28
1.1. Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde (KIDSCREEN-52).....	28
1.2. Comportamentos de Risco (RTSHIA)	29
2. Análises inferenciais	29
2.1. Relação entre o Sexo com a QVRS (KIDSCREEN-52) e os Comportamentos de Risco (RTSHIA)	29
2.2. Relação entre a Idade e a QVRS (KIDSCREEN-52) e os Comportamentos de Risco (RTSHIA)	31
2.3. Relação entre o Rendimento Académico e a QVRS (KIDSCREEN-52) e os Comportamentos de Risco (RTSHIA)	33

2.4. Relação entre a QVRS (KIDSCREEN-52) e os Comportamentos de Risco (RTSHIA).....	35
3. Discussão dos Resultados.....	37
Considerações Finais	42
Referências Bibliográficas:.....	44
ANEXOS.....	47
ANEXO A - Questionário Sociodemográfico	48
ANEXO B - Pedido de Autorização do KIDSCREEN-52	51
ANEXO C - Pedido de Autorização do RTSHIA.....	55
ANEXO D - Consentimento do Clube de Futebol.....	57
ANEXO E - Consentimento do Grupo de Dança	59
ANEXO F - Consentimento do Grupo de Jovens	61
ANEXO G - Consentimento dos Encarregados de Educação	63
ANEXO H - Consentimento dos Jovens.....	66

ÍNDICE DE TABELAS:

Tabela 1 - Caracterização Sociodemográfica da Amostra (Frequências Absolutas e Percentagens)	22
Tabela 2 - Média das Notas e Notas por Sexo.....	23
Tabela 3 - Resultados descritivos do KIDSCREEN-52.....	28
Tabela 4 - Resultados descritivos do RTSHIA	29
Tabela 5 - Teste U de Mann-Whitney do KIDSCREEN-52, em função do sexo	30
Tabela 6 - Relação entre o Sexo e a QVRS.....	30
Tabela 7 - Teste U de Mann-Whitney do RTSHIA, em função do Sexo	31
Tabela 8 - Relação entre o Sexo e os Comportamentos de Risco	31
Tabela 9 - Teste U de Mann-Whitney do KIDSCREEN-52, em função da Idade.....	32
Tabela 10 - Relação entre a Idade e a QVRS.....	32
Tabela 11 - Teste U de Mann-Whitney do RTSHIA, em função da Idade.....	33
Tabela 12 - Relação entre a Idade e os Comportamentos de Risco	33
Tabela 13 - Correlação de Spearman (ρ) do Rendimento Académico com o KIDSCREEN-52.....	34
Tabela 14 - Correlação de Spearman (ρ) do Rendimento Académico com o RTSHIA	35
Tabela 15 - Correlação de Spearman entre o KIDSCREEN-52 com o RTSHIA.....	36

RESUMO

A Qualidade de Vida Relacionada com Saúde é um tema cada vez mais atual, pelo que a sua avaliação pode ser bastante útil para a identificação de crianças e adolescentes em risco. O presente estudo tem como objetivo principal caracterizar uma amostra de adolescentes no que concerne à qualidade de vida relacionada com a saúde e aos comportamentos de risco, percebendo as possíveis relações entre estas duas variáveis. De forma a dar resposta ao objetivo geral, esta investigação tem um carácter quantitativo, não experimental e transversal, sendo utilizada neste estudo uma amostra não probabilística e por conveniência, composta por um total de 30 adolescentes, com idades compreendidas entre os 12 e os 18 anos. Com o questionário sociodemográfico fez-se uma caracterização da amostra, com o KIDSCREEN-52 avaliou-se a qualidade de vida relacionada com a saúde e concluiu-se que os adolescentes apresentam resultados melhores nas dimensões dos sentimentos, no estado de humor em geral, na família e ambiente familiar e nos amigos. Os piores resultados são relativos às questões económicas e às provocações. No que concerne aos comportamentos de risco (RTSHIA) verificou-se que são os rapazes que têm mais comportamentos de risco (RT) e as raparigas comportamentos autolesivos (SH). Quando comparamos estas duas variáveis podemos perceber que os comportamentos de risco/autolesivos estão relacionados com a qualidade de vida relacionada com a saúde, nomeadamente nas suas dimensões sentimentos, estado de humor em geral, sobre ti próprio, família e ambiente familiar, ambiente escolar e aprendizagem e provocações.

Palavras-Chave: Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde; Comportamentos de Risco/Autolesivos; Adolescentes/Jovens; KIDSCREEN-52; RTSHIA.

ABSTRACT

The interest for Life Quality Related to Health is an even more current issue and its evaluation can be rather useful to identify teenagers and children at risk. This study mostly aims at characterising a sample of youngsters regarding life quality related to health and risk-taking behaviour understanding the possible connection between these two variables. In order to meet the overall purpose, this investigation has a quantitative and cross-cutting nature being used a non-probability sample and for convenience in this study made of a total of 30 adolescents (N=30) aged between 12 and 18. A

characterisation of the sample was made with the sociodemographic questionnaire. With the KIDSCREEN-52 the life quality related to health was evaluated and the conclusion is that teenagers are better on the dimensions of the feelings, the mood in general, the family and family environment and friends. The worst results are related to economic issues and provocations. As for the Risk-Taking and Self-Harm Inventory for Adolescents (RTSHIA) the boys show more risk taking (RT) and the girls, self-harm practices (SH). When comparing these two variables one can understand that the risk-taking and self-harm practices are related to the life quality related to health, namely on the dimensions of feelings, mood in general, oneself, family and family environment, school ambience and learning as well as provocations.

Keywords: Quality of Life Related to Health; Risk/Self-Injury; Adolescents/Young; KIDSCREEN-52; RTSHIA.

INTRODUÇÃO

As sociedades atuais têm vindo a demonstrar um interesse crescente pela qualidade de vida e promoção da saúde (Jacoto, 2014). Contudo no que concerne a estudos em relação à qualidade de vida relacionada com a saúde em crianças e adolescentes deparamo-nos com uma grande lacuna a nível da investigação (Abreu, 2015) que, ao ser esbatida, possibilitaria um aumento da probabilidade de se poder identificar crianças e adolescentes em risco (Guedes & Guedes, 2011). Trata-se, por isso, de um objeto bastante útil no que concerne ao planeamento de estratégias para a prevenção neste âmbito (Abreu, Marques, Martins, Fernandes, & Gomes, 2016).

A adolescência é uma fase potencialmente vulnerável em que o adolescente tenta ter alguma autonomia dos pais. Existe, nesta fase, uma maior proximidade dos amigos e uma vontade de experienciar novas situações, podendo adotar alguns comportamentos de risco, os quais poderão ter repercussões a nível da sua saúde física e mental (Xavier, 2016). É nesta fase de inúmeras mudanças que o adolescente pode vir a adotar comportamentos mais arriscados para a sua própria vida, tais como, os comportamentos autolesivos. Estes são comportamentos intencionais, ainda que sem propósitos suicidários propriamente ditos (Barata, 2016). De acordo com Jorge, Queirós e Saraiva (2015), os comportamentos autolesivos surgem como uma forma do adolescente poder expressar os seus sentimentos no próprio corpo e que, como tal, devem ser descodificados.

A escolha desta temática para a elaboração do estudo prende-se com o interesse e a sensibilidade do tema em si, e com a elevada frequência com que se verifica na fase da adolescência. À medida que for sendo cada vez mais estudada, poder-se-ão encontrar diversos fatores de risco e fatores protetores, para se atuar através de programas de prevenção e intervenção.

O presente estudo tem como principal objetivo, num primeiro momento, a caracterização de uma amostra de adolescentes no que concerne à qualidade de vida relacionada com a saúde e os comportamentos de risco/autolesivos. Pretende, ainda, explorar as possíveis relações entre estas duas variáveis. Para isso serão utilizados três inquéritos: um Questionário Sociodemográfico para fazer a caracterização da amostra, o Questionário KIDSCREEN-52 para avaliar a qualidade de vida relacionada com a saúde e o RTSHIA para avaliar os comportamentos de risco/autolesivos dos adolescentes.

Este estudo está organizado em duas grandes partes. A primeira, diz respeito ao enquadramento teórico, onde será feita uma abordagem à qualidade de vida relacionada com a saúde e aos comportamentos de risco, na fase da adolescência. Para o efeito,

foi realizada uma revisão da literatura científica nestas áreas. A segunda parte é sobre todo o plano de investigação, apresentação, análise e discussão dos resultados.

PARTE I
ENQUADRAMENTO TEÓRICO

CAPÍTULO 1

Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde em Adolescentes

Nas sociedades atuais, o interesse pelo estudo da Qualidade de Vida (QV) tem vindo a aumentar cada vez mais ao longo das últimas décadas, estando ligado desde o seu início à promoção da saúde (Jacoto, 2014). Nos últimos anos tem-se vindo a assistir, cada vez mais, a um aumento do interesse social, clínico e científico nesta temática, nomeadamente na etapa de vida da adolescência (Guerreiro & Sampaio, 2013). Neste contexto, o Plano Nacional de Saúde Escolar (Despacho nº 12045/2006, de 07 de junho) considera a promoção da saúde mental e a prevenção de comportamentos de risco como uma prioridade. Enfatiza, assim, a importância do desenvolvimento de competências pessoais e sociais, do aumento da resiliência, da promoção da autoestima e autonomia (citado por Santos, Erse, Simões, Façanha & Marques, 2013).

Nos últimos tempos, tem havido uma evolução relacionada com estudos sobre a QV, mas no que concerne à Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde (QVRS) em crianças e adolescentes deparamo-nos, ainda, com diversas lacunas ao nível da investigação (Abreu, 2015). Ainda assim este conceito tem vindo a merecer uma especial atenção nesta fase etária, considerando que existe uma maior probabilidade de se vir a diagnosticar doenças a este grupo populacional (Guedes & Guedes, 2011). Na população que aparentemente está saudável podem distinguir-se diferentes níveis de bem-estar. Assim, ao monitorizar a qualidade de vida relacionada com a saúde em idades bem jovens, podem-se destacar algumas repercussões sobre a qualidade de vida e saúde em idades adultas (Guedes & Guedes, 2011).

Monteiro (2011) afirma que a QVRS é um construto relativo às dimensões físicas, psicológicas, mentais, sociais e funcionais do bem-estar do adolescente. Na mesma linha, Guedes e Guedes (2011) assinalam que o conceito de qualidade de vida inclui o bem-estar físico, social, emocional e produtivo, além da satisfação pessoal nas diferentes situações de vida.

A Organização Mundial de Saúde definiu a saúde como um estado de bem-estar físico, mental e social, e não apenas como a ausência de doença. Isto é, deve-se ter sempre em conta a saúde na sua plenitude. Neste sentido, a qualidade de vida é a percepção que cada indivíduo tem da sua posição na sua própria vida, respeitando sempre a cultura em que está integrado, e respeitando também os valores em que este acredita, não podendo deixar nunca de se ter em consideração os seus próprios objetivos, as suas expectativas e as suas preocupações (Abreu, Marques, Martins,

Fernandes & Gomes, 2016). Os mesmos autores referem ainda que a avaliação da qualidade de vida em crianças e adolescentes tem recebido pouca atenção. Contudo, recentemente, a qualidade de vida tem vindo a obter um grande relevo, pois atualmente é considerado como um importante conceito nos cuidados de saúde, principalmente na faixa etária da adolescência. A avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde nas crianças e adolescentes pode ser bastante útil na medida em que permite a identificação de crianças em risco, que tenham níveis baixos de bem-estar ou que padeçam de problemas de saúde, tratando-se assim de um elemento extremamente útil no planeamento de várias estratégias para a intervenção no âmbito da promoção da saúde e da qualidade de vida nas crianças e nos adolescentes (Abreu, Marques, Martins, Fernandes & Gomes, 2016).

A qualidade de vida é assim um construto que se pode aplicar em diversos contextos, particularmente na medicina, saúde pública, economia, política, psicologia, sociologia (Gaspar, Matos, Ribeiro & Leal, 2008, cit. por Jacoto, 2014) e na educação social, onde o educador problematiza a realidade das situações, incumbindo de uma forma autónoma e responsável o indivíduo relativamente aos problemas presentes (Mateus, 2012).

Segundo uma revisão da literatura realizada por Silva (2003, cit. por Jacoto, 2014), é possível perceber que, mesmo havendo uma multiplicidade de definições acerca desta temática, existe um consenso no que concerne às componentes da qualidade de vida (salientando a satisfação com a vida e com os afetos, tanto positiva como negativamente) e do bem-estar-subjetivo. A conceptualização da qualidade de vida inclui um modelo de saúde subjetivo e multidimensional. A qualidade de vida relacionada com a saúde descreve a auto percepção do adolescente acerca da sua saúde, que engloba aspetos psicológicos, mentais, físicos, sociais e funcionais do bem-estar (Jacoto, 2014).

A avaliação da QVRS em crianças e adolescentes tornou-se uma preocupação eminente, enquanto ferramenta de monitorização, identificação de fatores de risco (como problemas de saúde, consumo excessivo de substâncias, relações escolares e sociais disfuncionais e desequilibradas) e prevenção dos seus efeitos e intervenção na promoção da saúde (Abreu, 2015; Monteiro 2011).

Conhecer a percepção que o indivíduo tem de si próprio no que respeita à qualidade de vida relacionada com a saúde tem vindo a tornar-se uma componente muito importante na vigilância da saúde. Neste sentido, é atualmente considerada como um indicador válido para aferir as necessidades de cada indivíduo (Abreu et. al. 2016).

Os modelos baseados no nível de saúde e incapacidade funcional defendiam que a qualidade de vida dos indivíduos dependia apenas da ausência de doenças

crónicas e que as pessoas saudáveis tinham um funcionamento bastante melhor do que as pessoas com doenças crónicas. Porém a partir da evidência empírica, percebeu-se que pessoas com problemas de saúde podem ter uma qualidade de vida bem elevada, e que pessoas sem problemas de saúde podem ter uma qualidade de vida bastante baixa. Neste contexto, a avaliação da qualidade de vida foi evoluindo de modelos baseados no nível de saúde e incapacidade para modelos baseados na percepção da pessoa sobre a própria qualidade de vida (Monteiro, 2011).

Neste sentido, foram concebidos diversos instrumentos com vários domínios e utilidades para a medição da qualidade de vida em diferentes contextos, nomeadamente com crianças e adolescentes, entre eles o KIDSCREEN (Jacoto, 2014).

O KIDSCREEN integrando um projeto de “Proteção e Promoção de Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde em Crianças e Adolescentes”, é um instrumento padronizado que foi concebido para a avaliação da qualidade de vida das crianças e adolescentes no geral. É constituído por dez dimensões que descrevem a Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde, a saber: Saúde e Atividade Física, Sentimentos, Estado de Humor Geral, Auto Percepção, Tempo Livre, Família e Ambiente Familiar, Questões Económicas, Amigos, Ambiente Escolar e Aprendizagem, Provocações. É um instrumento de natureza genérica podendo ser aplicável em diferentes contextos e culturas, avaliando o bem-estar e a saúde subjetiva tanto de crianças e de adolescentes saudáveis, como também daqueles que apresentam condições crónicas, entre os oito e os dezoito anos (Gaspar & Matos, 2008). “O principal objectivo é compreender a caracterizar a percepção da qualidade de vida relacionada com a saúde em crianças e os factores sociais e pessoais promotores dessa qualidade de vida relacionada com a saúde” (Gaspar & Matos, 2008, p.85)

Gaspar e Matos (2008) referem que, na investigação, sobre a avaliação dos comportamentos das crianças e adolescentes o seu bem-estar era avaliado apenas de modo rudimentar, sendo que a criança raramente podia expressar o seu ponto de vista. Quando se avalia a Saúde Pública em crianças e adolescentes é importante ter em conta a percepção da própria criança sobre a sua saúde no geral, o que é possibilitado pelo KIDSCREEN.

O estudo de Gaspar e Matos (2008) sobre o KIDSCREEN foi realizado em adolescentes, com alunos do 5º até ao 7º ano, com idades compreendidas entre os 10 e os 16 anos, de ambos os sexos. Com este estudo, as autoras concluíram que os dados de Portugal são muito parecidos com os dados obtidos nos outros países Europeus. As crianças e adolescentes portugueses tendem, porém, a apresentar índices mais elevados na percepção que têm sobre a qualidade de vida relacionada com a saúde na maioria das dimensões, à exceção da dimensão Ambiente Escolar e Aprendizagem, em

que os portugueses apresentam uma percepção mais negativa, e das dimensões Questões Económicas e Sentimentos em que os valores são muito semelhantes aos europeus.

Segundo Monteiro (2011) os resultados da investigação do KIDSCREEN em Portugal indicam que a qualidade de vida relacionada com a saúde das crianças e dos jovens portugueses, em comparação com os dos outros países Europeus, é aparentemente positiva na maioria das dimensões. Havendo, apenas, uma exceção na dimensão Ambiente Escolar e Aprendizagem, em que as crianças e adolescentes portugueses apresentam uma percepção mais negativa. Gaspar, Matos, Ribeiro e Leal (2006) obtiveram resultados semelhantes, corroborando os autores anteriores.

A literatura científica refere que a dimensão das Questões Económicas influencia todas as outras dimensões, concluindo que existem mais fatores, entre eles a baixa escolaridade dos pais e o frágil estatuto socioeconómico, que parecem estar relacionados com a QVRS nas crianças e adolescentes (Gaspar et al, 2011; Ravens-Siebrer et al, 2005; Von Rueden et al, 2006, citados por Abreu, 2015).

Monteiro (2011) define a promoção da saúde como um largo processo social e político que corresponde a ações dirigidas à população em geral com o objetivo de promover o desenvolvimento de todos os indivíduos. As estratégias para a promoção da saúde implicam a promoção de competências psicossociais e de condições sociais, ambientais e económicas.

É bastante importante criar conhecimento acerca da qualidade de vida relacionada com a saúde principalmente nas faixas etárias das crianças e dos jovens, sendo esta uma formação cívica e educacional poderá ter efeito na saúde pública, o que é bastante importante para se poder vir a ter uma boa qualidade de vida na vida adulta (Abreu, 2015). Pode ser importante o papel do educador social já que este “atua no terreno como autor/ator de estratégias contextualizadas, criando pontes socioeducativas que, com o apoio da teoria e da prática, o levam a gerir problemáticas sociais da realidade em que intervém” (Mateus, 2012, p.61).

A investigação tem demonstrado que há vários fatores que podem influenciar negativamente a qualidade de vida dos adolescentes, assim como o seu desenvolvimento cognitivo e socio afetivo. De entre estes fatores merecem destaque as dificuldades socioeconómicas, o tabagismo, o consumo de álcool e drogas, assim como os comportamentos sexuais de risco (Abreu, 2015). A saúde e o bem-estar na adolescência podem, ainda, ser influenciados por fatores de risco como a gravidez na adolescência, a coação e pressão psicológica para o envolvimento em atividades sexuais, o abuso de álcool e drogas, a disfunção familiar, a falta de recursos financeiros e o desinvestimento educacional (Abreu, 2015).

Para Sánchez, Rodríguez e Arnedillo (2002, cit. por Monteiro, 2011) a prevenção é um conjunto de estratégias de atuação que antecedem o aparecimento de um problema. Neste contexto, a prevenção deve ter por base a redução dos fatores de risco individuais e ambientais e o aumento dos fatores de proteção e resiliência. Deve, neste contexto, implicar-se a comunidade, adotando estratégias dirigidas aos diferentes grupos que a constituem. A prevenção necessita da participação conjunta de toda a comunidade, de forma a unir e partilhar conhecimentos e competências para o bem comum, com o objetivo de promover a saúde. Estar-se-á, assim, a reduzir os riscos e a fortalecer os recursos existentes. Apesar da notoriedade que o conceito de QVRS tem conquistado nos últimos anos, existe, ainda, uma grande escassez de estudos que se foquem em estratégias de intervenção e de prevenção (Guerreiro, 2014).

Segundo Rodrigues (2001, cit. por Nunes, 2012) a escola é um espaço de educação e representa um papel importante na educação destes jovens, mas é sobretudo um espaço de formação humana. Diversos autores consideram a escola como um local privilegiado para desenvolver ações preventivas e para a implementação de estratégias de promoção da saúde, tendo sempre em conta os aspetos como o papel social e educativo e o tempo em que envolve os jovens (Monteiro, 2011).

A promoção de comportamentos de saúde juntamente com diversas estratégias de prevenção, como a promoção das competências psicossociais, pretende que os adolescentes adotem estilos de vida mais saudáveis. Um estilo de vida saudável refere-se a um conjunto de padrões de comportamentos ou hábitos relacionados com a saúde devendo-se, nestas circunstâncias, tomar em consideração fatores de risco tais como os maus hábitos alimentares, a ausência de exercício físico, o consumo excessivo de medicamentos, os consumos de álcool, tabaco e drogas, acidentes rodoviários, idade do início das relações sexuais, saúde oral, gravidezes indesejadas, infeções sexualmente transmissíveis, ocupação de tempo livres, etc. A adoção de estilos de vida mais ou menos saudáveis está relacionada com o grupo e com o contexto em que cada um está inserido e com as próprias características pessoais (Monteiro, 2011).

A promoção da saúde é considerada uma forma de prevenção e um meio de desenvolver as competências protetoras e de manutenção da saúde, com o intuito de levar a pessoa a adotar um estilo de vida saudável. A educação para a saúde pretende, assim, responsabilizar a pessoa pela sua saúde através de desenvolvimentos de estratégias que a tornem pró-ativa na adoção de estilos de vida saudáveis. Tem, neste sentido, o objetivo de aumentar o conhecimento da população no que concerne a esta temática através da transmissão da informação e do aumento da motivação e das competências psicossociais necessárias para adotar medidas destinadas ao melhoramento da saúde de cada indivíduo (Monteiro, 2011). Alguns autores também

defendem a necessidade e a pertinência de intervir na prevenção e na promoção da saúde na adolescência contando sempre com o conhecimento prévio das características comportamentais e emocionais desta população, para assim reduzir custos económicos e psicossociais dos comportamentos de risco (Monteiro, 2011). A intervenção do educador social junto dos adolescentes torna-se, neste contexto, bastante importante para desmistificar e aumentar a informação sobre esta temática. O educador social deverá, assim, intervir na promoção de competências pessoais e sociais, realizando ações de sensibilização juntamente com o pessoal docente, numa lógica de trabalho multidisciplinar (Cabral, 2015).

CAPÍTULO 2

Comportamentos de Risco em Adolescentes

A adolescência é normalmente caracterizada pela idade cronológica que vai desde os 10 aos 19 anos de idade, representando uma fase desenvolvimental que faz a ligação entre a infância e a adultez. É caracterizada por múltiplas e rápidas mudanças em vários domínios (biológicos, físicos, emocionais, psicológicos, cognitivos, comportamentais e sociais) incluindo a maturação física, o aparecimento do interesse pela sexualidade, a construção do pensamento em relação aos outros, a formação da sua própria identidade, o aumento da autonomia em relação aos pais, e a preocupação em estabelecer relações com os seus grupos de pares (Guerreiro & Sampaio, 2013; Mesquita, Ribeiro, Mendonça & Maia, 2011; Xavier, 2016). Esta é uma fase potencialmente vulnerável em que o adolescente procura ter alguma autonomia dos pais, uma maior proximidade dos amigos e uma vontade de experienciar novas sensações, podendo adotar alguns comportamentos de risco, os quais poderão ter repercussões a nível da sua saúde física e mental (Xavier, 2016).

Segundo Matos (2008, citado por Monteiro, 2011) as idades de transição, como a adolescência, podem constituir um fator de risco para a adoção e manutenção de estilos de vida saudáveis. Nestas circunstâncias, apesar de muitos dos adolescentes crescerem saudáveis deverá ser tida em consideração a possível tendência para a externalização (comportamentos impulsivos, acidentes, consumos nocivos, entre outros) nos adolescentes do sexo masculino, e da internalização (sintomas físicos e psicológicos, vivência dolorosa da imagem corporal, etc.) nos adolescentes do sexo feminino. Na mesma linha, Nunes (2012) enfatiza a possibilidade do adolescente, face às transformações e conflitos inerentes à adolescência enveredar por comportamentos agressivos e impulsivos.

Barata (2016) afirma ainda, que é “normal” e frequente os adolescentes quererem correr vários tipos de riscos, devendo ser analisados no que respeita à sua intensidade, repetição e desenvolvimento, para se poderem identificar adolescentes que possam estar em risco iminente.

Apesar de muitos adolescentes crescerem saudáveis, alguns têm comportamentos autodestrutivos, revelando um autoconceito profundamente negativo, pessimista e inseguro, tendem a manifestar, nestas circunstâncias, sentimentos persistentes de tristeza e de isolamento, ao mesmo tempo que revelam uma falência de estratégias para a resolução de problemas (Cruz, 2013; Santos et al., 2013)

É necessário que o adolescente desenvolva, em primeiro lugar, várias competências que são fundamentais para poder transformar-se num adulto.

Face aos desafios desenvolvimentais que têm de enfrentar, se os fatores de risco se sobrepuserem aos fatores de proteção, os adolescentes podem adotar diversos comportamentos de risco, com graus de perigosidade diferenciados. De entre estes, poder-se-ão destacar os hábitos alimentares desadequados, o sedentarismo, o tabagismo, o consumo de álcool e drogas, os acidentes de viação, as relações sexuais precoces e/ou desprotegidas, a violência e os comportamentos autolesivos (Guerreiro & Sampaio, 2013; Monteiro, 2011).

Existem divergências na comunidade científica na definição dos comportamentos autolesivos, principalmente no que concerne à presença ou não da intenção suicida. Neste Contexto, os comportamentos autolesivos podem ser subdivididos em dois grupos: os comportamentos autolesivos deliberados (*deliberate self-harm*), referentes a uma ampla categoria dos comportamentos autolesivos (como por exemplo, cortes, queimaduras, sobredosagem, entre outros), sendo comportamentos inaceitáveis pela sociedade independentemente da intenção suicida ou a sua ausência, os comportamentos autolesivos não suicidários (*non-suicidal self-injury*), referentes a atos com intencionalidade de destruir o próprio corpo sem a intenção de cometer suicídio (Xavier, 2016).

Guerreiro (2014) e Guerreiro e Sampaio (2013) definem os comportamentos autolesivos como aqueles em que o resultado é não fatal e em que o indivíduo faz deliberadamente um dos seguintes: enceta comportamentos com intensão de causar lesões a si próprio, consome drogas ilícitas ou substâncias em doses excessivas face à quantidade recomendada, ou ingere uma substância ou um objeto que não é ingerível. Xavier (2016) afirma que existem várias formas comuns de praticar este tipo de comportamentos, tais como, cortes e queimaduras à superfície da pele, arranhões graves, mordeduras e hematomas autoinfligidos. Outros métodos não tão comuns são a ingestão de substâncias tóxicas, escoriações de feridas, ou partir alguns ossos deliberadamente.

Xavier (2016) refere a autopunição como uma das funções principais dos comportamentos autolesivos. Os adolescentes que têm este tipo de comportamentos são bastante autocríticos e têm mais vergonha e sentimentos depressivos, servindo os comportamentos autolesivos para dirigir a sua raiva e a aversão em relação a eles próprios.

As taxas continuamente crescentes de comportamentos autolesivos de que se têm vindo a verificar entre os adolescentes tem justificado a sua integração nas políticas sociais e de saúde (Nunes, 2012). É referido na literatura que é na fase da adolescência

que têm início os comportamentos autolesivos sendo, porventura, considerados como uma tentativa para conseguirem lidar com as emoções negativas, dirigindo a ira sobre si mesmos (Mesquita, Ribeiro, Mendonça & Maia, 2011).

A forma mais comum dos comportamentos autolesivos é o cortar ou rasgar a pele, mas também o pontapear, queimar, arranhar são algumas das formas usadas. Normalmente as áreas atingidas são áreas ocultas que podem passar despercebidas, tais como, braços, coxas, abdómen, entre outras (Barata, 2016; Mesquita, Ribeiro, Mendonça & Maia, 2011; Xavier, 2016).

Apesar dos fatores que estarão na sua génese serem muito complexos (Xavier, 2016), existem várias semelhanças entre os adolescentes que têm comportamentos autolesivos: alguns conhecem pessoas que já praticaram este tipo de comportamentos, outros leram através da internet, que vários artistas/famosos praticaram ou praticam comportamentos autolesivos. Neste sentido, todos os adolescentes sabem de alguém que já praticou ou ainda pratica este tipo de comportamentos desadequados. Um bom exemplo disto foi o jogo que preocupou a população em geral, intitulado como o “Jogo da Baleia-Azul” (Bernardes, 2015).

Lourenço (2008) refere que existem vários tipos de comportamentos autolesivos, sendo os mais comuns os comportamentos autolesivos superficiais, estes podem ser moderados e superficiais. Existem, ainda, três subcategorias: superficial compulsiva, episódica e repetitiva. A superficial compulsiva tende a acontecer mais de uma vez por dia, pode ser considerado uma espécie de ritual repetitivo. A episódica, tal como o próprio nome sugere, acontece esporadicamente. A repetitiva já é considerado uma síndrome de comportamentos autolesivos deliberados.

Os comportamentos autolesivos têm vindo a evoluir ao longo dos anos e a aumentar a nível mundial, tornando-se cada vez mais um tema com um importante foco nas políticas sociais e nas práticas profissionais, tendo uma maior prevalência na população adolescente do que na população adulta (Nunes, 2012; Xavier, 2016).

Duarte, Cruz e Oliveira (2015) afirmam que os comportamentos autolesivos correspondem a um mal-estar dos adolescentes, não devendo, por isso, ser desvalorizados, de acordo com estes autores, a prevalência dos comportamentos de risco em Portugal no ano de 2010 foi de 15.6%. Segundo Cruz (2013) e Santos, et al. (2013) o suicídio representa a terceira causa de morte em Portugal, bem como na Europa e no resto do mundo, principalmente em adolescentes com idades compreendidas entre os 15 e os 24 anos. Um estudo recente aponta mesmo para o aumento da prevalência do suicídio, uma vez que demonstra ser a segunda maior causa de morte entre os adolescentes em todo mundo. Os comportamentos autolesivos e o

suicídio são temáticas altamente sensíveis merecendo cada vez mais toda a preocupação e atenção (Barata, 2016).

Neste contexto o Educador Social tem o dever de garantir o equilíbrio entre as diversificadas situações, para conseguir dar aos destinatários um novo rumo, ajudando a encontrar o seu caminho (Mateus, 2012). Relativamente a situações de risco tais como comportamentos autolesivos e iminência de suicídio, muitos dos adolescentes devem recorrer a ajudas profissionais tais como psicólogos, psiquiatras e médicos de família.

De uma forma geral, os estudos apresentam dados que indicam que são os jovens do sexo feminino que têm uma maior probabilidade de vir a efetivar os comportamentos autolesivos (Cruz, 2013; Santos et al., 2013).

Num estudo realizado por Xavier (2016), utilizando o instrumento RTSHIA, concluiu-se que a ocorrência de comportamentos autolesivos nesta fase decorre de experiências emocionais negativas. As experiências de *bullying* exercidas pelo grupo de pares tendem a ameaçar e a envergonhar alguns adolescentes, estes tenderão a ser mais autocríticos e a ter sentimentos e comportamentos mais defensivos, o que poderá ter implicações muito prejudiciais no estabelecimento de papéis sociais importantes na adolescência. Os comportamentos autolesivos ocorrerão, neste contexto, para tentar regular diversas memórias adversas e emoções intensas e negativas. O estudo mostra ainda que existem diferenças de género em que os comportamentos de risco (como, abuso de substâncias, comportamentos externalizantes agressivos, entre outros) são mais frequentes nos rapazes, enquanto que os comportamentos autolesivos (como cortar-se de forma a dar resposta ao stress interno, como os sintomas depressivos) são mais reportados nas raparigas.

Os comportamentos autolesivos nos últimos tempos têm vindo a despertar bastante interesse e uma preocupação cada vez maior, devido ao facto de estes terem um impacto muito significativo na vida dos adolescentes. Também causam um grande impacto na vida familiar destes. Os comportamentos autolesivos estão presentes em todas as faixas etárias, mas os estudos referem que são mais frequentes na fase da adolescência (Leal & Coutinho, 2015). Xavier (2016) afirma que os resultados encontrados na literatura são mistos. Embora bastantes estudos realcem que a população do sexo feminino esteja mais predisposta, existem outros estudos que mostram que não existe diferença de género; No género masculino são mais comuns os cortes, as queimaduras e as autoagressões, entre outros; No género feminino o mais comum são os cortes. Na mesma linha, Cedaro e Nascimento (2013, citado por Xavier, 2016) e Nunes (2012), referem que os comportamentos autolesivos são mais frequentes no género feminino.

Segundo um estudo realizado por Neves e Santos (2016), na região de Lisboa, com uma amostra de 1713 adolescentes, 7.3% dos inquiridos afirmaram já ter tido pelo menos um episódio que envolvia comportamentos autolesivos.

Segundo Xavier (2016), diversos estudos revelam que 10% a 40% das amostras de adolescentes têm comportamentos autolesivos, sendo que a prevalência é maior em populações adolescentes do que na população de adultos. Em Portugal, apesar dos poucos estudos sobre o tema, as percentagens são equiparadas. Vários adultos relataram que o início dos comportamentos autolesivos começaram na fase da adolescência, entre os 12 e os 16 anos.

Os comportamentos autolesivos na adolescência são um problema bastante relevante na Saúde Pública (Guerreiro, 2014). De acordo com a Organização Mundial de Saúde a taxa de mortalidade nos adolescentes está cada vez mais elevada, esta subida é resultante, na sua maioria, de causas que podem vir a ser prevenidas e tratadas. Ao serem comparadas com as outras faixas etárias, na adolescência existem mais acidentes e são cometidos mais crimes (violentos e não violentos), verificando-se, ainda, um maior número de comportamentos autolesivos e tentativas de suicídio em maior número resultante de comportamentos autolesivos (Xavier, 2016).

Segundo Leal e Coutinho (2015) os comportamentos autolesivos estão relacionados com a dificuldade que o adolescente sente na resolução dos problemas. É, por isso, necessário encontrar estratégias de *coping* adaptadas a cada situação.

Jorge, Queirós e Saraiva (2015) referem que os comportamentos autolesivos surgem como uma forma do adolescente poder expressar os seus sentimentos no próprio corpo, devendo, por isso, ser descodificados. Abordam, ainda, seis modelos que tentam explicar os comportamentos autolesivos sem intenção suicida. O modelo ambiental, em que o adolescente atribui aos fatores externos o importante papel do aparecimento dos comportamentos autolesivos. O modelo de regulação emocional, que enfatiza a forma como o adolescente expressa os seus sentimentos mais intensos. O modelo anti dissociativo, que tende a olhar para o comportamento autolesivos como uma forma de pôr termo a um estado de despersonalização, permitindo abandonar a sensação de irrealidade, e retomar a sua existência pela dor física que o faz sentir-se vivo. O modelo sexual, em que desempenham um papel de punição sexual. O modelo anti suicídio, em que os adolescentes realizam os comportamentos autolesivos, porém não procuram morrer. E, por fim, o modelo interpessoal, em que os comportamentos autolesivos são associados à tentativa do adolescente marcar os seus próprios limites, definindo assim o seu sentido de identidade.

Para Santos (2014, citado por Neves & Santos, 2016), os adolescentes utilizam os comportamentos autolesivos como uma resposta para conseguirem aliviar a dor

emocional, a tensão ou a ansiedade que sentem. Existe uma relação entre a história de comportamentos autolesivos e a depressão, a ansiedade, os baixos níveis de autoestima e os vários eventos stressantes em diferentes áreas da vida dos adolescentes. Os comportamentos autolesivos podem, assim, ser uma forma do adolescente conseguir escapar aos estados emocionais negativos, reduzindo ou eliminando temporariamente esses pensamentos. No entanto, a longo prazo aumentam os sentimentos de culpa e sentimentos negativos tornando-se ciclos viciosos (Xavier, 2016).

Os comportamentos autolesivos desempenham diversas funções, dependendo das próprias pessoas e da fase da vida em que se encontram, mas em diversas situações servem para os adolescentes conseguirem e poderem explicar os seus êxitos e os seus fracassos a vários níveis, com maior incidência no seu desempenho escolar (Guerreiro 2014; Leal & Coutinho, 2015).

Não se pode falar em comportamentos autolesivos sem os associar, imediatamente, ao risco de suicídio. Na bibliografia pesquisada, os comportamentos autolesivos são sempre um dos fatores mais associados ao suicídio. Segundo Guerreiro e Sampaio (2013) os comportamentos autolesivos são um alerta para que no futuro possa existir uma maior probabilidade de haver tentativas de suicídio, existindo, muitas vezes, uma subvalorização da relação entre estas duas variáveis.

Por existir uma relação direta entre os comportamentos autolesivos e o suicídio, é importante que os comportamentos autolesivos sejam um alvo de intervenção e de estudo de modo a prevenir consequências letais nesta faixa etária. Perante isto, não é de admirar que a prevenção seja considerada uma prioridade, tanto para a União Europeia, como para Portugal (Guerreiro & Sampaio, 2013).

Nas últimas décadas, os fatores de risco e os de proteção têm sido identificados cada vez com mais rigor, permitindo assim a melhoria nas estratégias de prevenção e na gestão dos problemas. Estes fatores de risco são atribuídos a circunstâncias, condições, ou acontecimentos de vida, doenças ou traços de personalidade que podem assim aumentar a probabilidade do indivíduo vir a efetivar comportamentos autolesivos, ou até mesmo cometer o suicídio. A identificação destes fatores é importante na prevenção dos comportamentos de risco/autolesivos e do suicídio, contribuindo assim para delinear e detetar a natureza do tipo de intervenção necessária (Guerreiro, 2014).

Segundo Xavier (2016), os comportamentos autolesivos são muitas vezes associados a experiências de abuso físico e sexual, ambientes de invalidação emocional e ambientes hostis provocados por pessoas próximas na sua infância. Para além da relação com os pais, a relação com o grupo de pares parece ser muito importante. Neste contexto, vários estudos apontam para o impacto negativo que o *bullying* e a vitimização

por partes do grupo de pares, podem levar a que alguns adolescentes tenham comportamentos autolesivos.

Segundo Guerreiro (2014), os fatores de risco com maior influência nos comportamentos autolesivos são: a idade (mais frequentes na adolescência), o género (o género feminino é mais propenso para os comportamentos autolesivos), a orientação sexual (homossexual ou bissexual), a profissão, a residência (em Portugal, são mais frequentes em zonas rurais, mas atualmente tem vindo a registar-se em maior números nos centros urbanos), populações emigrantes, o isolamento social (um dos principais fatores de risco), baixo nível socioeconómico, baixo nível educacional (o insucesso ou o próprio abandono escolar), contágio social (contacto direto ou indireto através de vários meios de comunicação), barreiras no acesso aos cuidados de saúde (financeiras, geográficas, entre outros), experiências adversas na infância, histórias de abuso físico ou sexual, doença mental parental, histórias familiares, algum tipo de perda, *bullying*, doenças físicas incapacitantes, comportamentos autolesivos prévios, doenças mentais, abusos ou dependências de substâncias, problemas comportamentais (impulsividade), agressividade (*bullying*), baixa autoestima, dependência, dificuldade na resolução de problemas, alta rigidez, desesperança, entre muitos mais. A confluência destes fatores de risco aumenta a probabilidade de acontecerem os comportamentos autolesivos (Guerreiro, 2014).

Podem ser fatores de proteção: a capacidade dos adolescentes na resolução de problemas e conflitos, a iniciativa ou pedido de ajuda, a noção de valor pessoal, a abertura para novas aprendizagens, as estratégias comunicacionais desenvolvidas, o empenho em projetos para a sua vida, o bom relacionamento com os familiares, a capacidade de suporte e apoios, as relações de confiança no contexto familiar, os cuidados parentais, o clima escolar positivo, a boa relação com o grupo de pares, estar empregado, a facilidade no acesso aos serviços de saúde, a boa articulação nos serviços da sociedade (serviços de saúde, instituições, serviços sociais e comunitários), os valores culturais, a pertença a uma religião, e muitos mais (Guerreiro, 2014). A existência de fatores de proteção permite a compreensão da razão pela qual alguns adolescentes em risco não incorrem em comportamentos de risco (Monteiro, 2011).

Existem três tipos de prevenção: a prevenção primária, em que o alvo são todos os jovens e o objetivo é modificar os fatores que predisponham o adolescente para os comportamentos autolesivos; a prevenção secundária, em que o alvo são os adolescentes com um elevado risco para os comportamentos autolesivos, com o objetivo de identificar e encaminhar estes jovens, promovendo a posterior modificação de fatores de vulnerabilidade; e a prevenção terciária, cujo alvo são jovens que já

apresentam comportamentos autolesivos e o objetivo é limitar a ocorrência o agravamento em termos de letalidade e frequência (Guerreiro, 2014).

O Educador Social deve intervir junto dos adolescentes, perante esta situação dos comportamentos autolesivos, já que se trata de uma temática tão adversa e preocupante. Deve intervir-se para informar e desmistificar esta crença errónea de que os comportamentos autolesivos são um escape viável para todos os problemas. É cada vez mais importante evidenciar que os Educadores Sociais tenham uma intervenção socioeducativa junto dos adolescentes, devendo ser feitas ações de sensibilização e de promoção de competências psicossociais a nível escolar que, no seio de uma equipa multidisciplinar promovam a integração de projetos educativos de cariz pedagógico (Cabral, 2015; Carvalho & Baptista, 2004).

PARTE II

ESTUDO EMPÍRICO

CAPÍTULO 1

Plano de Investigação

1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO

Esta investigação incide sobretudo na Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde e nos Comportamentos de Risco dos adolescentes. Como já foi referido anteriormente, a investigação sobre a Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde nas crianças e adolescentes tem vindo a crescer e com ela podem identificar-se grupos de adolescentes que se encontrem em risco. Porém, em Portugal, ainda existe uma grande lacuna referente a este tema. Posto isto, a escolha desta temática para a elaboração do estudo prendeu-se com o interesse e com a sensibilidade do tema em si, sendo bastante atual, principalmente com uma elevada frequência na fase da adolescência. Com este estudo pretende-se contribuir para o aumento de informação para que se encontrem os fatores de risco e, conseqüentemente, os fatores de proteção de forma a poder atuar-se através de programas de prevenção e intervenção junto dos adolescentes.

Nesta segunda parte irá ser abordada toda a metodologia utilizada para a realização deste estudo. Numa primeira fase irá ser explicada qual a questão inicial do mesmo, irão ser indicados quais os objetivos gerais e os objetivos específicos, de forma a poder ter-se uma compreensão melhor acerca deste estudo. Irão ser apresentados os participantes deste estudo e todos os instrumentos utilizados na recolha dos dados, sendo estes selecionados de forma adequada aos objetivos. Por fim, irão ser explicados os procedimentos, tanto os metodológicos como os estatísticos, para uma melhor análise dos dados recolhidos.

2. PROBLEMA DE INVESTIGAÇÃO E OBJETIVOS

Relativamente a toda a temática apresentada, o problema em estudo ou questão de partida é: “Existe uma relação entre a Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde (tomada na sua globalidade e nas suas várias dimensões) e os comportamentos de risco/autolesivos entre adolescentes?”. Para responder a esta questão teremos como objetivo principal deste estudo, num primeiro momento, caracterizar uma amostra de adolescentes no que concerne à Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde e aos

Comportamentos Autolesivos. Pretendendo-se ainda explorar as possíveis relações entre a Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde e os Comportamentos Autolesivos.

Neste sentido, foram delineados alguns objetivos específicos:

- Compreender a Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde numa amostra de adolescentes;
- Explorar a existência de comportamentos autolesivos numa amostra de adolescentes;
- Explorar as potenciais inter-relações entre a Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde (Saúde e Atividade Física; Sentimentos; Estado de Humor Geral; Sobre Ti Próprio; Tempo Livre; Família e Ambiente Familiar; Questões Económicas; Amigos; Ambiente Escolar e Aprendizagem; Provocações) e os Comportamentos Autolesivos;
- Analisar as diferenças de sexo no que concerne à Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde e aos comportamentos autolesivos;
- Explorar as potenciais inter-relações entre:
 - a Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde e o rendimento académico;
 - os comportamentos autolesivos e o rendimento académico;
 - a Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde e a idade;
 - os comportamentos autolesivos e a idade.

3. OPÇÕES METODOLÓGICAS

3.1. Tipo de Estudo

Como forma de procurar dar resposta à questão inicial da presente investigação e de ir ao encontro dos objetivos definidos, optou-se pela realização de um estudo quantitativo (que são considerados os de maior precisão e os mais indicados para se poderem planear ações coletivas, pois na sua generalidade as amostras representam com bastante fidelidade a população de onde foram retiradas) (Fontelles, Simões, Farias & Fontelles, 2009), experimental e transversal (pois foi realizado num espaço curto de tempo e num determinado momento).

3.2. Variáveis

Segundo Dias (2010, citado por Cabral, 2015) uma variável é uma dimensão que pode adotar um número infinito de valores que pode variar consoante as diferentes situações para os diversos objetivos e sujeitos. As variáveis permitem ainda agrupar, diferenciar, ordenar, distribuir e relacionar objetos, pessoas ou outros elementos da realidade.

Neste contexto, as variáveis a serem operacionalizadas neste estudo serão:

- Qualidade de Vida Relacionado com a Saúde (KIDSCREEN-52)
- Comportamentos Autolesivos (RTSHIA)
- Sexo (feminino versus masculino)
- Idade (≤ 14 anos versus > 14 anos)
- Rendimento Académico (Média das notas)

3.3. Participantes

Os participantes deste estudo pertencem a um concelho de uma região do centro-norte de Portugal. A amostra é constituída por 30 adolescentes com idades compreendidas entre os 12 e os 18 anos, estudantes do 7º ano até ao 12º ano, que frequentam 3 grupos de atividades extracurriculares: um grupo de futsal, um grupo de dança e um grupo de jovens de teor religioso. A técnica de amostragem utilizada neste estudo será não probabilística, por conveniência.

A amostra é constituída por um total de 30 adolescentes ($N=30$), entre eles 13 raparigas (43.3%) e 17 rapazes (56.7%), com idades compreendidas entre os 12 e os 18 anos, sendo a média de Idades de 14.10 e o desvio-padrão de 1.73. No que concerne às categorias etárias, 19 dos adolescentes têm idade igual ou inferior a 14, que dá uma percentagem de 63.3% e os restantes têm idades superiores a 14 anos com uma percentagem de 36.7% ($M=1.37$, $DP= .49$) (Tabela 1)

Na amostra de adolescentes, 27 (90%), responderam que vivem com ambos os pais, a chamada família tradicional, e apenas 3 adolescentes (10%) vivem apenas com um dos pais. Mais de metade dos adolescentes da amostra assinalaram que têm apenas um irmão, com uma percentagem de 66.7% (Tabela 1)

No que diz respeito às habilitações académicas dos progenitores, constata-se que são os pais que apresentam a escolaridade mais baixa, em que 46.7% concluíram

o ensino básico, 30% fizeram o ensino secundário e apenas 16.7% chegaram ao ensino superior. Relativamente às mães, 8 delas, numa percentagem de 26.7% concluiu o ensino básico, a mesma percentagem concluiu o secundário e 40% chegaram ao ensino superior (Tabela 1).

Tabela 1
Caracterização Sociodemográfica da Amostra (Frequências Absolutas e Percentagens)

Variáveis	Categoria	Frequências	Percentagem (%)
Sexo	Raparigas	13	43.3
	Rapazes	17	56.7
Idade	≤14	19	63.3
	>14	11	36.7
Ano Escolar	7º ano	9	30.0
	8º ano	3	10.0
	9º ano	7	23.3
	10º ano	6	20.0
	11º ano	5	16.7
Com Quem Vives?	Família Tradicional	27	90.0
	Família Monoparental	3	10.0
Irmãos	0	7	23.3
	1	20	66.7
	2 ou +	3	10.0
Habilitações Pai	Ensino Básico	14	46.7
	Ensino Secundário	9	30.0
	Ensino Superior	5	16.7
Habilitações Mãe	Ensino Básico	8	26.7
	Ensino Secundário	12	26.7
	Ensino Superior	13	40.0

As disciplinas usadas para a aferir a média das notas foram: Português, Matemática, Educação Física e Línguas. Para uma maior facilidade na análise das mesmas, as referentes às do 3º ciclo foram transformadas numa escala de 0 a 20 utilizando uma regra de três simples. Estes adolescentes podem ser considerados alunos com bons resultados escolares, uma vez que a média das notas obtida é de 15 valores. Sobre as notas em relação ao sexo podemos constatar que são as raparigas que apresentam a melhor média, sendo de 16.12 valores, enquanto a média dos rapazes é de 14.76 valores (Tabela 2).

Tabela 2

Média das Notas e Notas por Sexo

Variáveis	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Notas	15.35	2.75	10	20
Feminino	16.12	2.11	13	20
Masculino	14.76	3.09	10	10

3.4. Instrumentos de Recolha de Dados

3.4.1. Questionário Sociodemográfico

Foi elaborado um questionário sociodemográfico, de modo a poder caracterizar-se os participantes no que concerne à escolaridade, à média das notas, à vida familiar, aos irmãos, à idade, às habilitações e às profissões dos pais, perguntas essenciais para corresponder aos objetivos deste estudo.

3.4.2. KIDSCREEN-52

O projeto de “Proteção e Promoção da Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde em Crianças e Adolescentes numa perspetiva Europeia de Saúde Pública”, usualmente designado por KIDSCREEN foi criado pelo “*The KIDSCREEN Groupe*” e foi traduzido e adaptado para português pela equipa da Aventura Social, coordenada por duas técnicas especialistas na área da psicologia da saúde e saúde pública (Gaspar & Matos, 2008).

Tal como referem Gaspar e Matos (2008, p. 40) “O KIDSCREEN-52 é um instrumento genérico, que pode ser utilizado para medição, monitorização e avaliação”. Este instrumento pode ser aplicado em vários contextos e por diversos profissionais, sendo aplicado a crianças e adolescentes dos 8 aos 18 anos de idade, é um questionário de autopreenchimento com tempo que ronda os 10 a 15 minutos, sendo composto por 52 questões que se encontram divididas por 10 dimensões. Todas as questões podem ser respondidas numa escala tipo *Likert* com cinco pontos (Guedes & Guedes, 2011).

Segundo Gaspar e Matos (2008) foram estabelecidas dez dimensões para o instrumento, a saber:

1. Saúde e Atividade Física (5 itens): Avalia a capacidade que a criança/adolescente tem em praticar atividade física tanto em casa como na escola. Refere-se à capacidade que elas têm de brincar energeticamente. Uma pontuação baixa implica que se sinta exausto fisicamente. Uma pontuação alta implica que revele uma boa forma física e uma vida saudável.
2. Sentimentos (6 itens): Avalia o bem-estar psicológico da criança/adolescente; se esta tem experiência de sentimentos positivos e a sua opinião sobre a satisfação com a sua própria vida. Uma pontuação baixa indica insatisfação com a sua vida. Uma pontuação elevada indica uma satisfação com a sua vida.
3. Estado de Humor Geral (7 itens): Avalia os sentimentos e as emoções depressivas e stressantes e como as crianças/adolescentes percebem esses sentimentos. Uma pontuação baixa indica sentimentos negativos. Uma pontuação elevada indica que se sente bem e de bom humor.
4. Sobre Ti Próprio (4 itens): Avalia a percepção que a criança/adolescente tem de si próprio, como se sente com a sua aparência corporal. Uma pontuação baixa indica que se sente insatisfeito consigo próprio, baixa autoestima. Uma pontuação elevada indica que se sente satisfeito consigo próprio e tem uma boa autoestima.
5. Tempo Livre (5 itens): Avalia a oportunidade que é dada à criança/adolescente para gerir o seu tempo livre, o seu nível de autonomia e a sua liberdade de escolha. Uma pontuação baixa implica que se sente restringido e dependente. Uma pontuação elevada indica que se sente livre para decidir e se sente autónomo.
6. Família e Ambiente Familiar (6 itens): Avalia a relação da criança/adolescente com os pais e o ambiente em casa, explora as suas interações. Uma pontuação baixa indica que se sente sozinho e negligenciado. Uma pontuação elevada indica que se sente compreendido e bem cuidado.
7. Questões Económicas (3 itens): Avalia a qualidade dos recursos financeiros que a criança/adolescente tem ao seu dispor. Uma pontuação baixa indica que estes estão a restringir o seu estilo de vida. Uma pontuação elevada indica que se sente satisfeito com os seus recursos financeiros.
8. Amigos (6 itens): Avalia a relações sociais que a criança/adolescente tem com o seu grupo de pares e qual a natureza dessa relação. Uma pontuação baixa indica que se sente excluído e desapoiado pelo grupo de pares. Uma pontuação elevada indica que se sente aceite e apoiado pelo grupo de pares.
9. Ambiente Escolar e Aprendizagem (6 itens): Avalia a percepção que a criança/adolescente tem acerca da sua capacidade cognitiva, da sua aprendizagem e da sua concentração. Avalia ainda a percepção sobre a escola e professores. Uma

pontuação baixa indica que tem sentimentos negativos acerca da escola. Uma pontuação alta indica que está satisfeito com todo o ambiente escolar.

10. Provocações (3 itens): Avalia os sentimentos de rejeição pelos pares na escola, *bullying*. Uma pontuação baixa indica que se sente atormentado e rejeitado pelo grupo de pares. Uma pontuação elevada indica que se sente respeitado e aceite pelos grupos de pares.

A fiabilidade do KIDSCREEN-52 foi avaliada pela análise da sua consistência interna. Neste contexto, os valores do *Alpha de Cronbach* encontrados neste estudo aproximam-se daqueles referidos por Gaspar e Matos (2008) e por Jacoto (2014), Saúde e Atividade Física (.87), Sentimentos (.89), Estado de Humor em Geral (.85), Tempo Livre (.85), Família e Ambiente Familiar (.91), Amigos (.86), Ambiente Escolar e Aprendizagem (.93) e, por último, as Provocações (.84). Se considerarmos que o valor de α de *Cronbach* $> .7$ traduz uma boa consistência interna (Pallant, 2005), poderemos referir que à exceção das dimensões Sobre Ti Próprio e Questões Económicas (com valores $\alpha < .07$), todas as outras dimensões apresentam uma boa consistência interna.

3.4.3. RTSHIA

O RTSHIA (*The Risk-Taking and Self-Harm Inventory for Adolescents*) foi construído por Vrouva, Fonagy, Fearon e Rousow (2010) sendo traduzido e adaptado para português, Inventário de Comportamentos de Risco e Auto-Dano para Adolescentes, por Xavier, Pinto-Gouveia e Cunha (2011, citado por Nunes, 2012).

O Inventário de Comportamentos de Risco e Auto-Dano para Adolescentes é um questionário que avalia comportamentos de risco e de auto-dano em adolescentes. É constituído por 34 itens de autorresposta dividido em duas dimensões, a primeira sobre os Comportamentos de Risco (RT – *Risk-Taking*) e a segunda dimensão sobre os Comportamentos Autolesivos (SH – *Self-Harm*). Todas as questões podem ser respondidas numa escala tipo *Likert* com quatro pontos (0- Nunca, 1- Uma Vez, 2- Mais de Uma Vez, 3- Muitas Vezes) à exceção do item 22 que apenas tem dois pontos e um subponto onde o adolescente tem de explicar melhor a sua resposta. Os itens relativos à dimensão da RT são da pergunta 1 até à 12, com exceção aos itens 1 e 4. A dimensão do SH são os restantes itens, com exceção aos itens 21, 22, 23, 24 e 26 (Xavier, 2016).

No que se refere ao RTSHIA, encontrou-se um *Alpha de Cronbach* inferior a .7 para a dimensão RT (Comportamentos de Risco) e de .89 para a dimensão SH

(Comportamentos Autolesivos), ao passo que Xavier (2016) obteve valores de .79 para os Comportamentos de Risco e .89 para os Comportamentos Autolesivos. Comparando os valores deste estudo com o da autora Xavier (2016) Verifica-se, neste estudo, um Alpha de Cronbach baixo para a dimensão RT, o que naturalmente, limita a interpretação dos resultados. Ainda assim, atendendo a que à pequena dimensão da amostra do estudo, à sua natureza exploratória e, ao facto da dimensão SH ser a mais relevante na interpretação dos resultados, foram considerados os resultados das duas dimensões.

3.5. Procedimentos e Técnicas de Análise de Dados

3.5.1. Procedimentos

Tomando como base a pesquisa bibliográfica sobre as temáticas da QVRS e dos comportamentos autolesivos, seleccionaram-se os instrumentos KIDSCREEN-52 e o RTSHIA para a utilização dos quais foram obtidas as devidas autorizações junto das autoras a Professora Doutora Margarida Gaspar de Matos e a Professora Doutora Tânia Gaspar (Anexo B) e à autora da RTSHIA, a Doutora Ana Xavier (Anexo C).

Foi, ainda, elaborado um questionário sociodemográfico (Anexo A) que permitisse caracterizar os participantes no que concerne à vida académica e à vida familiar.

Contactaram-se os diretores das entidades, do Clube de Futsal (Anexo D), do Grupo de Dança (Anexo E) e do Grupo de Jovens (Anexo F), no sentido de serem informados dos propósitos e dos procedimentos da investigação, assim como dos limites de confidencialidade. Foi também dada a oportunidade de se elucidarem quaisquer dúvidas que quisessem ver esclarecidas. Após a obtenção da autorização escrita dos diretores, contactaram-se os participantes para, mediante consentimento informado, (Anexo G e H), do adolescente e do respetivo representante legal, depois de lhes explicar a participação facultativa e confidencial no estudo, os objetivos e procedimentos do mesmo, lhes solicitar a participação no estudo.

Depois de obtidas todas as autorizações, foram aplicados os instrumentos de recolha de dados acima referidos.

3.5.2. Técnicas de Análise de Dados

Utilizou-se o *software IBM SPSS Statistic 24 (Statistical Package for the Social Sciences)* para a análise estatística dos dados, pois é um *software* onde se pode manipular, analisar e seguidamente apresentar resultados de análises de dados (Maroco, 2014).

Tendo em consideração a não verificação dos pressupostos de normalidade, recorreu-se aos seguintes testes:

- À Correlação de Spearman, para avaliar a relação entre a QVRS (Saúde e Atividade Física; Sentimentos; Estado de Humor Geral; Sobre Ti Próprio; Tempo Livre; Família e Ambiente Familiar; Questões Económicas; Amigos; Ambiente Escolar e Aprendizagem; Provocações) e os comportamentos autolesivos; a QVRS (Saúde e Atividade Física; Sentimentos; Estado de Humor Geral; Sobre Ti Próprio; Tempo Livre; Família e Ambiente Familiar; Questões Económicas; Amigos; Ambiente Escolar e Aprendizagem; Provocações) e a média das notas; os comportamentos autolesivos e as médias das notas.
- Ao Test *U* Mann-Whitney para avaliar as diferenças de género, no que respeita à QVRS e aos comportamentos autolesivos.

CAPÍTULO 2

Apresentação e Discussão dos Resultados

Este capítulo tem como finalidade a apresentação e análise dos resultados das análises efetuadas, tendo como referência o problema e objetivos orientadores e o quadro teórico do estudo. Para o efeito, o capítulo foi organizado em três partes. Numa primeira fase, serão apresentadas análises do Questionário sociodemográfico, do KIDSCREEN-52 e do RTSHIA. Seguir-se-á a apresentação dos resultados inferenciais. Posteriormente será feita a discussão dos resultados, tendo como referência os objetivos delineados e o quadro teórico que sustenta a investigação.

1. Análises Descritivas

1.1. Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde (KIDSCREEN-52)

No que diz respeito ao KIDSCREEN-52, tal como se pode ver na Tabela 3, a dimensão Questões Económicas apresenta valores médios mais baixos, com uma média de 13.95 (DP=1.62), seguida da dimensão Provocações, com média de 14.43 (DP=1.45). Os valores mais elevados situam-se nas dimensões Estado de Humor Geral, com média de 29.67 (DP=4.78), e na dimensão Família e Ambiente Familiar, com média de 26.53 (DP=4.46).

Tabela 3
Resultados descritivos do KIDSCREEN-52

Variável	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Saúde e Atividade Física	20.33	3.98	12	25
Sentimentos	25.90	3.97	14	30
Estado de Humor Geral	29.67	4.78	16	35
Sobre Ti Próprio	20.83	2.88	13	25
Tempo Livre	22.00	3.60	13	25
Família e Ambiente Familiar	26.53	4.32	15	30
Questões Económicas	13.93	1.62	8	15
Amigos (as)	26.20	4.46	12	30
Ambiente Escolar e Aprendizagem	22.60	5.88	6	30
Provocações	14.43	1.45	10	15

1.2. Comportamentos de Risco (RTSHIA)

Relativamente ao questionário RTSHIA pode constatar-se que na dimensão de RT (referente aos Comportamentos de Risco) a média é de 1.93 (DP=2.30) e na dimensão SH (referentes aos Comportamentos Autolesivos) com valores médios de 2.07 (DP=6.02). Estes resultados são inferiores aos do estudo de Xavier (2016), onde a média da dimensão do RT foi de 3.87 e da dimensão SH foi de 3.45 (Tabela 4).

Tabela 4
Resultados descritivos do RTSHIA

Variável	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
RTSHIA – RT	1.93	2.30	0	10
RTSHIA – SH	2.07	6.02	0	32

2. ANÁLISES INFERENCIAIS

Neste trabalho de investigação, atendendo ao não cumprimento integral dos pressupostos da normalidade, apenas serão utilizados os testes não paramétricos: *U* de Mann-Whitney e correlação de Spearman.

2.1. Sexo com a, QVRS (KIDSCREEN-52) e os Comportamentos de Risco (RTSHIA)

2.1.1. Sexo e a QVRS

No que respeita à Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde o resultado da dimensão de Saúde e Atividade Física ($U=182.5$; $\alpha=.002$) verificam-se diferenças estatisticamente significativas ($\alpha<.05$) (Tabela 5), com os adolescentes do sexo Masculino a pontuarem mais alto ($M=22.41$; $DP=2.29$), em relação ao sexo Feminino ($M=17.62$; $DP=4.13$). Já no que respeita aos resultados das demais dimensões, parecem não diferir de forma estatisticamente significativa entre o sexo masculino e feminino para as dimensões dos Sentimentos ($U=136.5$; $\alpha=.272$), do Estado de Humor em Geral ($U=117.0$; $\alpha=.785$), Sobre Ti Próprio ($U=145.0$; $\alpha=.143$), Tempo Livre ($U=147.0$; $\alpha=.116$), Família e Ambiente Familiar ($U=119.0$; $\alpha=.713$), Questões Económicas ($U=118.5$; $\alpha=.710$), Amigos ($U=143.0$; $\alpha=.165$), Ambiente Escolar e Aprendizagem ($U=107.5$; $\alpha=.900$) e Provocações ($U=122.5$; $\alpha=.439$) (Tabela 6).

Tabela 5

Teste U de Mann-Whitney do KIDSCREEN-52, em função do sexo

Variáveis	U de Mann-Whitney	Wilcoxon W	α
Saúde e Atividade Física	182.5	335.5	.002
Sentimentos	136.5	289.5	.272
Estado de Humor Geral	117.0	270.0	.785
Sobre Ti Próprio	145.0	145.0	.143
Tempo Livre	147.0	300.0	.116
Família e Ambiente Familiar	119.0	272.0	.713
Questões Económicas	118.5	271.5	.710
Amigos (as)	143.0	296.0	.165
Ambiente Escolar e Aprendizagem	107.5	260.5	.900
Provocações	122.5	275.5	.439

Tabela 6

Sexo e a QVRS

	Feminino				Masculino			
	M	DP	Min.	Máx.	M	DP	Min.	Máx.
Saúde e Atividade Física	17.62	4.13	12	25	22.41	2.29	17	25
Sentimentos	24.69	4.84	14	30	26.82	2.98	19	30
Estado de Humor em Geral	29.38	5.04	20	35	29.88	4.72	16	35
Sobre Ti Próprio	19.92	3.38	13	25	21.53	2.29	17	25
Tempo Livre	20.69	4.40	13	25	23.00	2.55	18	25
Família e Ambiente Familiar	26.15	4.54	18	30	26.82	4.26	15	30
Questões Económicas	13.92	1.32	12	15	13.94	1.85	8	15
Amigos (as)	24.38	5.77	12	30	27.59	2.53	23	30
Ambiente Escolar e Aprendizagem	22.38	6.69	10	30	22.76	5.39	6	30
Provocações	14.23	1.69	10	15	14.59	1.28	10	15

2.1.2. Sexo e os Comportamentos de Risco

No que respeita aos Comportamentos de Risco, em que o RT ($U=126.0$; $\alpha=.502$) e o SH ($U=78.0$; $\alpha=.114$), também não se verificam diferenças estatisticamente significativas (Tabela 7). Todavia, se observarmos a Tabela 8, podemos perceber que o sexo Masculino tem valores mais altos nos Comportamentos de Risco, enquanto que o sexo Feminino tem valores médios mais elevados nos Comportamentos Autolesivos.

Tabela 7

Teste U de Mann-Whitney do RTSHIA, em função do Sexo

Variáveis	U de Mann-Whitney	Wilcoxon W	α
RTSHIA – RT	126.0	279.0	.502
RTSHIA – SH	78.0	231.0	.114

Tabela 8

Sexo e os Comportamentos de Risco

	Feminino				Masculino			
	M	DP	Min.	Máx.	M	DP	Min.	Máx.
RTSHIA – RT	1.845	2.76	0	10	2.00	1.97	0	7
RTSHIA – SH	3.46	8.69	0	32	1.00	2.47	0	8

2.2. Idade e a, QVRS (KIDSCREEN-52) e os Comportamentos de Risco (RTSHIA)

2.2.1. Idade e a QVRS

A Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde apresenta diferenças estatisticamente significativas relativas à Idade, apenas numa das dimensões, Sobre Ti Próprio ($U=55.0$; $\alpha=.031$), onde quem pontua mais alto são os mais novos ($M=21.79$; $DP=2.59$) em relação aos mais velhos que pontuam mais baixo ($M=19.18$; $DP=2.68$). Em contraponto, nas dimensões de Saúde e Atividade Física ($U=97.0$; $\alpha=.745$), Sentimentos ($U=100.0$; $\alpha=.845$), Estado de Humor em Geral ($U=81.5$; $\alpha=.320$), Tempo Livre ($U=94.0$; $\alpha=.642$), Família e Ambiente Familiar ($U=86.0$; $\alpha=.410$), Questões Económicas ($U=94.5$; $\alpha=.633$), Amigos ($U=78.0$; $\alpha=.244$), Ambiente Escolar e Aprendizagem ($U=88.0$; $\alpha=.476$) e nas Provocações ($U=87.5$; $\alpha=.260$), não existem diferenças entre os mais novos e os mais velhos. Porém ao olharmos as estatísticas descritivas podemos perceber que os adolescentes mais novos pontuam ligeiramente mais acima do que os mais novos no que concerne à Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde, enquanto que relativamente aos Comportamentos de Risco os mais velhos pontuam mais alto (Tabelas 9 e 10).

Tabela 9

Teste U de Mann-Whitney do KIDSCREEN-52, em função da Idade

Variáveis	U de Mann-Whitney	Wilcoxon W	α
Saúde e Atividade Física	97.0	163.0	.745
Sentimentos	100.0	166.0	.845
Estado de Humor Geral	81.5	147.5	.320
Sobre Ti Próprio	55.0	121.0	.031
Tempo Livre	94.0	160.0	.642
Família e Ambiente Familiar	86.0	152.0	.410
Questões Económicas	94.5	160.5	.633
Amigos (as)	78.0	144.0	.244
Ambiente Escolar e Aprendizagem	88.0	154.0	.476
Provocações	87.5	153.5	.260

Tabela 10

Idade e a QVRS

	Mais Novos				Mais Velhos			
	M	DP	Min.	Máx.	M	DP	Min.	Máx.
Saúde e Atividade Física	20.47	4.19	12	25	20.09	3.75	12	25
Sentimentos	26.00	3.73	18	30	25.72	4.54	14	30
Estado de Humor em Geral	30.21	4.96	16	35	28.73	4.52	20	35
Sobre Ti Próprio	21.79	2.59	17	25	19.18	2.68	13	22
Tempo Livre	22.32	3.40	14	25	21.45	4.03	13	25
Família e Ambiente Familiar	26.63	4.94	15	30	26.36	3.20	21	30
Questões Económicas	14.16	1.17	12	15	13.55	2.21	8	15
Amigos (as)	27.00	3.90	17	30	24.82	5.19	12	30
Ambiente Escolar e Aprendizagem	23.53	5.10	10	30	21.00	7.00	6	10
Provocações	14.63	1.21	10	15	14.09	1.81	10	15

2.2.2. Idade e os Comportamentos de Risco

Em relação aos Comportamentos de Risco – RT ($U=137.0$; $\alpha=.148$) e aos Comportamentos Autolesivos – SH ($U=119.5$; $\alpha=.454$) não se encontraram diferenças significativas entre os mais novos e os mais velhos (Tabela 11), mas se olharmos para as médias podemos concluir que são os mais velhos que apresentam as médias mais elevadas (Tabela 12).

Tabela 11

Teste U de Mann-Whitney do RTSHIA, em função da Idade

Variáveis	U de Mann-Whitney	Wilcoxon W	α
RTSHIA – RT	137.0	203.0	.148
RTSHIA – SH	119.5	185.5	.454

Tabela 12

Idade e os Comportamentos de Risco

	Mais Novos				Mais Velhos			
	M	DP	Min.	Máx.	M	DP	Min.	Máx.
RTSHIA – RT	1.53	1.95	0	7	2.64	2.77	0	10
RTSHIA – SH	1.16	2.43	0	8	3.64	9.49	0	32

2.3. Relação entre o Rendimento Académico e a QVRS (KIDSCREEN-52) e os Comportamentos de Risco (RTSHIA)

2.3.1. Relação entre o Rendimento Académico e a QVRS

Na tabela 13 são apresentados os resultados da relação entre o Rendimento Académico e a Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde. Podemos verificar que existe uma correlação positiva e significativa entre o Rendimento Académico e a dimensão dos Sentimentos ($\rho=.426$, $\alpha=.019$). Para todas as outras dimensões a correlação não é significativa. Assim, quanto mais jovens pontuam na dimensão dos Sentimentos, mais tendem a ter um rendimento académico mais elevado e vice-versa. Podemos ainda perceber que existe uma correlação positiva e significativa entre o Rendimento Académico e as dimensões Família e Ambiente Familiar ($\rho=.431$, $\alpha=.017$) e a dimensão Ambiente Escolar e Aprendizagem ($\rho=.524$, $\alpha=.003$). Assim, quanto mais os jovens pontuam nas dimensões Família e Ambiente Familiar e Ambiente escolar e Aprendizagem, mais tendem a ter um rendimento académico elevado e vice-versa (Tabela 13).

Tabela 13

Correlação de Spearman (ρ) do Rendimento Académico com o KIDSCREEN-52

Variável		Rendimento Académico	Saúde e Atividade Física	Sentimentos	Estado Humor Geral	Sobre Ti Próprio	Tempo Livre	Família e Ambiente Familiar	Questões Económicas	Amigos	Ambiente Escolar e Aprendizagem	Provocações
Rendimento Académico	r	1.000	.104	.426*	.252	.182	-.103	.431*	.249	-.008	.524**	.020
	α	.	.586	.019	.180	.336	.588	.017	.185	.966	.003	.915
Saúde e Atividade Física	r	.104	1.000	.530**	.312	.330	.477**	.345	.337	.428*	.269	.027
	α	.586	.	.003	.094	.075	.008	.062	.068	.018	.150	.887
Sentimentos	r	.426*	.530**	1.000	.713**	.513**	.419*	.723**	.381*	.560**	.679**	.096
	α	.019	.003	.	.000	.004	.021	.000	.038	.001	.000	.615
Estado Humor em Geral	r	.252	.312	.713**	1.000	.650**	.542**	.678**	.350	.743**	.660**	.228
	α	.180	.094	.000	.	.000	.002	.000	.058	.000	.000	.226
Sobre Ti Próprio	r	.182	.330	.513**	.650**	1.000	.430*	.575**	.288	.498**	.491**	.592**
	α	.336	.075	.004	.000	.	.018	.001	.122	.005	.006	.001
Tempo Livre	r	-.103	.477**	.419*	.542**	.430*	1.000	.368*	.178	.550**	.384*	-.018
	α	.588	.008	.021	.002	.018	.	.045	.348	.002	.036	.923
Família e Ambiente Familiar	r	.431*	.345	.723**	.678**	.575**	.368*	1.000	.420*	.597**	.686**	.358
	α	.017	.062	.000	.000	.001	.045	.	.021	.001	.000	.052
Questões Económicas	r	.249	.337	.381*	.350	.288	.178	.420*	1.000	.161	.332	.105
	α	.185	.068	.038	.058	.122	.348	.021	.	.396	.073	.581
Amigos (as)	r	-.008	.428*	.560**	.743**	.498**	.550**	.597**	.161	1.000	.585**	.241
	α	.966	.018	.001	.000	.005	.002	.001	.396	.	.001	.199
Ambiente Escolar e Aprendizagem	r	.524**	.269	.679**	.660**	.491**	.384*	.686**	.332	.585**	1.000	.139
	α	.003	.150	.000	.000	.006	.036	.000	.073	.001	.	.463
Provocações	r	.020	.027	.096	.228	.592**	-.018	.358	.105	.241	.139	1.000
	α	.915	.887	.615	.226	.001	.923	.052	.581	.199	.463	.

Nota: * $\alpha < 0.05$; ** $\alpha < 0.01$

2.3.2. – Relação entre o Rendimento Acadêmico e os Comportamentos de Risco

No que respeita ao Rendimento Acadêmico em relação com os Comportamentos de Risco (Tabela 14) podemos observar que a dimensão RT ($\rho=-.502$, $\alpha=.005$) tem uma correlação negativa estatisticamente significativa com o Rendimento Acadêmico. Já para a dimensão SH ($\rho=-.080$, $\alpha=.676$) existe uma correlação negativa, mas não significativa do ponto de vista estatístico.

Tabela 14
Correlação de Spearman (ρ) do Rendimento Acadêmico com o RTSHIA

Variável		Rendimento Acadêmico	RTSHIA RT	RTSHIA SH
Rendimento Acadêmico	r	1,000	-,502**	-,080
	α	.	,005	,676
RTSHIA.RT	r	-,502**	1,000	,517**
	α	,005	.	,003
RTSHIA.SH	r	-,080	,517**	1,000
	α	,676	,003	.

Nota: * $\alpha<0.05$; ** $\alpha<0.01$

2.4. Relação entre a QVRS (KIDSCREEN-52) e os Comportamentos de Risco (RTSHIA)

Na Tabela 15 podemos observar que existem correlações negativas estatisticamente significativas entre o SH (*self-harm* – RTSHIA) e as dimensões dos Sentimentos ($\rho=-.524$, $\alpha=.003$), Estado de Humor Geral ($\rho=-.619$, $\alpha=.000$), Sobre Ti Próprio ($\rho=-.641$, $\alpha=.000$), Família e Ambiente Familiar ($\rho=-.687$, $\alpha=.000$), Ambiente Escolar e Aprendizagem ($\rho=-.549$, $\alpha=.002$), e Provocações ($\rho=-.577$, $\alpha=.001$). Existem correlações negativas entre a dimensão RT e o Ambiente Escolar e Aprendizagem ($\rho=-.537$, $\alpha=.002$) e as Provocações ($\rho=-.483$, $\alpha=.007$).

Tabela 15

Correlação de Spearman entre o KIDSCREEN-52 com o RTSHIA

Variáveis		Saúde e Atividade Física	Sentimentos	Estado de Humor Geral	Sobre Ti Próprio	Tempo Livre	Família e Ambiente Familiar	Questões Económicas	Amigos	Ambiente Escolar e Aprendizagem	Provocações	RTSHIA RT	RTSHIA SH
Saúde e Atividade Física	r	1.000	.530**	.312	.330	.477**	.345	.337	.428*	.269	.027	-.021	-.237
	α	.	.003	.094	.075	.008	.062	.068	.018	.150	.887	.912	.207
Sentimentos	r	.530**	1.000	.713**	.513**	.419*	.723**	.381*	.560**	.679**	.096	-.232	-.524**
	α	.003	.	.000	.004	.021	.000	.038	.001	.000	.615	.218	.003
Estado de Humor Geral	r	.312	.713**	1.000	.650**	.542**	.678**	.350	.743**	.660**	.228	-.219	-.619**
	α	.094	.000	.	.000	.002	.000	.058	.000	.000	.226	.244	.000
Sobre Ti Próprio	r	.330	.513**	.650**	1.000	.430*	.575**	.288	.498**	.491**	.592**	-.318	-.641**
	α	.075	.004	.000	.	.018	.001	.122	.005	.006	.001	.086	.000
Tempo Livre	r	.477**	.419*	.542**	.430*	1.000	.368*	.178	.550**	.384*	-.018	.095	-.355
	α	.008	.021	.002	.018	.	.045	.348	.002	.036	.923	.619	.054
Família e Ambiente Familiar	r	.345	.723**	.678**	.575**	.368*	1.000	.420*	.597**	.686**	.358	-.407*	-.687**
	α	.062	.000	.000	.001	.045	.	.021	.001	.000	.052	.026	.000
Questões Económicas	r	.337	.381*	.350	.288	.178	.420*	1.000	.161	.332	.105	-.237	-.096
	α	.068	.038	.058	.122	.348	.021	.	.396	.073	.581	.207	.612
Amigos (as)	r	.428*	.560**	.743**	.498**	.550**	.597**	.161	1.000	.585**	.241	-.162	-.596**
	α	.018	.001	.000	.005	.002	.001	.396	.	.001	.199	.394	.001
Ambiente Escolar e Aprendizagem	r	.269	.679**	.660**	.491**	.384*	.686**	.332	.585**	1.000	.139	-.537**	-.549**
	α	.150	.000	.000	.006	.036	.000	.073	.001	.	.463	.002	.002
Provocações	r	.027	.096	.228	.592**	-.018	.358	.105	.241	.139	1.000	-.483**	-.577**
	α	.887	.615	.226	.001	.923	.052	.581	.199	.463	.	.007	.001
RTSHIA RT	r	-.021	-.232	-.219	-.318	.095	-.407*	-.237	-.162	-.537**	-.483**	1.000	.517**
	α	.912	.218	.244	.086	.619	.026	.207	.394	.002	.007	.	.003
RTSHIA SH	r	-.237	-.524**	-.619**	-.641**	-.355	-.687**	-.096	-.596**	-.549**	-.577**	.517**	1.000
	α	.207	.003	.000	.000	.054	.000	.612	.001	.002	.001	.003	.

Nota: * α<0.05; ** α<0.01

3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Na discussão dos resultados deste estudo irão ser apresentados os resultados e será realizada uma análise crítica dos mesmos, tomando por base o enquadramento teórico.

Considerando que o objetivo principal deste estudo é perceber qual a relação existente entre a Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde, nas suas várias dimensões, (Saúde e Atividade Física; Sentimentos; Estado de Humor no Geral; Sobre Ti Próprio; Tempo Livre; Família e Ambiente Familiar; Questões Económicas; Amigos (as); Ambiente Escolar e Aprendizagem; e Provocações) apresentadas no KIDSCREEN-52 e os Comportamentos de Risco dos adolescentes avaliados através do RTSHIA e nas suas dimensões de Comportamentos de Risco (RT) e de Comportamentos Autolesivos (SH), foram criados os objetivos específicos para tentar perceber qual a perceção da sua própria qualidade de vida relacionada com a saúde e os comportamentos de risco explorando também as inter-relações entre as diferentes dimensões dos dois instrumentos, correlacionando ainda com as informações relativas ao questionário sociodemográfico.

No que diz respeito à Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde os resultados foram ao encontro dos de Jacoto (2014) e Gaspar e Matos (2008). As dimensões em que os adolescentes pontuam mais alto, são: os Sentimentos, isto é: os adolescentes em estudo sentem-se bastantes satisfeitos com a sua própria vida; o Estado de Humor em Geral: os adolescentes não deixam que os sentimentos e emoções depressivas e stressantes abalem os seus sentimentos positivos sobre o seu humor; a Família e Ambiente Familiar: as interações que têm com os seus pais e com o ambiente familiar são bem compreendidas e cuidadas perante os adolescentes e os Amigos: os adolescentes têm uma relação saudável a nível social com o seu grupo de pares, sentindo o seu apoio. Por outro lado, as dimensões com pontuação mais baixa, em que os adolescentes não se sentem tão bem são as Questões Económicas, em que os adolescentes sentem que as suas condições económicas estão a restringir em parte o seu estilo de vida, e as Provocações, em que se verifica uma rejeição por parte do grupo de pares ou poderão sofrer de *bullying* sentindo-se atormentado por isso (Gaspar & Matos, 2008).

A avaliação de todas as dimensões da Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde pode permitir a identificação de adolescentes em risco (Abreu, Marques, Martins, Fernandes & Gomes, 2016). Alguns fatores de risco com maior influência nos comportamentos de risco/autolesivos são: a idade, o sexo, as baixas performances académicas, o baixo nível socioeconómico e *bullying*, alguns dos quais vão ser referidos

de seguida. Estes fatores de risco aumentam a probabilidade de acontecerem comportamentos autolesivos (Guerreiro, 2014).

Ao contrário dos resultados relativos à Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde, os Comportamentos de Risco não vão ao encontro dos resultados de Xavier (2016), afigurando-se mais baixos no presente estudo do que daquela autora para ambas as dimensões.

Como se pode perceber os resultados são bastante diferentes, as médias de Xavier (2016) são mais elevadas tal pode ser devido ao facto da amostra de Xavier (N=868) ser substancialmente maior do que o da amostra em estudo (N=30).

Relativamente à comparação da Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde em função do Sexo os resultados mostraram que só apenas numa das dimensões do KIDSCREEN-52 é que existiam diferenças estatisticamente significativas, especificamente na dimensão de Saúde e Atividade Física ($U=182.0$; $\alpha=.002$), em que é no sexo Masculino que apresentam a média mais elevada ($M=22.41$; $DP=2.29$) do que no sexo Feminino ($M=17.62$; $DP=4.13$). No que respeita aos resultados das demais dimensões, parecem não diferir de forma estatisticamente significativa entre os sexos. Porém em todas as dimensões do KIDSCREEN-52, os adolescentes do sexo Masculino apresentam médias mais elevadas do que as apresentadas pelo sexo Feminino. Estes resultados diferem daqueles encontrados por Gaspar e Matos (2008), pois as autoras encontraram algumas diferenças significativas entre os sexos, nomeadamente nas dimensões Saúde e Atividade Física, Sentimentos, Estado de Humor em Geral, Sobre Ti Próprio, Tempo Livre, Família e Ambiente Familiar e Provocações, com o sexo Masculino a pontuar mais alto, enquanto que na dimensão do Ambiente Escolar e Aprendizagem, é o sexo Feminino que pontua mais alto. Também Jacoto (2014), encontrou diferenças significativas nas dimensões Sentimentos, Tempo Livre e Família e Ambiente Familiar com o sexo Masculino a pontuar mais alto.

Ao contrário do estudo de Gaspar e Matos (2008) e Jacoto (2014) que encontraram diferenças estatisticamente significativas entre os dois sexos, nas dimensões Saúde e Atividade Física, Sentimentos, Estado de Humor em Geral, Sobre Ti Próprio, Tempo Livre, Família e Ambiente Familiar, Ambiente Escolar e Aprendizagem e Provocações, o presente estudo apenas encontrou diferenças numa das dimensões: a Atividade Física e Saúde. Tal poderá, em boa medida, dever-se ao tamanho reduzido da amostra (N=30); hipótese que parece ganhar força se considerarmos que a análise das estatísticas descritivas parece indiciar diferenças entre rapazes e raparigas que, porventura, com uma amostra de maior dimensão poder-se-iam, eventualmente, revelar significativas.

Já no que concerne aos Comportamentos de Risco não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os Sexos, porém a análise das estatísticas descritivas, parece indicar uma tendência para que os rapazes pontuem mais alto na dimensão dos comportamentos de risco (RT) e as raparigas na dimensão dos comportamentos autolesivos (SH). O facto destas diferenças não serem estatisticamente significativas poderá, em boa medida, ficar a dever-se ao reduzido tamanho da amostra. Como foi referido no enquadramento teórico, Monteiro (2011) referiu que a transição para a adolescência pode constituir um fator de risco para uma adoção de estilo de vida saudável. Neste contexto, os adolescentes do sexo Masculino têm mais tendência para a externalização (comportamentos impulsivos, etc.), enquanto que a do sexo Feminino têm mais tendência para a interiorização (sintomas físicos e psicológicos, etc.).

Os estudos de uma forma geral indicam que é no sexo Feminino que existe uma maior probabilidade de se verificarem comportamentos autolesivos enquanto que no sexo masculino são mais usual os comportamentos de risco, embora estejam presentes em todas as faixas etárias, é na adolescência que se verificam como mais frequentes (Cruz, 2013; Leal & Coutinho, 2015; Nunes, 2012; Santos et al., 2013; Xavier, 2016).

Relativamente à Idade, os adolescentes foram divididos em dois grupos, o grupo dos mais novos é constituído pelos que têm idades iguais ou inferiores a 14. O grupo dos mais velhos são os que têm idade acima dos 14 anos, sendo que esta divisão foi feita, tomando como critério a média de idades, que é de 14.10 anos. Em comparação à Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde só apresentaram diferenças significativas numa das dimensões, Sobre Si Próprio ($U=55.0$; $\alpha=.031$), em que quem pontua mais alto são os mais novos ($M=21.79$; $DP=2.59$) em relação aos mais velhos ($M=19.18$; $DP=2.68$). Nas demais dimensões não existem diferenças entre mais novos e mais velhos. Em relação aos Comportamentos de Risco, não foram encontradas diferenças entre os adolescentes mais novos e os mais velhos. Todavia ao olharmos para as estatísticas descritivas podemos afirmar que os adolescentes mais novos pontuam ligeiramente acima dos mais velhos no que concerne à Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde, enquanto que no que concerne aos Comportamentos de Risco são os adolescentes mais velhos que pontuam mais alto.

Em relação ao Rendimento Académico estes adolescentes podem ser considerados alunos com bons resultados escolares pois a média das suas notas está nos 15.35 valores, numa escala de 0 a 20 valores. A média mais elevada é relativa ao sexo Feminino ($M=16.12$; $DP=2.11$) com diferença de pouco mais de um valor para o sexo Masculino ($M=14.76$; $DP=3.09$).

A compararmos o Rendimento Académico destes adolescentes com a sua Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde podemos perceber que existe uma correlação positiva estatisticamente significativa com as dimensões Sentimentos ($\rho=.426$, $\alpha=.019$), Família e Ambiente Familiar ($\rho=.431$, $\alpha=.017$) e o Ambiente Escolar e Aprendizagem ($\rho=.524$, $\alpha=.003$). Isto quer dizer que quanto melhor a relação consigo próprios, os pais e a escola, melhor tende a ser o seu rendimento académico.

Ao compararmos com os Comportamentos de Risco encontramos uma correlação negativa estatisticamente significativa com a dimensão dos Comportamentos de Risco (RT), isto é, quantos mais comportamentos de risco o adolescente tiver, mais baixo será o seu rendimento académico e vice-versa. Neste contexto, ao delineararmos programas de prevenção e intervenção nos comportamentos de risco estaremos, provavelmente, a prevenir e a intervir no insucesso escolar e vice-versa. A ser assim, o papel do educador social pode ser muito importante, apontando diversos caminhos para a solução dos problemas vividos neste contexto (Mateus, 2012). Mas em relação à dimensão dos Comportamentos Autolesivos existe uma correlação negativa, que não é significativa.

Quando comparamos os dois instrumentos que avaliam a Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde e os Comportamentos de Risco podemos observar que existem correlações significativas entre várias das suas dimensões.

Relativamente aos Comportamentos de Risco (RT – *Risk-Taking*) pode-se observar que existe uma correlação negativa estatisticamente significativa relativamente às dimensões da Família e Ambiente Familiar ($\rho=-.537$, $\alpha=.002$), Ambiente Escolar e Aprendizagem ($\rho=-.407$, $\alpha=.026$) e as Provocações ($\rho=-.483$, $\alpha=.007$). Assim, quanto menos os adolescentes se sentirem acolhidos na sua relação com os pais e a escola, e quanto mais se sentirem desqualificados na relação entre iguais, mais tenderão a adotar comportamentos de risco e vice-versa. Na mesma linha, Abreu (2015) sustenta que os Comportamentos de Risco influenciam negativamente a qualidade de vida dos adolescentes, assim como o seu desenvolvimento cognitivo e afetivo.

No que concerne à dimensão dos Comportamentos Autolesivos (SH - *Self-Harm*) existe uma correlação negativa estatisticamente significativa em relação as dimensões dos Sentimentos ($\rho=-.524$, $\alpha=.003$), Estado de Humor Geral ($\rho=-.619$, $\alpha=.000$), Sobre Ti Próprio ($\rho=-.641$, $\alpha=.000$), Família e Ambiente Familiar ($\rho=-.687$, $\alpha=.000$), Ambiente Escolar e Aprendizagem ($\rho=-.549$, $\alpha=.002$), e Provocações ($\rho=-.577$, $\alpha=.001$). Os resultados parecem, assim, indicar que a escassez de emoções positivas e de satisfação com a sua própria vida, o humor depressivo, a perceção negativa sobre si próprio, o desconforto com o corpo e a aparência, a perceção negativa da relação com os pais e a escola e a forma como se sentem alvo de exclusão e provocações na

relação com o outro se associam a um maior risco de encetar comportamentos autolesivos.

Ao percebermos que os comportamentos desajustados destes adolescentes influenciam os sentimentos por si próprios e pelos outros, podem ser criados programas socioeducativos que nos permitam reduzir o risco de comportamentos desajustados. Assim, serão necessários programas direcionados para os sentimentos, que melhorem a sua autoestima, os sentimentos perante os outros, e trabalhem, também, o contexto familiar, escola e do grupo de pares. Ao melhorarem-se estes aspetos, estar-se-á indiretamente a reduzir a probabilidade da existência de comportamentos de risco e autolesivos.

Futuramente poderão ser feitos estudos do mesmo género, porém longitudinais, com vários momentos de avaliação e em que a amostra seja maior de forma a se poder perceber melhor de que forma a qualidade de vida relacionada com a saúde e os comportamentos de risco estão interligados nas diferentes realidades do nosso país. Ao serem avaliados os resultados deste estudo deparámo-nos com diversas limitações. O reduzido tamanho da amostra impede, nesse contexto, a possibilidade de generalizar os resultados. Seria, neste contexto, importante fazer novos estudos, com uma amostra substancialmente mais alargada. Uma outra limitação prende-se com a consistência interna baixa (afetada pelo *Alpha de Cronbach*) na escala dos Comportamentos de Risco (RT), o que naturalmente, limita a interpretação dos resultados. Ainda assim, atendendo a que à pequena dimensão da amostra do estudo, à sua natureza exploratória e, ao facto da dimensão SH ser a mais relevante na interpretação dos resultados, decidi considerar-se os resultados das duas dimensões. No que concerne à Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde os valores vão de grosso modo ao encontro do que Gaspar e Matos (2008) e Jacoto (2014) avaliaram. Os estudos relativos à qualidade de vida relacionada com a saúde e aos comportamentos de risco têm vindo a aumentar, mas ainda existem muitas lacunas referentes a isso.

Não obstante todas as limitações do presente trabalho que, naturalmente, limitam substantivamente a interpretação dos resultados, este estudo indicia a existência de uma correlação negativa entre várias dimensões da QVRS e os comportamentos autolesivos. Neste contexto, parecem haver indícios de que o desenho e prossecução de intervenções socioeducativas que promovam as competências pessoais, sociais e académicas dos adolescentes poderão, simultaneamente, atuar na promoção da QVRS e na diminuição dos comportamentos de risco, muito em especial nos comportamentos autolesivos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com este trabalho pode perceber-se que a qualidade de vida relacionada com a saúde em crianças e adolescentes tem vindo cada vez mais a merecer uma especial atenção (Guedes & Guedes, 2011). A Organização Mundial de Saúde definiu a saúde como um estado de bem-estar físico, mental e social, e não apenas como a ausência de doença. Neste sentido, a qualidade de vida é a percepção que cada indivíduo tem da sua posição na sua própria vida, respeitando sempre a cultura em que está integrado, e respeitando também os valores em que este acredita, não podendo deixar nunca de serem tidos em conta os seus próprios objetivos, as suas expectativas e as suas preocupações (Abreu, Marques, Martins, Fernandes & Gomes, 2016).

Barata (2016) afirma ser típico e frequente os adolescentes quererem correr vários tipos de riscos, devendo ser analisados no que respeita à sua intensidade, repetição e seguimento, para se identificarem adolescentes que possam estar em risco iminente. Os comportamentos autolesivos na adolescência são um problema bastante relevante na Saúde Pública (Guerreiro, 2014). De acordo com a Organização Mundial de Saúde a taxa de mortalidade nos adolescentes é cada vez mais elevada. Esta subida resulta, na sua maioria, de causas que podem vir a ser prevenidas e tratadas. Ao serem comparadas com as outras faixas etárias, na adolescência existem mais acidentes e são cometidos mais crimes, violentos e não violentos, e existe um maior número de tentativas de suicídio, resultantes dos Comportamentos Autolesivos (Xavier, 2016).

No que respeita à Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde, podemos perceber que só existem diferenças de sexo no que concerne à dimensão de atividade física e saúde, sendo os adolescentes do sexo masculino com melhores resultados. Vários estudos (Cruz, 2013; Lourenço, 2008; Xavier, 2016) indicam que os comportamentos de risco são mais comuns nos rapazes e a os comportamentos autolesivos nas raparigas. Todavia, neste estudo, não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre os sexos.

No que concerne ao rendimento académico pode concluir-se que tem uma relação positiva com os sentimentos, na família e no ambiente familiar e na escola e na aprendizagem. Por outro lado, os comportamentos autolesivos têm uma relação negativa com o rendimento académico. Ao serem comparadas as dimensões da qualidade de vida e as dimensões dos comportamentos de risco pode concluir-se que quanto melhor for a qualidade de vida relacionada com a saúde, menor será a probabilidade do adolescente vir a ter comportamentos de risco.

Desde já destaco a maior dificuldade deste estudo, a recolha de dados, pois para chegar à autorização dos adolescentes primeiro ter-se-ia de pedir autorização aos diretores/professores de cada grupo, seguidamente aos pais e só por fim aos adolescentes. Neste contexto, alguns dos adolescentes não trouxeram as autorizações para a participação no estudo, por isso é que apenas 30 adolescentes participaram neste trabalho. Todavia este projeto levanta algumas pistas que poderão ser desenvolvidas em investigações posteriores, com amostras substancialmente mais alargadas, e que poderão ajudar a afinar estratégias de prevenção e intervenção socioeducativa no que respeita à QVRS e aos comportamentos de risco, especialmente dos comportamentos autolesivos.

A prevenção e a investigação dos comportamentos autolesivos são considerados uma prioridade na União Europeia e em Portugal. Estes estudos precisam de ser aprofundados e divulgados por profissionais de saúde e de educação para promoção da capacitação destes em termos de diagnóstico e posterior encaminhamento dos jovens em risco. O papel do Educador social é muito importante nestas situações, visto que é ele que tem de gerir o equilíbrio da situação para que os adolescentes consigam encontrar o seu caminho (Mateus, 2012). Também este tem a função de integrar um projeto de cariz pedagógico com uma equipa multidisciplinar (Carvalho & Batista, 2004) de forma a ajudar os adolescentes nos problemas que aparecerem.

Os resultados deste estudo indiciam que existe uma relação entre a qualidade de vida relacionada com a saúde e os comportamentos de risco. Neste contexto, será importante pensar-se programas de prevenção e intervenção direcionados a cada uma das dimensões do KIDSCREEN-52. Estar-se-á, assim, ainda que, de modo indireto, a prevenir e intervir sobre os comportamentos de risco e, muito em especial nos comportamentos autolesivos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Abreu, G. (2015). *Auto-Percepção da Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde* (Dissertação de Mestrado). Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias – Faculdade de Educação Física e Desporto, Lisboa.
- Abreu, M., Marques, I., Martins, M., Fernandes, T., & Gomes, P. (2016). Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde em Crianças e Adolescentes – Estudo Bicêntrico e Comparação de Dados Europeus. *Nascer e Crescer Revista de Pediatria do Centro Hospitalar do Porto*, 3, 141-146.
- Barata, C. (2016). *A Relação entre a Ansiedade, Depressão e Stress e os seus Comportamentos Autolesivos e a Ideação Suicida nos Adolescentes* (Dissertação de Mestrado). ISPA-Instituto Universitário Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida, Lisboa.
- Bernardes, S. (2015). *Tornar-se (In)Visível: Um Estudo na Rede de Atenção Psicossocial de Adolescentes que se Automutilam* (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal de Santa Catarina Centro de Ciências da Saúde, Florianópolis.
- Cabral, C. (2015). *Representações Sociais do Suicídio na Adolescência* (Dissertação de Mestrado). Instituto Politécnico de Viseu – Escola Superior de Educação, Viseu.
- Cruz, D. (2013). *Viver com a Vida, “Morrer” com a Vida – Protecção e Risco em Trajectórias Auto-Destrutivas na Adolescência* (Tese de Doutoramento). Faculdade de Psicologia, Lisboa.
- Duarte, V., Cruz, M., & Oliveira, B. (2015). Comportamentos Autolesivos na Adolescência e Disfunção Familiar: Relato de Caso. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 31, 401-405.
- Fontelles, M., Simões, M., Farias, S., & Fontelles, R. (2009). *Metodologia da Pesquisa Científica: Diretrizes para a Elaboração de um Protocolo de Pesquisa*. Obtido de: https://cienciassaude.medicina.ufg.br/up/150/o/Anexo_C8_NONAME.pdf.

- Gaspar, T., & Matos, M. (2008). *Qualidade de Vida em Crianças e Adolescentes – Versão Portuguesa dos Instrumentos KIDSCREEN-52*. Cruz Quebrada: Aventura Social.
- Gaspar, T., Matos, M., Ribeiro, J., & Leal, I. (2006). Qualidade de vida e bem-estar em crianças e adolescentes. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 2(2), 47-60.
- Guedes, D., & Guedes, J. (2011). Tradução, Adaptação Transcultural e Propriedades Psicométricas do KIDSCREEN-52 para a População Brasileira. *Revista Paulista Pediátrica*, 29(3), 364-371.
- Guerreiro, D. (2014). *Comportamentos Autolesivos em Adolescentes – Características Epidemiológicas e Análise de Fatores Psicopatológicos, Temperamento Afetivo e Estratégias de Coping*. (Tese de Doutoramento) Faculdade de Medicina. Lisboa.
- Guerreiro, D., & Sampaio, D. (2013). Comportamentos Autolesivos em Adolescentes: uma revisão da literatura com foco na investigação em língua portuguesa. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 31(2), 213-222.
- Jacoto, L. (2014). *Qualidade de Vida, Vinculação e Resiliência em Adolescentes Institucionalizados* (Dissertação de Mestrado). Universidade Fernando Pessoa, Porto.
- Jorge, J., Queirós, O., & Saraiva, J. (2015). Descodificação dos comportamentos autolesivos sem intenção suicida: Estudo qualitativo das funções e significados na adolescência. *Análise Psicológica*, 33(2), 207-219
- Leal, A., & Coutinho, J. (2015). Uma Reflexão sobre os Comportamentos dos Jovens Adolescentes e a Influência no Rendimento Escolar. In L. Araújo & J. Simões (Eds.), *Atas do 2º Congresso Internacional de Psicologia, Educação e Cultura*. (pp. 262-270). Vila Nova de Gaia: Edições ISPGaya.
- Lourenço, V. (2008). *Para uma Compreensão dos Comportamentos de Automutilação* (Dissertação de Mestrado). ISPA – Instituto Universitário Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida, Lisboa.

- Maroco, J. (2014). *Análise Estatística com o SPSS Statistics*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Mateus, M. (2012). O educador social na construção de pontes socioeducativas contextualizadas. *Eduser Revista de educação*, 4, 60–71.
- Mesquita, C., Ribeiro, F., Mendonça, L., & Maia, A. (2011). Relações Familiares, Humor Deprimido e Comportamentos Autodestrutivos em Adolescentes. *Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente*, 3, 97-109.
- Monteiro, M. (2011). *Competências para a Vida em Adolescentes: Avaliação da Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde e da Competência Social* (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Ciências Humanas e Sociais – Departamento de Psicologia, Faro, Algarve.
- Neves, M., & Santos, J. (2016). Saúde Mental e Comportamentos da Esfera Suicidária dos Adolescentes numa Região Insular Portuguesa. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(10), 77-84.
- Nunes, C. (2012). *Auto-Dano e Ideação Suicida na População Adolescente* (Dissertação de Mestrado). Universidade dos Açores, Ponta Delgada.
- Pallant, J. (2005). *SPSS survival manual*. 2nd ed. New York: Open University Press.
- Santos, J., Erse, M., Simões, R., Façanha, J., & Marques, L. (2013). + Contigo na Promoção da Saúde Mental e Prevenção de Comportamentos Suicidários em Meio Escolar. *Revista de Enfermagem Referência*, III série, 10, 203-207.
- Xavier, A. (2016). *Experiências Emocionais Precoces e (Des)Regulação Emocional: Implicações para os Comportamentos Autolesivos na Adolescência* (Tese de Doutoramento). Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Coimbra.

ANEXOS

ANEXO A
QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

Lê todo o questionário e responde a todas as perguntas com sinceridade. Todo o questionário é completamente anónimo. Não existe respostas certas ou erradas.

Sobre ti...

1. Em que ano andas?

7º ano	<input type="text"/>
8º ano	<input type="text"/>
9º ano	<input type="text"/>
10º ano	<input type="text"/>
11º ano	<input type="text"/>
12º ano	<input type="text"/>

2. Quais as tuas notas, no último semestre?

Português	<input type="text"/>
Matemática	<input type="text"/>
Educação Física	<input type="text"/>
Línguas (inglês, francês, espanhol,...)	<input type="text"/>

Sobre o teu agregado...

3. Com quem vives?

Família Monoparental (apenas um dos pais)

Família Tradicional (os dois pais)

Com os avós

Outros Familiares

Quais: _____

4. Quantos irmãos tens?

Tenho _____ irmão(s).

5. Qual a idade dos teu(s) irmão(s)?

_____, _____, _____, _____, _____, _____.

Sobre os teus pais...

6. Qual a idade dos teus pais?

Mãe _____ anos.

Pai _____ anos.

7. Quais as habilitações dos teus pais?

Mãe _____.

Pai _____.

8. Qual a profissão dos teus pais?

Mãe _____.



Pai _____.






Grata pela atenção e participação.

Atenciosamente,

Susana Morgado

ANEXO B
PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO DO
KIDSCREEN-52

Pedido de colaboração para a utilização do instrumento KIDSCREEN-52 num projeto de mestrado  **Mestrado** 

 **Susana Morgado** <susanamorgado94@gmail.com> 16/02   
para mmatos 

Exma. Sra. Professora Doutora Margarida Gaspar de Matos,






O meu nome é Susana Morgado, sou Educadora Social e atualmente frequento o Mestrado de Intervenção Psicossocial de Crianças e Jovens em Risco na Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Viseu. Neste âmbito, estou a desenvolver, sob a orientação da Profª Doutora Sara Felizardo e coorientação do Prof. Doutor José Sargento, o projeto final com o título provisório: "Qualidade de vida relacionada com a saúde e comportamentos de risco e autolesivos em adolescentes".

Neste contexto, tomo a liberdade de a incomodar para solicitar autorização a Vª Exa. para a utilização do KIDSCREEN-52.

Grata pela atenção dispensada,






Com os meus melhores cumprimentos,

Susana Morgado

 **Margarida Gaspar de Matos** <margaridagaspar@netcabo.pt> 16/02   
para Tania, mim, mmatos 

aqui fica em contacto com a Prof Tania!

Enviado do meu iPhone

 **Susana Morgado** <susanamorgado94@gmail.com> 9/03   
para Tania, mmatos, margaridagaspar 


Boa noite Professoras Doutoradas,

Venho por este meio relembrar do pedido anteriormente solicitado, para a utilização do KIDSCREEN-52 no meu projeto final de Mestrado.






Aguardo resposta,

Grata pela atenção dispensada.

Com os melhores cumprimentos,
Susana Morgado

 **Tânia Gmail** <tania.gaspar.barra@gmail.com> 9/03   
para mim, mmatos, margaridagaspar 

Cara Susana tem a autorização da equipa Portuguesa para a utilização do instrumento KIDSCREEN, pode consultar manual em www.aventurasocial.com. Deve também consultar o site internacional para preencher formulário www.kidscreen.org bom trabalho e disponha cumprimentos Tânia Gaspar

 **Susana Morgado** <susanamorgado94@gmail.com> 20/03   
para Tânia 

Boa noite,

Agradeço desde já toda a disponibilidade dispensada e pela resposta favorável ao meu pedido.

Request for use of the KIDSCREEN-52 Portuguese version



Mestrado x



Susana Morgado <susanamorgado94@gmail.com>

11/04 ☆



para QOL ▾

Dear Prof. Dr. Phil.

My name is Susana Morgado and I'm a student of the master: "Psychosocial Intervention With Children and Adolescents at Risk" in Instituto Politécnico de Viseu - Escola Superior de Educação. I'm writing in reference to ask your authorization to apply KIDSCREEN-52 in my study about "Health-Related Quality of Life and Risk Behaviors among adolescents"

The main objective of this study is to explore the relationships between health-related quality of life and risk behaviors. In my opinion using the KIDSCREEN-52 would be an asset to the carrying out of this study, so I'd appreciate it if you would give me permission for your use.

I already contacted the Portugal team, Tânia Gaspar and Margarida Gaspar de Matos, which gave me their authorization to use KIDSCREEN-52.

With the best regards,
Susana Morgado.



Office of Quality of Life Measures <QOL@uke.de>

12/04 ☆



para Ulrike, mim ▾



inglês ▾



português ▾

[Traduzir mensagem](#)

[Desactivar para mensagens em: inglês](#) x

Dear Susana Morgado,

Thank you for your interest in the KIDSCREEN instruments and your email to Prof. Dr. phil. Ulrike Ravens-Sieberer.

I am a co-worker of Prof. Dr. phil. Ulrike Ravens-Sieberer, working in the co-ordination of the European KIDSCREEN project in Hamburg, Germany.

We have received your signed collaboration form and are very happy to collaborate with you.

You are registered for the use of the KIDSCREEN Quality of Life questionnaires for children/adolescents and parents.

37 linguistic adapted language versions are available (please see our website).

As a collaboration partner of the KIDSCREEN group you are welcome to join the members' area (<http://www.kidscreen.org/english/members/>) of our project website www.kidscreen.org.

There you can download (see "questionnaires" below members) the respective KIDSCREEN questionnaire version and other useful material.

Your password is: [REDACTED]

For using the KIDSCREEN questionnaires we kindly advise you to work with the KIDSCREEN manual. The [KIDSCREEN manual](#)* can be directly ordered for 40 € (plus handling and shipping) at the publishing company Pabst-Science-Publishers.

The manual describes all relevant user information necessary for applying the KIDSCREEN questionnaires, e. g. psychometrics, norm data for group and individual comparisons, and instructions on how to score the instrument.

We are looking forward to collaborating with you and wish you all the best for your studies.

Please do not hesitate to contact us if further queries arise.

With best wishes,

Karoline Habermann
KIDSCREEN Group Europe

* http://pabst-science-publishers.com/index.php?30&backPID=30&swords=kidscreen&tt_products=100

Karoline Habermann

Office of Quality of Life Measures in Children | Research Assistant



University Medical Center Hamburg-Eppendorf

Center for Psychosocial Medicine
Department of Child and Adolescent Psychiatry, Psychotherapy and Psychosomatics
Research Unit "Child Public Health"

Martinstraße 52, W 29
D - 20246 Hamburg
Tel.: [+49 \(040\) 7410 57377](tel:+49(0)40741057377) or -58303
Fax: [+49 \(040\) 7410 40234](tel:+49(0)40741040234)
Email: QOL@uke.de
Info: <http://www.child-public-health.org/english/>

Von: Susana Morgado [<mailto:susanamorgado94@gmail.com>]

Gesendet: Dienstag, 11. April 2017 19:41

An: Office of Quality of Life Measures <QOL@uke.de>

Betreff: Request for use of the Kidscreen-52 Portuguese version



Susana Morgado <susanamorgado94@gmail.com>

22/04 ★



para Office ▾

Dear Professor Karoline Habermann

Thank you very much for your positive response and support. I am very happy to use KIDSCREEN in my study.

Thank you!
Best regards,
Susana Morgado

ANEXO C
PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO DO RTSHIA

Pedido de colaboração para a utilização do instrumento RTSHIA num projeto de mestrado.



Mestrado x



Susana Morgado <susanamorgado94@gmail.com>

16/02



para ana.mj.xavier

Exma. Sra. Doutora Ana Xavier,

O meu nome é Susana Morgado, sou Educadora Social e atualmente frequento o Mestrado de Intervenção Psicossocial de Crianças e Jovens em Risco na Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Viseu. Neste âmbito, estou a desenvolver, sob a orientação da Profª Doutora Sara Felizardo e coorientação do Prof. Doutor José Sargento, o projeto final com o título provisório: “Qualidade de vida relacionada com a saúde e comportamentos de risco e autolesivos em adolescentes”.

Neste contexto, tomo a liberdade de a incomodar para solicitar autorização a Vª Exa. para a utilização do RTSHIA (Inventário de comportamentos de risco e auto-dano para adolescentes).

Grata pela atenção dispensada,

Com os meus melhores cumprimentos,

Susana Morgado



Ana Maria Xavier <ana.mj.xavier@gmail.com>

27/02



para mim

Cara Susana,

Agradeço desde já o seu interesse.

Autorizo a utilização da escala RTSHIA para fins de investigação. Agradeço que depois partilhe comigo os resultados do seu estudo de mestrado, pois é um estudo interessante.

Envio a escala em anexo.

As referências para a sua citação são:

Ana Xavier, Marina Cunha, José Pinto-Gouveia, & Catarina Paiva (May, 2013). Exploratory study of the Portuguese version of the Risk-taking and Self-harm Inventory for adolescents. *Atención Primaria*, vol. 45, Especial Congreso I (I World Congress of Children and Youth Health Behaviors/ IV National Congress on Health Education), p.165.

Ana Xavier, Marina Cunha, & José Pinto-Gouveia (in press). Validation of the Risk-taking and Self-harm Inventory for Adolescents in a Portuguese community sample. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*.

Votos de um bom trabalho!

Ana Xavier

...



Susana Morgado <susanamorgado94@gmail.com>

20/03



para Ana

Boa noite Professora Doutora Ana Xavier,

Agradeço desde já toda a disponibilidade dispensada e pela resposta favorável ao meu pedido. Assim que a tese estiver terminada terei todo o gosto em partilhar consigo os resultados da mesma.

...

ANEXO D
CONSENTIMENTO DO CLUBE DE FUTEBOL

Exmo. Sr. Professor [REDACTED],

Assunto: Pedido de colaboração para recolha de dados para um projeto de mestrado.

O meu nome é Susana Morgado, sou Educadora Social e atualmente frequento o Mestrado de Intervenção Psicossocial de Crianças e Jovens em Risco na Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Viseu.

Estou, neste âmbito, a desenvolver um trabalho de investigação com o objetivo de estudar a qualidade de vida relacionada com a saúde e os comportamentos de risco em adolescentes. A recolha de dados envolve numa primeira fase a recolha de alguns dados sociodemográficos dos adolescentes em estudo; numa segunda fase a aplicação, durante uns breves minutos, do KISCREEN-52 (um instrumento de avaliação da Qualidade de Vida relacionada com a saúde) e do Inventário de Comportamentos de Risco e Auto-Dano para Adolescentes (RITSHIA).

Os dados obtidos neste estudo serão mantidos sob confidencialidade, não sendo divulgada a identidade (ou qualquer outra informação que a possa desvendar) dos participantes nem do [REDACTED] - Futsal em qualquer relatório ou publicação que dele possa resultar.

Neste contexto, venho, por este meio, solicitar a colaboração do [REDACTED] [REDACTED] - Futsal ([REDACTED] - Futsal) por V^a Exa, de modo a poder proceder à aplicação dos instrumentos acima referidos, junto dos adolescentes (dos 12 aos 18 anos), depois de, naturalmente, obtidos os consentimentos informados dos adolescentes e respetivos pais/representantes legais.

Temos todo o gosto em facultar à instituição dirigida por V^a Exa., se assim pretender, os resultados do estudo, logo que o trabalho de mestrado ao qual esta se destina esteja concluído.

Aguardando humildemente uma resposta, apresento-me disponível para esclarecimento de qualquer dúvida.

Com os melhores cumprimentos,

(Susana Morgado)

Contactos:

Telemóvel:

E-mail: susanamorgado94@gmail.com

ANEXO E
CONSENTIMENTO DO GRUPO DE DANÇA

Exmo. Sr. Professor [REDACTED]

Assunto: Pedido de colaboração para recolha de dados para um projeto de mestrado.

O meu nome é Susana Morgado, sou Educadora Social e atualmente frequento o Mestrado de Intervenção Psicossocial de Crianças e Jovens em Risco na Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Viseu.

Estou, neste âmbito, a desenvolver um trabalho de investigação com o objetivo de estudar a qualidade de vida relacionada com a saúde e os comportamentos de risco em adolescentes. A recolha de dados envolve numa primeira fase a recolha de alguns dados sociodemográficos dos adolescentes em estudo; numa segunda fase a aplicação, durante uns breves minutos, do KISCREEN-52 (um instrumento de avaliação da Qualidade de Vida relacionada com a saúde) e do Inventário de Comportamentos de Risco e Auto-Dano para Adolescentes (RITSHIA).

Os dados obtidos neste estudo serão mantidos sob confidencialidade, não sendo divulgada a identidade (ou qualquer outra informação que a possa desvendar) dos participantes nem do Grupo de Dança [REDACTED] em qualquer relatório ou publicação que dele possa resultar. Neste contexto, venho, por este meio, solicitar a colaboração do Grupo de Dança [REDACTED] por V^a Exa, de modo a poder proceder à aplicação dos instrumentos acima referidos, junto dos adolescentes (dos 12 aos 18 anos), depois de, naturalmente, obtidos os consentimentos informados dos adolescentes e respetivos pais/representantes legais.

Temos todo o gosto em facultar à instituição dirigida por V^a Exa., se assim pretender, os resultados do estudo, logo que o trabalho de mestrado ao qual esta se destina esteja concluído.

Aguardando humildemente uma resposta, apresento-me disponível para esclarecimento de qualquer dúvida.

Com os melhores cumprimentos,

(Susana Morgado)

Contactos:

Telemóvel:

E-mail: susanamorgado94@gmail.com

ANEXO F
CONSENTIMENTO DO GRUPO DE JOVENS

Exmo. Sr. Padre [REDACTED]

Assunto: Pedido de colaboração para recolha de dados para um projeto de mestrado.

O meu nome é Susana Morgado, sou Educadora Social e atualmente frequento o Mestrado de Intervenção Psicossocial de Crianças e Jovens em Risco na Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Viseu.

Estou, neste âmbito, a desenvolver um trabalho de investigação com o objetivo de estudar a qualidade de vida relacionada com a saúde e os comportamentos de risco em adolescentes. A recolha de dados envolve numa primeira fase a recolha de alguns dados sociodemográficos dos adolescentes em estudo; numa segunda fase a aplicação, durante uns breves minutos, do KISCREEN-52 (um instrumento de avaliação da Qualidade de Vida relacionada com a saúde) e do Inventário de Comportamentos de Risco e Auto-Dano para Adolescentes (RITSHIA).

Os dados obtidos neste estudo serão mantidos sob confidencialidade, não sendo divulgada a identidade (ou qualquer outra informação que a possa desvendar) dos participantes nem do Grupo de Jovens e dos Escuteiros em qualquer relatório ou publicação que dele possa resultar.

Neste contexto, venho, por este meio, solicitar a colaboração do Grupo de Jovens e dos Escuteiros por V^a Exa, de modo a poder proceder à aplicação dos instrumentos acima referidos, junto dos adolescentes (dos 12 aos 18 anos), depois de, naturalmente, obtidos os consentimentos informados dos adolescentes e respetivos pais/representantes legais.

Temos todo o gosto em facultar à instituição dirigida por V^a Exa., se assim pretender, os resultados do estudo, logo que o trabalho de mestrado ao qual esta se destina esteja concluído.

Aguardando humildemente uma resposta, apresento-me disponível para esclarecimento de qualquer dúvida.

Com os melhores cumprimentos,

(Susana Morgado)

Contactos:

Telemóvel:

E-mail: susanamorgado94@gmail.com

ANEXO G
CONSENTIMENTO DOS ENCARREGADOS
DE EDUCAÇÃO

Carta de Consentimento Informado

Exmo. Encarregado de Educação

Assunto: Pedido de colaboração para recolha de dados para um projeto de mestrado.

O meu nome é Susana Morgado, sou Educadora Social e atualmente frequento o Mestrado de Intervenção Psicossocial de Crianças e Jovens em Risco na Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Viseu, sob a orientação da Prof^a Doutora Sara Felizardo e do Prof. Doutor José Sargento. Este documento constitui-se, antes de mais, como um pedido para que o seu filho/filha participe numa investigação, no âmbito do meu mestrado, que pretende estudar a qualidade de vida relacionada com a saúde e os comportamentos de risco em adolescentes. Todavia, para que possa tomar uma decisão acerca da sua colaboração na investigação, é importante que leia todo o documento, para que compreenda o que envolve o estudo, a razão pela qual vai ser feito e, a dimensão da participação do seu filho/filha no mesmo.

A colaboração do seu filho/filha na investigação consistirá na resposta a instrumentos de avaliação de qualidade de vida relacionada com a saúde e de comportamentos de risco. Serão feitas, também, algumas breves perguntas sobre a situação sociodemográfica (ex: situação escolar, idade, etc.).

A participação do seu filho/filha é voluntária (mediante a assinatura de uma carta de consentimento informado semelhante a esta), sendo, concretizada, através da assinatura do consentimento informado, no final deste documento.

No caso de não desejar que o seu filho/filha participe ou de ele/ela querer abandonar esta investigação em qualquer momento do seu curso, não terá que apresentar qualquer motivo ou explicação.

Os dados obtidos com a participação do seu filho/filha neste estudo serão sempre mantidos sob confidencialidade. Não será divulgada a sua identidade em qualquer relatório ou publicação que resulte deste estudo.

Para o esclarecimento de qualquer dúvida que possa ter, poder-me-á contactar através do correio eletrónico susanamorgado94@gmail.com ou pelo telemóvel

Com os melhores cumprimentos,

(Susana Morgado)

Eu _____

encarregado de educação de _____,

Autorizo

Não autorizo

a participação do meu educando na recolha de dados para a realização do estudo acima referido.

(Assinatura do Encarregado de Educação)

ANEXO H
CONSENTIMENTO DOS JOVENS

Carta de Consentimento Informado

Exmo. Aluno

Assunto: Pedido de colaboração para recolha de dados para um projeto de mestrado.

O meu nome é Susana Morgado, sou Educadora Social e atualmente frequento o Mestrado de Intervenção Psicossocial de Crianças e Jovens em Risco na Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Viseu, sob a orientação da Prof^a Doutora Sara Felizardo e do Prof. Doutor José Sargento.

Gostaria de pedir a sua participação numa investigação, no âmbito do meu mestrado, que pretende estudar a qualidade de vida relacionada com a saúde e os comportamentos de risco em adolescentes.

A sua colaboração consistirá na resposta a instrumentos de avaliação de qualidade de vida relacionada com a saúde e de comportamentos de risco. Serão feitas, também, algumas breves perguntas sobre a situação sociodemográfica (ex: situação escolar, idade, etc.).

A sua participação é voluntária, sendo, concretizada, através da assinatura do consentimento informado, no final deste documento.

No caso de não desejar participar, ou querer abandonar esta investigação em qualquer momento do seu curso, não terá que apresentar qualquer motivo ou explicação.

Os dados obtidos com a participação neste estudo serão sempre mantidos sob confidencialidade. Não será divulgada a sua identidade em qualquer relatório ou publicação que resulte deste estudo.

Com os melhores cumprimentos,

(Susana Morgado)

Eu, _____ aceito

Participar

Não participar

Na recolha de dados para a realização do estudo acima referido.

(Assinatura do Educando)