



UC/FPCE – 2008

Universidade de Coimbra
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

**Estratégias de *coping* e qualidade de vida na
adolescência: um estudo exploratório**

Sofia Beatriz Farate Batista (e-mail: sofiafarate@hotmail.com)

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e Saúde, sub-área
de especialização em Sistémica, Saúde e Família, sob a
orientação da Professora Doutora Isabel Maria Marques Alberto.

Estratégias de *coping* e qualidade de vida na adolescência: um estudo exploratório

Resumo: O presente estudo analisa a relação existente entre a utilização das estratégias de *coping* e a percepção da qualidade de vida, entre os adolescentes. Foi ainda analisado o efeito das variáveis sócio-demográficas género, idade, local de residência, nível sócio-económico e habilitações literárias na forma como os adolescentes utilizam as várias estratégias de *coping* e percebem a sua qualidade de vida. A amostra é constituída por 40 sujeitos, com idades compreendidas entre os 12 e os 18 anos; todos os sujeitos preencheram dois questionários, o *Family Crises Oriented Personal Evaluation Scales* (F-COPES) e o *Quality of Life* (QOL). Os resultados mostraram que: (a) existe uma relação positiva entre a utilização das estratégias de *coping* e a percepção da qualidade de vida, entre os adolescentes; (b) a utilização das estratégias de *coping* é influenciada pelas variáveis género (na sub-escala *avaliação passiva*) e nível sócio-económico (na escala total e na sub-escala *suporte espiritual*); (c) a percepção da qualidade de vida é influenciada pelas variáveis idade (na escala total e na sub-escala *saúde*), nível sócio-económico (nas sub-escalas *saúde, lar, religião e vizinhança e comunidade*) e local de residência (na sub-escala *mass media*).

Palavras-chave: adolescência, *coping*, qualidade de vida.

Coping strategies and quality of life in adolescence: an exploratory study

Abstract: The present study analyzes the relation between the utilization of coping strategies and the perception of quality of life, among the adolescents. It was also analyzed the effect of the sociodemographic variables, like gender, age, residence, socioeconomic level and qualifications, in the way that adolescents employ the coping strategies and perceived their quality of life. The sample is composed by 40 subjects, with ages ranging between 12 and 18 years; all subjects answered two questionnaires, namely the Family Crises Oriented Personal Evaluation Scales (F-COPES) and the Quality of Life (QOL). The results showed that: (a) exists a positive relation between the utilization of coping strategies and the perception of quality of life, among the adolescents; (b) the utilization of coping strategies is influenced by the variables gender (in the factor passive appraisal) and socioeconomic level (in the total scale and in the factor spiritual support); and (c) the perception of quality of life is influenced by the variables age (in the total scale and in the factor health), socioeconomic level (in the factors health, home, religion and neighbourhood and community) and residence (in the factor mass media).

Key words: adolescence, coping, quality of life.

Agradecimentos

À Professora Doutora Isabel Alberto, pela preciosa orientação e pela disponibilidade que sempre demonstrou, sem as quais a realização deste “projecto” teria sido impossível.

A toda a equipa de investigação, pelo esforço e empenho que dedicaram a este “projecto”.

Aos meus pais, por todo o esforço, incentivo e confiança que depositaram em mim e pela estabilidade que me proporcionaram nesta longa caminhada que agora termina: o curso de Psicologia.

À minha família e aos meus amigos, por estarem sempre lá quando é preciso e por sempre acreditarem em mim, mesmo nas horas em que a insegurança me supera.

E a todos aqueles que, de alguma forma, contribuíram para a realização deste “projecto”.

Índice

Introdução.....	1
I – Enquadramento conceptual (revisão da literatura).....	1
II – Objectivos	14
III – Metodologia.....	14
3.1. Amostra	14
3.2. Instrumentos	16
3.3. Procedimentos	21
IV – Resultados	22
V – Discussão	33
VI – Conclusões	38
Bibliografia.....	39
Anexos	

Introdução

O presente estudo insere-se num projecto de investigação mais amplo sobre *stress*, *coping* e qualidade de vida familiares, em que participaram 14 mestrandos do quinto ano do Mestrado Integrado em Psicologia da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

Este estudo, em particular, pretende, por um lado, analisar a relação existente entre a utilização das estratégias de *coping* e a percepção da qualidade de vida, entre os adolescentes e, por outro lado, avaliar o efeito das variáveis sócio-demográficas (género, idade, local de residência, nível sócio-económico e habilitações literárias) na forma como os adolescentes utilizam as várias estratégias de *coping* e na forma como percebem a sua qualidade de vida.

Importa ainda salientar que os constructos *coping* e qualidade de vida são medidos numa dimensão familiar, mas que os resultados vão ser analisados em termos individuais, uma vez que apenas temos os dados relativos a um elemento da família, o adolescente.

I – Enquadramento conceptual (revisão da literatura)

A adolescência é o período de desenvolvimento que se estende entre a infância e a idade adulta e a emergência da puberdade assume-se como critério primordial, que marca o início deste estágio de desenvolvimento (Taborda Simões, 2002). Contudo, não é fácil determinar exactamente o início da adolescência, já que o aparecimento da puberdade varia muito de pessoa para pessoa e tem, também, sofrido profundas alterações ao longo do tempo. As dificuldades são acrescidas quando se pretende determinar o seu final, uma vez que não há nenhum acontecimento biológico que estabeleça a entrada na idade adulta. A adolescência decorre, usualmente, entre os doze e os vinte e um anos (Sampaio, 2002; Fleming, 2005). Visto isto, consoante o contexto cultural em que a pessoa está inserida, a duração da adolescência é muito variável.

Como referido anteriormente, a puberdade é o acontecimento que marca o acesso à adolescência e as transformações físicas que lhe estão inerentes equivalem às características mais significativas dos adolescentes. “O desenvolvimento do sistema de reprodução e o aparecimento das características sexuais secundárias trazem uma profunda modificação à imagem corporal” (Claes, 1985, p. 67) dos adolescentes que, conseqüentemente, tem um efeito dramático sobre a maneira como os adolescentes se descrevem e se avaliam e altera, radicalmente, a forma como são percebidos pelos outros (Carter & McGoldrick, 1995).

Este é um período do ciclo da vida, manifestamente marcado pelo conceito de desenvolvimento em que “o organismo vai sofrer modificações fundamentais que irão afectar sucessivamente todos os aspectos da vida

biológica, mental e social” (Claes, 1985, p. 8). Neste sentido, podem-se salientar três áreas que sofrem profundas alterações durante a adolescência: física, psicológica e social. Importa ainda salientar mudanças significativas nos planos cognitivo, moral e sócio-afectivo, e também na esfera da representação de si ou da construção da identidade.

Segundo Lourenço (1992), Piaget foi o autor que, até ao momento, estabeleceu, de uma forma mais completa e profunda, um padrão relativo às mudanças cognitivas que sucedem durante a adolescência quando descreveu os quatro estádios de desenvolvimento cognitivo, ao longo dos quais as estruturas psicológicas se vão tornando cada vez mais complexas. O estádio que caracteriza o desenvolvimento cognitivo dos adolescentes é conhecido por estádio das operações formais e constitui a última etapa do desenvolvimento da inteligência (Claes, 1985). Muito sumariamente, e citando Fleming (2004, p. 78), admite-se que “graças ao crescimento das estruturas cognitivas, em complexidade e nível de abstracção – o pensamento do adolescente se caracteriza pelas capacidades de pensar através de hipóteses, de pensar diferentes possibilidades e alternativas, de pensar acerca dos próprios pensamentos, de pensar segundo as perspectivas de outros, de pensar o passado, o presente e antecipar o futuro”.

Kohlberg (1979) retoma esta conceptualização de Piaget e propõe-se estudar o desenvolvimento moral ao longo da adolescência, onde estabelece um modelo hierárquico organizado em três níveis: pré-convencional, convencional e pós-convencional (cit. in Fleming, 2004). Segundo Taborda Simões (2002), o nível convencional é específico dos adolescentes e comporta, ainda, dois estádios distintos. Então, e de acordo com Lourenço (1992, p. 91), “a moralidade *convencional* expressa o nível moral dos sujeitos que já *interiorizaram* as normas e as expectativas sociais (...). Portanto, o sujeito da moralidade convencional é aquele que procura viver de acordo com o que é socialmente aceite e partilhado, o que procura cumprir os seus deveres e respeitar a ordem estabelecida”. Neste nível há, igualmente, uma tendência para se agir de modo a ser bem visto pelos outros, com o intuito de merecer o seu respeito e consideração, ou seja, verifica-se uma orientação para uma *moralidade interpessoal* (Lourenço, 1992). Este nível, como já foi referido, é composto por dois estádios distintos: o estádio 3 – a moral do coração: os sujeitos manifestam uma orientação moral para “o bom rapaz ou a boa rapariga” e adoptam a regra de ouro “não faças aos outros o que não queres que te façam a ti”; e o estádio 4 – a moral da lei: os sujeitos defendem que “a prossecução de interesses individuais só é legítima quando se mostra consistente com a manutenção do sistema sócio-moral como um todo” (Colby & Kohlberg, 1978, cit. in Taborda Simões, 2002, p. 420). Os adolescentes revelam, então, uma orientação para a manutenção do sistema social e para a manutenção dos deveres e dos direitos institucionais (Lourenço, 1992; Taborda Simões, 2002).

No que cencerne às mudanças de natureza sócio-afectiva, importa destacar, principalmente, aquelas que se encontram associadas à conquista da autonomia, uma das tarefas capitais da adolescência, e que se encontra intrinsecamente ligada ao processo de *separação-individação* (Fleming,

2005). Segundo Sampaio (2002), o adolescente terá que abandonar, progressivamente, a sua posição de dependência da família e tornar-se cada vez mais autónomo; conseqüentemente, sucedem-se alterações nas relações no grupo de pares, que nesta fase se reveste de extrema importância para o desenvolvimento social e afectivo do adolescente. A família perde, progressivamente, a influência que tem sobre o adolescente, em detrimento do grupo de pares que, a partir daqui, vai orientar toda a sua vida, desde o sistema de valores em que acredita, até às atribuições de estatutos sociais (Claes, 1985). Todavia, para que o processo de autonomização do adolescente decorra dentro do esperado, este precisa de sentir ligado aos pais através de um vínculo seguro (Fleming, 2005). A vinculação e a autonomia não se excluem, antes se complementam, numa etapa em que o adolescente continua a ter nos pais um ponto de referência fundamental, embora também se assista a uma maior abertura a contextos extra-familiares (Taborda Simões, 2002; Fleming, 2005).

O desenvolvimento da identidade é outra ideia atribuída, quase universalmente, ao processo de crescimento pessoal durante a adolescência e Erikson foi, de facto, “o homem que deu à adolescência uma crise de identidade” (Sprinthall & Collins, 2003, p. 192). A adolescência caracteriza-se pelo conflito entre a identidade e a confusão de identidade, que segundo Feldman (2001), é o estágio onde o adolescente procura determinar o que é único em si e que o distingue de todos os outros; tenta descobrir, igualmente, quem é, quais os seus pontos fortes e quais os papéis mais adequados para o resto da sua vida. Por outro lado, e de acordo com o mesmo autor, a confusão de identidade pode levar à instabilidade e à adopção de papéis socialmente inaceitáveis e desviantes e, também à dificuldade em manter relações pessoais íntimas no futuro. Este conflito nuclear da adolescência incorpora elementos de todas as outras etapas de desenvolvimento e tem subjacente, ainda, a resolução de sete “conflitos parciais”¹ que remetem para cada um dos quatro conflitos da infância ou para cada uma das três crises da idade adulta. Sendo assim, a tarefa de construção da identidade, na adolescência, implica uma recapitulação dos conflitos da infância e uma antecipação dos conflitos da idade adulta. (Gallatin, 1978; Claes, 1985). No decorrer deste processo, a identidade vai-se tornando mais constante à medida que o adolescente toma consciência das noções de continuidade, de permanência, de unidade e de coesão, que lhe vão permitir reconhecer-se a si próprio e diferenciar-se dos outros (*idem*). De facto, os outros estágios da vida também apresentam os seus conflitos, mas é durante a adolescência que se desenvolvem os pré-requisitos – fisiológicos, psicológicos e sociais – que permitem a definição de um sentido de identidade e que, por sua vez, vai possibilitar ao sujeito enfrentar as tarefas inerentes à entrada na vida adulta (Gallatin, 1978; Claes, 1985). Erikson introduz, ainda, a noção de moratória

¹ Perspectiva temporal vs confusão temporal; certeza de si vs inibição; experimentação de papéis vs fixação de papel; aprendizagem vs paralisia operacional; polarização sexual vs confusão bissexual; poder e subordinação vs confusão de autoridade; comprometimento ideológico vs confusão de valores.

psicossocial, que se refere ao período que a sociedade proporciona ao adolescente para que ele possa prolongar algumas decisões relativas à sua identidade, experimentando sucessivos e diferentes papéis até descobrir aquele que lhe vai permitir assumir os compromissos da vida adulta (Gallatin, 1978; Sampaio, 1991). Neste sentido, pode-se afirmar que “o adolescente vai construindo a identidade própria a partir de um passado que assume, de um presente que vive e de um futuro no qual se projecta” (Taborda Simões, 2002, p. 421).

Para o adolescente concretizar estes papéis, toda a organização do sistema familiar terá de se reajustar.

Deste modo, a entrada do filho mais velho na adolescência provoca, na globalidade do sistema familiar, uma necessidade de mudança, quer ao nível dos padrões de relacionamento entre os membros da família (renegociação de papéis familiares), quer ao nível das estruturas de poder e autoridade que, por sua vez, permitem a continuidade funcional e organizacional do sistema (Carter & McGoldrick, 1995; Relvas, 1996; Fleming, 2005; Alarcão, 2006). Segundo Carter e McGoldrick (1995), a origem destas transformações que ocorrem na família são pautadas pelas tarefas desenvolvimentais próprias do adolescente, nomeadamente o desenvolvimento e a definição de identidade e a conquista de autonomia em relação à família. Assim, a gestão das relações entre pais e filhos, nesta fase, constitui um desafio para todos e, apesar dos pais se manterem como sistema executivo, deve existir uma maior negociação, flexibilidade e coerência em termos das regras e limites familiares e da própria autoridade parental (Carter & McGoldrick, 1995; Relvas, 1996; Fleming, 2005). Citando Fleming (2005, p. 28) “o adolescente e os pais têm que se ajustar mutuamente e encontrar novos papéis, novas hierarquias na regulação do poder paternal. As relações familiares evoluem da dependência para uma cada vez maior mutualidade e reciprocidade”.

É, também nesta etapa, que a família alcança uma maior abertura ao exterior (Relvas, 1996; Alarcão, 2006; Fleming, 2004). O grupo de pares, para além de ser uma fonte de suporte e segurança para o adolescente, no contexto extrafamiliar (Relvas, 1996), no sentido em que o adolescente sabe que os seus iguais sentem as mesmas dúvidas, incertezas, medos e angústias que ele e, por isso, se sente mais confortável junto deles (Alarcão, 2006), é também uma fonte de socialização. Deste modo, permite não só a competição e a solidariedade, mas também a definição de regras e limites na relação com os parceiros, sem a interferência hierárquica que existe no seio da família (Relvas, 1996; Alarcão, 2006). Contudo, o posicionamento da família face ao grupo de pares parece ser um pouco ambíguo: por um lado a família pode ver os pares como seus rivais, que podem vir a reforçar o sentimento de rejeição familiar e a ameaçar a importância da família junto do adolescente; e, por outro lado, a família pode encarar o grupo de pares como um aliado no processo de crescimento dos filhos. Neste contexto, é importante que os pais compreendam o valor insubstituível do grupo de pares, nesta fase de desenvolvimento do adolescente, para que dessa forma possam ajustar da melhor maneira a sua autoridade neste domínio (Relvas,

1996; Alarcão, 2006).

A escola desempenha, também, um papel importante nesta etapa do ciclo vital da família, uma vez que se torna um parceiro essencial da família na educação do adolescente, não só pela disponibilização de novos saberes, mas também pela diversidade relacional que comporta, bem como pelo acesso a novos contactos que possibilita. A escola é, ainda, considerado um contexto elementar de luta pela autonomia adolescente, sendo que aqui é o professor que assume o exercício equilibrado da autoridade, dentro dos mesmos parâmetros apontados para os pais, em contexto familiar (Carter & McGoldrick, 1995; Relvas, 1996; Alarcão, 2006).

No interior do sistema familiar deve existir respeito pelas diferenças e pela individualidade de cada um, pois, se os adolescentes se encontram a atravessar uma fase de mudança, o mesmo se pode dizer dos seus pais. A progressiva autonomização do adolescente em relação à família implica a renegociação das relações entre pais e filhos e a recentração na vida conjugal e profissional, por parte da díade conjugal/parental. Ou seja, não é apenas o adolescente que busca a sua autonomia; os pais também se confrontam com um processo semelhante de redefinição de identidade e autonomia, quer individual, quer de casal. (Carter & McGoldrick, 1995; Relvas, 1996; Alarcão, 2006).

Sendo assim, um dos aspectos fundamentais para o sistema familiar nesta etapa do ciclo vital – “família com filhos adolescentes” – é a necessidade de definição de um novo equilíbrio entre o individual, o familiar e o social, não apenas do adolescente, mas de todos os membros da família e, também, do sistema como um todo. Para isso, torna-se “imperioso o alargamento dos espaços individuais no seio da família, sem que isso conduza ao esboroamento do próprio espaço grupal que, apesar de redefinido, deve ser reforçado na sua coesão” (Relvas, 1996, p. 145).

Esta é uma etapa da vida familiar que continua a ser marcada por alguns conflitos, nomeadamente o conhecido “conflito de gerações”, que mais não é do que o desacordo entre as diferentes visões do mundo pelos membros da família de diferentes gerações (Carter & McGoldrick, 1995; Fleming, 2004). A diminuição da importância e da força dos vínculos parentais, associada à diminuição da autoridade parental e aos comportamentos cada vez mais autónomos dos adolescentes são, muitas vezes, uma fonte de desacordo e conflito entre pais e filhos (Relvas, 1996; Fleming, 2005). Para além deste “conflito de gerações”, é importante não esquecer o conflito interior do adolescente no decorrer do processo de afirmação de identidade e de conquista de autonomia, onde o adolescente se sente estranho a si próprio devido a todas as mudanças por que sofre (Relvas, 1995; Fleming, 2005). Segundo Fleming (2005), o adolescente encontra-se numa ambivalência; se por um lado deseja continuar sob a protecção da família e obedecer às suas regras, por outro lado também aumenta o desejo de partir e de experimentar comportamentos exploratórios fora do controlo parental. A mesma autora acrescenta ainda que a ânsia de crescer invoca, simultaneamente, o medo e a ansiedade, que, por sua vez, desencadeiam a necessidade do adolescente procurar defesas/estratégias psicológicas (e comportamentais) para atenuar a intensidade e o sofrimento

psíquico que daí advém. Todo este processo evoca um *stress* adicional na vida do adolescente com o qual ele terá que aprender a lidar.

De acordo com Monat e Lazarus (1985), o *stress* refere-se a qualquer evento no qual as exigências ambientais (externas), as exigências disposicionais (internas), ou ambas, sobrecarregam e excedem os recursos adaptativos do indivíduo. As principais fontes de *stress*, para os adolescentes, podem ser sintetizadas em três conflitos, fulcrais para o seu desenvolvimento: (1) o “conflito de gerações”, entre o adolescente e os adultos, que aparece nos dois contextos de vida mais marcantes para o adolescente, a família (adolescente *vs* pais e/ou outros familiares significativos) e a escola (adolescente *vs* professores); (2) o conflito interior do próprio adolescente, inerente às inúmeras mudanças a que está sujeito ao longo do seu processo de crescimento, durante esta etapa da sua vida; e (3) o conflito com os pares, que poderão exercer uma pressão acrescida, no sentido de aceitação e pertença ao grupo (Carter & McGoldrick, 1995; Relvas, 1996; Alarcão, 2006). Mas, se por um lado, o indivíduo se encontra exposto a eventos *stressantes*, por outro lado também tem disponíveis algumas estratégias que lhe permitem lidar com esses eventos. É, então, neste contexto que surge o conceito de *coping* que, num sentido lato, se refere “às estratégias que são utilizadas pelo ser humano para lidar com as ocorrências indutoras de *stress*” (Vaz Serra, 1999, p. 365).

Lazarus e Folkman (1984, cit. in Vaz Serra, 1999) referem, por sua vez, que o conceito de *coping* caracteriza os esforços cognitivos e comportamentais realizados por um indivíduo para lidar com exigências específicas, internas ou externas, que são avaliadas como ultrapassando os seus recursos. Por seu lado, Monat e Lazarus (1985) recordam que o *coping* se relaciona com os esforços feitos para lidar com as situações de dano, ameaça e desafio, quando o indivíduo não identifica como disponível no seu repertório de comportamentos uma resposta automática para enfrentar essa situação. Assim, e uma vez que não existe uma resposta automática imediatamente disponível, terão de surgir novas soluções ou as que já existem terão que ser adaptadas à situação actual (Monat & Lazarus, 1985).

Diversos autores corroboram a ideia de que as estratégias de *coping* podem assumir diferentes modalidades, dependendo da sua função (Monat & Lazarus, 1985; Antoniazzi, Dell’Aglío, & Bandeira, 1998; Vaz Serra, 1999; Connor-Smith, Saltzman, Thomsen, & Wadsworth, 2001; Dell’Aglío, 2003). O *coping focado no problema* tem por finalidade atenuar ou eliminar a situação que causa *stress*, alterando a relação que existe entre a pessoa e o ambiente que está a provocar a tensão. Algumas dessas estratégias passam por procurar informação acerca da situação (redefinição do elemento *stressor*) e o que é possível fazer para a modificar; solicitar ajuda prática de outras pessoas e resolver os conflitos interpessoais responsáveis pelas dificuldades sentidas (Monat & Lazarus, 1985; Antoniazzi, Dell’Aglío, & Bandeira, 1998; Vaz Serra, 1999). O *coping focado nas emoções* remete para pensamentos ou acções cujo objectivo é atenuar o impacto emocional do *stress* no indivíduo (Monat & Lazarus, 1985; Antoniazzi, Dell’Aglío, & Bandeira, 1998). Esta modalidade é também designada de *coping paliativo*,

no sentido em que não há alteração da situação indutora de *stress*, mas o que se pretende é, apenas, fazer com que a pessoa se sinta melhor (Monat & Lazarus, 1985). Exemplos deste tipo de estratégias são partilhar o problema com outra pessoa, evitar pensar acerca do problema, negar que qualquer coisa está errada e tentar fugir, na realidade ou na imaginação, da situação desagradável em que se vive (Monat & Lazarus, 1985; Vaz Serra, 1999). A estas duas modalidades de *coping* DeLongis e Newth (1998, cit. in Vaz Serra, 1999) acrescentam uma nova dimensão, de natureza interpessoal, que se refere à forma como um indivíduo se relaciona com as outras pessoas em situações *stressantes*, designado de *coping focado na inter-acção social*. Neste contexto, independentemente dos recursos da rede, a qualidade de apoio recebido, ou percebido, é que assume um papel de maior relevância.

Esta classificação não implica, necessariamente, que se use um ou outro processo de *coping* exclusivamente; todos nós empregamos complexas combinações que englobam as estratégias referidas anteriormente, consoante a situação indutora de *stress* (Monat & Lazarus, 1985; Vaz Serra, 1999). As condições que determinam a opção por um processo de *coping*, relativamente a outros, em contextos específicos, são ainda muito complexas e pouco conhecidas. Todavia, podem-se considerar como determinantes do *coping* factores como as circunstâncias ou variáveis situacionais, as opções que se tem disponíveis, a personalidade do indivíduo e a cultura (Monat & Lazarus, 1985).

A eficácia das estratégias de *coping* utilizadas pelos indivíduos, em situações específicas, é outro aspecto controverso e muito discutido na literatura (Monat & Lazarus, 1985; Antoniazzi, Dell’Aglío, & Bandeira, 1998; Vaz Serra, 1999). Apesar das ambiguidades, pode-se afirmar que o grau de eficácia do *coping* é determinado por diversos factores, entre eles os recursos pessoais do indivíduo e a natureza da situação indutora de *stress* (Monat & Lazarus, 1985; Antoniazzi, Dell’Aglío, & Bandeira, 1998; Vaz Serra, 1999). Deste modo, uma determinada estratégia de *coping* não pode ser considerada como boa ou má, adaptativa ou mal adaptativa, pois torna-se necessário ter em conta os dois factores referidos anteriormente, bem como a avaliação que o indivíduo faz do evento *stressante*, em tempos diferentes² (Monat & Lazarus, 1985; Olson, McCubbin e cols., 1985; Antoniazzi, Dell’Aglío, & Bandeira, 1998). Para Compas (1987, cit. in Antoniazzi, Dell’Aglío, & Bandeira, 1998; Dell’Aglío, 2003), todas as estratégias de *coping* são importantes e a sua eficácia é caracterizada pela flexibilidade e mudança, pois, de acordo com Vaz Serra (1999, p. 366), “não há estratégias modelares em relação às quais se possa referir que são forçosamente eficazes ou ineficazes”. Contudo, importa referir que existem estratégias de *coping* que podem ser superiores a outras, desde que utilizadas no momento exacto,

² Uma estratégia de *coping* pode ser considerada adaptativa perante uma situação específica, em determinado momento e, por outro lado, ser vista como mal adaptativa perante uma situação semelhante, mas num tempo diferente (Monat & Lazarus, 1985; Olson, McCubbin e col., 1985; Antoniazzi, Dell’Aglío & Bandeira, 1998).

pela pessoa adequada e tendo em conta a especificidade da situação indutora de *stress* (Vaz Serra, 1999).

As estratégias de *coping* vão-se alterando em consequência do processo de desenvolvimento do indivíduo (Lazarus & DeLongis, 1983, cit. in Antoniazzi, Dell’Aglío, & Bandeira, 1998; Vaz Serra, 1999; Dell’Aglío, 2003), que, por sua vez vai influenciar a forma como ele vai lidar com as situações indutoras de *stress* e, conseqüentemente, as estratégias de *coping* utilizadas para lhes fazer frente (Vaz Serra, 1999).

Meichenbaum e Turk (1982, cit. in Vaz Serra, 1999) admitem que as estratégias de lidar com o *stress* são, na sua generalidade, aprendidas por osmose, ou seja, o indivíduo tem tendência a agir de acordo com o que vê fazer as pessoas significativas com as quais se identifica. Assim, nos primeiros anos do seu desenvolvimento, a criança vê o mundo através dos olhos dos seus pais (e outras pessoas significativas do seu meio), e as principais estratégias que utiliza para enfrentar situações *stressantes* são assimiladas através da imitação de um modelo com a qual a criança melhor se identifique. Contudo, existem outras variáveis que também exercem alguma influência na aquisição destas estratégias, nomeadamente os factores cognitivos e a personalidade do indivíduo (Vaz Serra, 1999).

Espera-se que as estratégias de *coping* sigam um curso de desenvolvimento, mais ou menos, previsível (Compas *et al.*, 2001.). Neste sentido, Gunner (1994, cit. in Compas *et al.*, 2001) refere que os primeiros esforços voluntários de *coping* ocorrem na primeira infância e são, na sua essência, orientados para o alívio de emoções negativas através de processos comportamentais, tais como a procura de ajuda e suporte nos outros significativos e o afastamento das situações indutoras de *stress*. Com o desenvolvimento das capacidades de linguagem e metacognitivas, na infância mais tardia, surgem alguns processos de *coping* mais complexos, de atenuação emocional e resolução de problemas, que incluem o reenquadramento e a reestruturação cognitiva da situação problemática, bem como a formação de soluções alternativas para se encarar as dificuldades referentes a essa mesma situação (Compas *et al.*, 2001).

Como já foi referido antes, e agora no caso mais específico dos adolescentes, o processo de *coping* é percebido em função das características da situação indutora de *stress* e das características de desenvolvimento do próprio sujeito (Dell’Aglío, 2003). Pois, se por um lado, é essencial conhecer o contexto social, tendo em conta a dependência do adolescente em relação aos adultos, por outro lado, o nível de desenvolvimento cognitivo também tende a afectar o que o adolescente percebe como *stressante* e a forma como vai lidar com essa situação indutora de *stress*, ou seja, as suas estratégias de *coping*. Estas, por sua vez, podem variar dependendo da situação indutora de *stress*, do nível de desenvolvimento do indivíduo e dos estilos de resposta ao *stress* aprendidos anteriormente (Compas *et al.*, 2001).

O estudo dos processos de *coping* na adolescência é relativamente recente e apresenta, ainda, um longo desafio (Antoniazzi, Dell’Aglío, & Bandeira, 1998; Plancherel, Bolognini, & Halfon, 1998; Compas *et al.*, 2001; Dell’Aglío, 2003).

Há cerca de quinze anos atrás, os estudos sobre o *coping* na infância e

na adolescência tomavam por base a teoria de *stress*, para adultos, de Lazarus e Folkman (1984), que se fundamenta num processo recíproco de avaliação cognitiva dos recursos de *coping*, por um lado, e dos eventos *stressantes*, por outro (in Antoniazzi, Dell’Aglío, & Bandeira, 1998). Todavia, esta situação representava um defeito na investigação nesta área, por diversos motivos. Primeiro, porque os modelos de *coping* conhecidos até então careciam de uma forte componente desenvolvimental, uma vez que eram delineados, principalmente, para a população adulta (Compas *et al.*, 2001). Segundo, porque grande parte dos procedimentos de avaliação do *coping* era desenvolvida para a população adulta e era aplicada a crianças e adolescentes sem sofrer qualquer modificação (*idem*). Terceiro, porque o facto de não haver consenso entre os investigadores desta área, não permitia uma integração cumulativa dos resultados obtidos nos diversos estudos já realizados acerca do *coping* na infância e na adolescência (Compas *et al.*, 2001). E quarto, porque as situações indutoras de *stress* em crianças e adolescentes não são análogas às dos adultos (Ryan-Wenger, 1992, cit. in Antoniazzi, Dell’Aglío & Bandeira, 1998), uma vez que remetem para a interacção da criança ou adolescente com os pais, com outros membros da família, com os professores, com o grupo de pares, ou ainda, com outras pessoas significativas (Ryan-Wenger, 1992, cit. in Antoniazzi, Dell’Aglío & Bandeira, 1998). Algumas dessas situações envolvem o divórcio dos pais, a hospitalização da criança ou adolescente e situações relacionadas com resultados escolares (in Antoniazzi, Dell’Aglío & Bandeira, 1998). Importa ainda referir que, por vezes, as crianças e os adolescentes estão sujeitos a situações *stressantes* das quais não têm controlo directo (condição sócio-económica da família), e por isso são mais difíceis de serem modificados pela própria criança ou adolescente do que pelos adultos (*idem*).

Nos últimos anos, tem-se verificado um aumento do interesse no estudo dos processos de *coping* durante a adolescência, daí que se possam avançar com alguns resultados derivados da investigação nesta área, que se prende com o estudo dos processos de *coping* ao longo do processo de desenvolvimento do ser humano, nomeadamente na infância e adolescência.

Relativamente à idade, sugere-se que a aptidão necessária para se usar estratégias de *coping focado no problema* parece ser adquirida mais precocemente (aparecem na idade pré-escolar e desenvolvem-se até aos oito/dez anos), enquanto que a capacidade para se utilizar as estratégias de *coping focado na emoção* acontece um pouco mais tarde (aparece no final da infância e desenvolve-se durante a adolescência) (Heckhausen & Schulz, 1995, cit. in Antoniazzi, Dell’Aglío, & Bandeira, 1998; Compas *et al.*, 1991, cit. in Plancherel, Bolognini, & Halfon, 1998; Dell’Aglío, 2003). Compas e colaboradores (1991, cit. in Plancherel, Bolognini, & Halfon, 1998) adiantam três possíveis explicações para esta situação: primeira, porque é mais acessível aprender estratégias de *coping focado no problema* através da imitação do comportamento dos adultos significativos, uma vez que estes são mais facilmente observáveis, em oposição às estratégias de *coping focado na emoção*, que têm um carácter mais implícito; segunda, porque as crianças são menos conscientes das suas emoções; e terceira, porque as crianças ainda não têm a noção de que as suas emoções podem ser auto-

reguladas.

Nos estudos que se propuseram a avaliar as diferenças entre géneros, relativamente às estratégias de *coping* usadas por rapazes e raparigas da mesma faixa etária, a adolescência, também se verificaram algumas diferenças. Na sua generalidade, as raparigas manifestam mais tendência para empregar, como estratégias de resolução de problemas, o suporte social, o investimento nas relações que mantêm com os outros significativos, mostram-se mais disponíveis para falar acerca dos seus sentimentos e são mais auto-confiantes. Por outro lado, os rapazes assumem ser mais agressivos e, neste sentido, têm maior propensão para a expressão de sentimentos negativos (Patterson & McCubbin, 1987; Bird & Harris, 1990; Frydenberg & Lewis, 1991; cit. in Plancherel, Bolognini, & Halfon, 1998).

Neste contexto, e no que se refere às diferenças que se verificam entre os géneros masculino e feminino, a socialização assume um papel importante, uma vez que rapazes e raparigas são socializados de diferentes maneiras. Enquanto as raparigas são socializadas para o uso de estratégias de *coping* pró-sociais, os rapazes são socializados para serem independentes e utilizarem estratégias de *coping* mais competitivas (Antoniuzzi, Dell'Aglio & Bandeira, 1998; Dell'Aglio, 2003). Por sua vez, Carter e McGoldrick (1995) referem que existem diferenças básicas na maneira em que raparigas e rapazes estruturam a sua identidade. Enquanto que as primeiras dependem mais dos relacionamentos e interações que estabelecem com os outros significativos, os segundos preferem dar ênfase à separação e à individuação. Assim, e de acordo com as diferenças supracitadas, pode-se admitir que a socialização e a formação de identidade são dois dos muitos factores que explicam a utilização de diferentes estratégias de *coping*, por rapazes e raparigas da mesma faixa etária.

Outros autores dizem, ainda, que as crianças e os adolescentes utilizam uma grande diversidade de estratégias de *coping*, e que estas podem variar de acordo com os diferentes contextos (escolar, familiar ou social) em que reside a situação problemática e consoante a especificidade inerente ao problema em questão (Spirito e cols., 1991, cit. in Plancherel, Bolognini, & Halfon, 1998; Boekaerts, 1996, in Dell'Aglio, 2003).

Importa, também, referir que as estratégias que as crianças e os adolescentes utilizam com maior frequência são as diversas formas de *coping* externo (como analisar e controlar a situação indutora de *stress* e procurar apoio social) e de *coping* interno (planear uma solução para o problema e consideração de diferentes possibilidades) (Blanchard-Fields & Irion, 1988, in Plancherel, Bolognini, & Halfon, 1998; Boekaerts, 1996, in Dell'Aglio, 2003). Por outro lado, as que são raramente utilizadas são as estratégias que envolvem sentimentos de autodestruição, agressão, confronto e controlo da ansiedade (Boekaerts, 1996, cit. in Dell'Aglio, 2003).

O tipo de estratégias que os indivíduos, neste caso os adolescentes, utilizam para lidar com os eventos *stressantes* influencia, de alguma forma, o seu bem-estar físico e psicológico, bem como a percepção que têm da sua qualidade de vida (Vaz Serra, 1999).

O interesse pelo conceito de qualidade de vida é relativamente recente

e pode-se afirmar que, apesar dos esforços direcionados para a definição e avaliação deste constructo, existe ainda alguma falta de clareza quanto ao seu significado e à sua mensuração (Seidl & Zannon, 2004). Assim, em 1991, uma equipa de investigadores da OMS³ propôs-se a desenvolver uma definição unificadora e transcultural de qualidade de vida. Neste contexto, a qualidade de vida foi definida como a percepção individual que o sujeito tem relativamente à posição que ocupa na vida, no contexto cultural e de valores em que se insere, tendo como referência os seus objectivos, expectativas, padrões e interesses (Berlim & Fleck, 2003; Seidl & Zannon, 2005; Santos, 2006). A ênfase desta definição é, em primeiro lugar, para a natureza subjectiva da qualidade de vida, que é concebida como uma experiência interna, influenciada por acontecimentos exteriores, mas colorida pelas experiências anteriores do sujeito, pelo seu estado mental, pela sua personalidade e pelas suas expectativas; e, em segundo lugar, na necessidade de explorar todos os aspectos da vida de um indivíduo que possam ter um impacto significativo na qualidade de vida (Berlim & Fleck, 2003).

A partir do início da década de 90 verificou-se, também, um consenso crescente entre os investigadores da área, relativamente a dois aspectos relevantes referentes ao conceito de qualidade de vida: subjectividade e multidimensionalidade (Seidl & Zannon, 2005; Santos, 2006). A *subjectividade* considera a percepção que cada pessoa tem do seu estado de saúde e dos aspectos não-médicos da sua vida, isto é, permite perceber de que forma o indivíduo avalia a sua situação pessoal em cada uma das dimensões relacionadas com a qualidade de vida⁴. A *multidimensionalidade* refere-se ao reconhecimento de que o constructo de qualidade de vida é composto por várias e distintas dimensões (Seidl & Zannon, 2005). Neste sentido, diversos estudos têm sido efectuados com o propósito de se identificar as dimensões relativas ao constructo de qualidade de vida. Aquelas que reuniram maior consenso entre os investigadores foram: (1) a dimensão física – percepção do indivíduo sobre a sua condição física; (2) a dimensão psicológica – percepção do indivíduo acerca do seu estado emocional e cognitivo; e (3) a dimensão social – percepção do indivíduo acerca dos seus relacionamentos sociais e dos papéis sociais que adopta (Berlim & Fleck, 2003; Seidl & Zannon, 2005; Santos, 2006).

No contexto de investigação com crianças e adolescentes, Wallander

³ Organização Mundial de Saúde

⁴ Actualmente, muitos dos investigadores interessados pelo estudo da qualidade de vida já põem em evidência que a qualidade de vida deve ser avaliada pela própria pessoa. Contudo, quando a investigação acerca deste constructo estava ainda no início, a sua avaliação era feita por um observador, usualmente um profissional de saúde, ou seja, a qualidade de vida era avaliada de uma forma objectiva (Seidl & Zannon, 2005). Esta avaliação objectiva, muitas vezes, não correspondia à avaliação subjectiva, realizada pela própria pessoa, uma vez que os elementos psicossociais da experiência de cada um nem sempre estão à vista de observadores externos. Neste sentido, pode-se supor que cada indivíduo é o melhor juiz do seu estado de saúde e qualidade de vida (Berlim & Fleck, 2003).

(2001, cit. *in* Santos, 2006) propõe que a qualidade de vida seja definida como a combinação do bem-estar subjectivo e objectivo, em múltiplos domínios da vida considerados salientes na cultura do próprio e no seu tempo histórico, dentro do âmbito dos padrões universais dos direitos humanos. O estudo da qualidade de vida em crianças e adolescentes comporta, ainda, um desafio adicional paralelo à necessidade de se ter em consideração uma perspectiva desenvolvimentista, o que vai ter consequências quer na própria definição do constructo, quer para os conteúdos a incluir nas várias dimensões da qualidade de vida⁵, quer ainda em termos dos instrumentos de avaliação a utilizar nas diferentes etapas do desenvolvimento (Santos, 2006).

A investigação sobre a qualidade de vida em crianças e adolescentes da população geral é muito escassa, já que grande parte dos estudos se destinam à avaliação da Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde (QVRS) que, de acordo com Spieth e Harris (1996, cit. *in* Santos, 2006), se refere ao impacto objectivo e subjectivo da doença e do tratamento na qualidade de vida. Numa perspectiva do “paciente”, a qualidade de vida relacionada com a saúde reflecte a avaliação que o indivíduo faz do seu próprio funcionamento e bem-estar, nos domínios da sua vida mais relacionados com a saúde (Koot, 2001, cit. *in* Santos, 2006).

Neste contexto, espera-se que, na sua generalidade, os adolescentes com incapacidades experimentem desvantagens na saúde e na qualidade de vida, quando comparados com a população geral. Isto deve-se ao facto de que as pessoas com incapacidades, por um lado, experimentam privações de acesso aos serviços de saúde e de cuidados médicos, e, por outro lado, são consideradas uma população de risco acrescido, relativamente a determinadas condições relativas à saúde. Não obstante, ao mesmo tempo, também é importante não reduzir a qualidade de vida à incapacidade ou ao estado funcional do indivíduo e, assim, assumir que os adolescentes com incapacidades experimentam uma qualidade de vida mais baixa relativamente aos adolescentes “saudáveis”. (Patrick & Erikson, 1993; Patrick, 1997, *in* Edwards, Huebner, Connel & Patrick, 2002). Uma possível explicação para esta situação é que o factor chave na determinação da qualidade de vida é a percepção que o próprio indivíduo tem da vida, na sua globalidade. Então, apesar de alguns adolescentes viverem num contexto menos favorável (a nível físico, cultural e social), eles podem ter experimentado uma qualidade relativamente boa, dependendo das suas estratégias de *coping* e das suas capacidades de adaptação e da percepção que têm daquele contexto específico. Por outro lado, um adolescente que tenha uma condição sócio-económica próspera e uma boa saúde psicológica pode avaliar a sua qualidade de vida como relativamente pobre (Edwards, Huebner, Connell & Patrick, 2002).

Num estudo realizado por Edwards e colaboradores (2002), cuja finalidade era o desenvolvimento de um modelo conceptual para a avaliação

⁵ Apesar das dimensões poderem ser semelhantes, a sua operacionalização pode variar ao longo do processo de desenvolvimento (Santos, 2006).

genérica da qualidade de vida na adolescência, foram entrevistados adolescentes entre os doze e os dezoito anos, com e sem incapacidades, acerca do constructo qualidade de vida. Para além disso, foram ainda questionados um grupo de pais de adolescentes com as características referidas anteriormente, e um grupo de profissionais de saúde mental que trabalhavam com adolescentes. Os resultados mostraram que os temas que os adolescentes, com e sem incapacidades, mencionam, espontaneamente, ao descreverem a sua qualidade de vida são os amigos, a família, a confiança em si próprios (“belief in self”) e a aprendizagem escolar. Por seu lado, os adultos realçaram temas diferentes, comparativamente aos adolescentes. Assim, os seguintes temas foram classificados como importantes por todos os membros, nos respectivos grupos, quando questionados acerca do que consideravam ser mais importante para a qualidade de vida dos adolescentes: (a) profissionais de saúde: estar livre de violência (“freedom from violence”), ambiente seguro (físico e emocional) e confiança em si próprio (“belief in self”); (b) pais de adolescentes sem incapacidade: família e esperança para o futuro; e (c) pais de adolescentes com incapacidade: ser aceite pelos pares, estar com os amigos, não ser visto como diferente, independência, auto-confiança, ter pais atentos/preocupados (“attentive parents”), auto-estima e bens materiais. Concluiu-se que, na sua generalidade, os adultos classificam o estar e sentir-se seguro, a esperança para o futuro e a aceitação pelo grupo de pares de uma forma mais favorável e como sendo mais importantes para a qualidade de vida dos adolescentes, comparativamente a estes⁶.

Num outro estudo realizado por Cummins (2000), que pretendia perceber a manutenção da qualidade de vida subjectiva na adolescência, apontou-se uma provável relação entre esta e o humor depressivo. A adolescência é uma época de grandes dificuldades exaltadas pelas mudanças biológicas e sociais inerentes a esta etapa de desenvolvimento. É, então, possível que a qualidade de vida subjectiva diminua durante a adolescência. De acordo com Greenberger e Chen (1996, cit. in Cummins, 2000), o humor depressivo é uma perturbação muito frequente da adolescência “regular” e, sendo assim, é uma influência importante para o bem-estar do adolescente, o que, por sua vez, pode vir a alterar a sua percepção da qualidade de vida⁷.

Por sua vez, Topolski, Edwards e Patrick (2004, cit. in Chavez, Matías-Carrelo, Barrio, & Canino, 2007) afirmaram que, para os adolescentes, a estrutura da qualidade de vida devia incorporar tanto os aspectos positivos, como os aspectos negativos relativos à saúde e ao bem-estar. Os mesmos autores mostraram que a qualidade de vida dos adolescentes inclui alguns aspectos relevantes, para além da saúde física, tais

⁶ Para uma análise mais detalhada deste estudo, consultar Edwards, T., Huebner, C., Connell, F., & Patrick, D. (2002). Adolescent quality of life, Part I: conceptual and measurement model. *Journal of Adolescence*, 25, 275-286.

⁷ Para uma análise mais detalhada deste estudo, consultar Cummins, F. (2000). Quality of life in adolescence: The role of perceived control, parenting style, and social support. *Behaviour Change*, 17(3), 196-207.

como o sentido de si próprio (“sense of self”), as relações sociais, o meio ambiente, a cultura e a satisfação com a vida, na sua globalidade.

II – Objectivos

Tendo em conta que os estudos acerca das estratégias de *coping* e da qualidade de vida na adolescência são escassos, seria pertinente analisar de que forma os adolescentes portugueses utilizam as várias estratégias de *coping* de que dispõem e de que forma percebem a sua qualidade de vida. Contudo, devido ao tamanho da amostra ser muito reduzido ($n = 40$), a adaptação dos instrumentos que avaliam esses constructos não foi possível; assim, optou-se por não se proceder à análise das estratégias de *coping* preferencialmente utilizadas pelos adolescentes, bem como à análise das áreas de maior satisfação com a qualidade de vida, entre os adolescentes, tendo em conta que neste estudo se utilizaram as dimensões propostas pelos autores dos instrumentos originais porque, novamente devido ao n da amostra, não foi possível realizar uma análise factorial a esses instrumentos.

Sendo assim, o presente estudo tem como objectivos:

a) Analisar a relação existente entre a utilização das estratégias de coping e a percepção da qualidade de vida, entre os adolescentes.

b) Avaliar o efeito das variáveis sócio-demográficas (idade, género, nível sócio-económico, local de residência e habilitações literárias) na forma como os adolescentes utilizam as várias estratégias de coping e como percebem a sua qualidade de vida.

III – Metodologia

3.1. Amostra

A amostra utilizada neste estudo foi recolhida no âmbito de um projecto de investigação mais vasto sobre *stress*, *coping* e qualidade de vida familiares, em que participaram 14 mestrandos do quinto ano do Mestrado Integrado em Psicologia da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

A amostra geral é constituída por 507 sujeitos, com idades compreendidas entre os 12 e os 88 anos ($M = 40,67$ e $DP = 17,22$), sendo que 161 sujeitos são de sexo masculino (31,8%) e 346 são do sexo feminino (68,2%).

A amostra utilizada especificamente neste estudo é constituída por 40 adolescentes com idades compreendidas entre os 12 e os 18 anos ($M = 15,33$ anos; $DP = 1,82$ anos), sendo que 19 sujeitos são do sexo masculino (47,5%) e 21 são do sexo feminino (52,5%). Quanto às habilitações literárias, 12 dos sujeitos têm o sexto ano de escolaridade (30%); 24 têm o nono ano (60%) e 4 frequentam o décimo segundo ano (10%).

Relativamente à etapa do ciclo vital, 27 dos sujeitos encontram-se em “famílias com filhos adolescentes” (67,5%), 11 em “famílias lançadoras” (27,5%) e apenas 1 sujeito em “famílias ninho vazio” (2,5%). Verifica-se, ainda, a existência de um sujeito (2,5%) em que “não se aplica” nenhuma das categorias. Na sua totalidade, 34 famílias são “nucleares intactas” (85%), 3 são reconstituídas (7,5%) e outras 3 são monoparentais (7,5%).

Quanto ao local de residência, 28 dos sujeitos (70%) vivem num meio predominantemente rural; dos restantes, 6 vivem num meio predominantemente urbano (15%) e os outros 6 num meio medianamente urbano (15%). Por fim, e no que respeita ao estatuto sócio-económico, verifica-se que 21 sujeitos (52,5%) pertencem a um nível baixo; 14 pertencem a um nível médio (35%) e 5 pertencem a um nível sócio-económico elevado (12,5%).

A Tabela 1 condensa as características da amostra referidas até aqui.

Tabela 1: Descrição da amostra

Variável	Frequência	Percentagem (%)
Idade		
12	2	5
13	6	15
14	8	20
15	2	5
16	10	25
17	7	17.5
18	5	12.5
TOTAL	40	100
Género		
Masculino	19	47.5
Feminino	21	52.5
TOTAL	40	100
Hab. Literárias		
6º ano	12	30
9º ano	24	60
12º ano	4	10
TOTAL	40	100
Etapa ciclo vital		
Filhos adolescentes	27	67.5
Família lançadora	11	27.5
Ninho vazio	1	2.5
Não se aplica	1	2.5
TOTAL	40	100
Formas de família		
Nuclear intacta	34	85
Reconstituída	3	7.5
Monoparental	3	7.5
TOTAL	40	100

Local de residência		
Predominantemente urbano	6	15
Medianamente urbano	6	15
Predominantemente rural	28	70
TOTAL	40	100
Nível sócio-económico		
Baixo	21	52.5
Médio	14	35
Alto	5	12.5
TOTAL	40	100

3.2. Instrumentos

O protocolo utilizado neste estudo é constituído por quatro instrumentos: um questionário demográfico⁸, uma ficha de dados complementares⁹, um questionário de avaliação das estratégias de *coping* (F-COPES)¹⁰ e um questionário de avaliação da qualidade de vida subjectiva (*Quality of Life – Formulário para Adolescentes*)¹¹. De seguida, passa-se a apresentar, mais detalhadamente, cada um destes instrumentos.

- *Questionário demográfico*

Este questionário tinha como principal objectivo a identificação e caracterização do sujeito e da sua família. Sendo assim, são consideradas as variáveis relativas à nacionalidade, local de residência, idade, estado civil, habilitações literárias e profissão principal do sujeito, bem como dos elementos que constituem o seu agregado familiar. Estas informações também são recolhidas em relação aos filhos que, eventualmente, já tenham saído do agregado familiar. O questionário contempla, ainda, outras variáveis, tais como, a religião professada, o número de filhos e a situação na profissão relativamente ao elemento do agregado familiar considerado a principal fonte de suporte da família.

Este questionário contém, no final, duas questões a serem preenchidas pelo investigador, referentes à etapa do ciclo vital em que a família se encontra e ao nível sócio-económico da mesma. Relativamente à primeira, foi utilizada a classificação proposta por Olson e McCubbin (1983), que compreende sete etapas do ciclo vital da família: *jovens casais sem filhos*; *famílias com filhos pequenos ou em idade pré-escolar*; *famílias com filhos em idade escolar*; *famílias com filhos adolescentes*; *famílias “lançadoras”*; *“ninho vazio”*; e *família na reforma*. Relativamente ao nível sócio-económico, foi utilizada a classificação usada por Simões (1994, p. 281-286), resultante do cruzamento da situação na profissão, da profissão

⁸ Consultar anexo 1.

⁹ Consultar anexo 2.

¹⁰ Consultar anexo 3.

¹¹ Consultar anexo 4.

principal e das habilitações literárias.

- Ficha de dados complementares

A ficha de dados complementares tinha como principal objectivo aceder a um conjunto de informações relativas ao historial médico do respondente e da sua família.

Assim, numa primeira parte, nesta ficha procura-se saber se existe alguma doença crónica ou outro tipo de problemas na família (*e.g.* diabetes, hipertensão, obesidade, depressão, entre outras). Em caso de resposta afirmativa, é questionado qual a doença ou tipo de problema, como classifica o seu impacto na família (numa escala de resposta tipo *Likert* de 5 pontos, em que 1 é muito fraco e 5 é muito forte) e qual a percepção da sua gravidade (ligeira, moderada ou severa), sendo solicitado ao respondente que justifique esta última resposta. Seguidamente, procura-se perceber qual o tipo de apoio a que a família pode recorrer, na doença ou em outras situações difíceis, tendo em conta as seguintes fontes de apoio: a família chegada, a família alargada, a comunidade e as instituições. É ainda avaliada a percepção do respondente relativamente ao *stress* familiar, à qualidade de vida familiar e à forma como a família se adapta, em geral, às dificuldades.

Na segunda parte desta ficha são colocadas algumas questões mais específicas. Inicialmente, pretende-se saber, em média, quantas vezes o respondente recorre ao seu Centro de Saúde e quais os cinco motivos mais frequentes pelos quais a sua família recorre a essa instituição. Questiona-se, também, se o respondente sofreu algum acidente, durante o último ano e se sim, qual o tipo de acidente. Para além disso, procura-se ainda saber se, no último ano, alguém significativo para o respondente teve um acidente, faleceu ou se divorciou. Caso a resposta a uma destas três questões seja afirmativa, averigua-se qual era o tipo de relação que tinha com o respondente (*e.g.* amigo(a), namorado(a), familiar, entre outros). Finalmente, questiona-se se alguém da família já alguma vez recorreu a algum tipo de ajuda psicológica; se a resposta for afirmativa, procura-se saber em que tipo de instituição, qual foi o pedido, durante quanto tempo teve apoio e se esse apoio ainda se verifica actualmente.

- F-COPES (McCubbin, Olson & Larsen, 1981)

O F-COPES (*Family Crisis Oriented Personal Scales*) foi desenvolvido com o objectivo de identificar as estratégias comportamentais e de resolução de problemas utilizadas pelas famílias perante situações difíceis ou problemáticas.

O instrumento original era composto por 30 itens, mas como o item 18 foi retirado por não se agrupar em nenhum factor, passou a ter 29 itens.

A escala de resposta é uma escala de Tipo *Likert*, de 5 pontos, em que 1 é “discordo muito” e 5 é “concordo muito”. A cotação, por sua vez, é feita de modo a que uma pontuação elevada corresponda a um número elevado de estratégias de *coping* utilizados pela família. A versão original do F-COPES permite obter dois indicadores: o resultado total das Estratégias de *Coping* e o resultado por Factor/Dimensão.

Na sua versão original, este questionário de auto-resposta apresenta

cinco factores, agrupados em duas grandes dimensões: interna e externa. Assim, as estratégias de *coping* interno correspondem ao *reenquadramento* e à *avaliação passiva* e nas estratégias de *coping* externo encontramos a *procura de suporte social*, a *procura de suporte espiritual* e a *mobilização da família para obter e aceitar ajuda – apoio formal* (Olson, McCubbin e cols., 1985). A Tabela 2 inclui a distribuição dos itens pelas diferentes sub-escalas e os resultados da análise da consistência interna, para cada sub-escala e para a escala total, de acordo com o estudo original. Por sua vez, a Tabela 3 inclui os alfas, as médias e os desvios-padrão, para cada uma das sub-escalas, de acordo com a amostra em estudo. Importa realçar que como o número de sujeitos da amostra é muito pequeno ($n = 40$), é difícil obter valores rigorosos, nomeadamente na análise da consistência interna; assim, esta pode ser referida, apenas, como uma análise exploratória das qualidades psicométricas deste instrumento. Todavia, e apesar de alguns alfas se revelarem baixos, decidiu-se partir para a análise das dimensões propostas pelos autores, para a análise dos dados recolhidos para este estudo.

Tabela 2: Distribuição dos itens pelas diferentes sub-escalas e resultados da análise da consistência interna de cada sub-escala e da escala total, de acordo com o estudo original (McCubbin, Olson e Larsen, 1981)

Sub-escalas	Itens	Alfa de Cronbach
Procura de suporte social	1, 2, 4, 5, 10, 16, 20, 25 e 29	.83
Reenquadramento	3, 7, 11, 13, 15, 19, 22 e 24	.82
Procura de suporte espiritual	14, 23, 27 e 30	.80
Mobilização de apoio formal	6, 8 e 21	.71
Avaliação passiva	12, 17, 26 e 28	.86
TOTAL		.86

Tabela 3: Alfas de Cronbach, médias e desvios-padrão, para cada sub-escala, de acordo com a amostra em estudo

Sub-escalas	Alfa de Cronbach	Média	Desvio-Padrão
Procura de suporte social	.68	28,61	4,66
Reenquadramento	.54	29,08	3,28
Procura de suporte espiritual	.82	10,87	3,76
Mobilização de apoio formal	.53	7,38	2,52
Avaliação passiva	.26	11,5	2,41
TOTAL	.86	93	13,41

No presente estudo foi utilizada a versão portuguesa do F-COPES, elaborada por Vaz Serra, Firmino, Ramalheira e Canavarro (1990), com a designação de Escalas de Avaliação Pessoal Orientadas para a Crise em Família; porém, não existe dados disponíveis para a população adolescente.

Apesar da versão original da escala ser composta por 29 itens, decidimos seguir as versões inglesa, espanhola e francesa do F-COPES e manter o item 18 (“Fazemos exercício físico com os amigos para nos

mantermos numa boa condição física”), perfazendo assim os 30 itens da escala original.

Uma vez que a amostra era constituída apenas por 40 sujeitos, não foi possível proceder-se à análise factorial deste instrumento. Relativamente à análise da consistência interna, o alfa de *Cronbach* da escala total revela-se muito satisfatório (0,86), sendo análogo ao alcançado pelos autores da escala original (0,86). Relativamente aos 30 itens que compõem a escala, verifica-se que alguns (itens 10, 11, 13, 15, 19, 22, 26, 28 e 29) apresentam uma correlação item-total baixa (inferior a 0,3); porém optou-se por não se abandonar nenhum deles, uma vez que o valor do alfa total não revelava ganhos de relevo, caso se decidisse retirar esses itens (ver Tabela 4).

Tabela 4: Item-Total Statistics (F-COPES)

	<i>Corrected Item-Total Correlation</i>	<i>Cronbach's Alpha if Item Deleted</i>
FC1	,585	,849
FC2	,300	,855
FC3	,347	,854
FC4	,644	,846
FC5	,549	,848
FC6	,325	,855
FC7	,516	,851
FC8	,250	,857
FC9	,498	,849
FC10	,020	,864
FC11	,190	,857
FC12	,454	,851
FC13	,244	,857
FC14	,504	,849
FC15	,248	,856
FC16	,255	,856
FC17	,489	,850
FC18	,530	,848
FC19	,198	,857
FC20	,604	,846
FC21	,316	,855
FC22	-,005	,862
FC23	,562	,847
FC24	,519	,850
FC25	,614	,846
FC26	,089	,860
FC27	,670	,847
FC28	,232	,857
FC29	,199	,857
FC30	,491	,849

- *Quality of life* (Olson & Barnes, 1982)

É um instrumento de auto-resposta, disponível em duas versões: uma versão parental e outra para adolescentes e pretende avaliar a percepção individual de bem-estar e satisfação com a vida, em diferentes domínios.

A escala de resposta é uma escala de Tipo *Likert*, de 5 pontos, em que 1 é “discordo muito” e 5 é “concordo muito”, sendo que um resultado mais elevado corresponde a uma maior satisfação com a qualidade de vida. A sua versão original permite-nos obter o resultado total da percepção da Qualidade de Vida, bem como o resultado por Factores.

A versão parental é constituída por 40 itens e a versão para adolescentes é constituída por 25 itens; importa, ainda, salientar que 19 itens são comuns às duas escalas. Este questionário encontra-se organizado em 12 domínios: a *Vida Familiar*, os *Amigos*, a *Família Alargada*, a *Saúde*, o *Lar*, a *Educação*, o *Lazer*, a *Religião*, os *Mass Media*, o *Bem-estar Financeiro* e a *Vizinhança e Comunidade*. Os domínios presentes em ambas as versões são basicamente os mesmos, à excepção do *Casamento* e *Emprego*, presentes na versão parental, e do *Lazer*, *Educação* e *Família Alargada*, presentes na versão para adolescentes. Sendo assim, os domínios existentes no formulário para adolescentes, utilizado neste estudo, são a *Vida Familiar*, os *Amigos*, a *Família Alargada*, a *Saúde*, o *Lar*, a *Educação*, o *Lazer*, a *Religião*, os *Mass Media*, o *Bem-estar Financeiro* e a *Vizinhança e Comunidade* (Olson, McCubbin e cols., 1985). A Tabela 5 reporta-se à distribuição dos itens pelas diferentes sub-escalas.

Tabela 5: Distribuição dos itens pelas diferentes sub-escalas

Sub-escalas	Itens
Vida familiar	1,2 e 3
Amigos	4
Família alargada	4
Saúde	6 e 7
Lar	8 e 9
Educação	10
Lazer	11 e 12
Religião	13 e 14
<i>Mass Media</i>	15, 16, 17 e 18
Bem-estar financeiro	19, 20 e 21
Vizinhança e comunidade	22, 23, 24 e 25

Uma vez mais, considerando o *n* da amostra, não foi possível, no nosso estudo, proceder-se à análise factorial deste instrumento.

Na análise da consistência interna, o alfa de *Cronbach* da escala total revela-se bom (0,90), sendo superior ao alfa alcançado pelos autores da escala, na versão para adolescentes (0,86). Relativamente aos 25 itens que compõem a escala, verifica-se que dois (itens 3 e 23) apresentam uma correlação item-total baixa (inferior a 0,3); contudo, optou-se por não se abandonar nenhum dos dois, uma vez que o valor alfa da escala total não revelava ganhos de relevo, caso se decidisse retirar esses itens (ver Tabela

6). Relativamente a este instrumento, não foi possível efectuar a análise da consistência interna para cada uma das sub-escalas. Uma vez que se decidiu utilizar, neste estudo, as dimensões propostas pelos autores originais, verificou-se que existiam algumas sub-escalas compostas, apenas, por um ou dois itens, o que, associado ao n da amostra, acabou por limitar a realização da análise da consistência interna para cada uma das sub-escalas do instrumento.

Tabela 6: Item-Total Statistics (*Quality of life*)

	<i>Corrected Item-Total Correlation</i>	<i>Cronbach's Alpha if Item Deleted</i>
Qa vida familiar 1	,634	,893
Qa vida familiar 2	,322	,904
Qa vida familiar 3	,207	,902
Qa amigos 4	,459	,896
Qa família alargada 5	,593	,893
Qa saúde 6	,525	,894
Qa saúde 7	,455	,896
Qa casa 8	,606	,893
Qa casa 9	,486	,895
Qa educação 10	,494	,895
Qa lazer 11	,523	,894
Qa lazer 12	,665	,891
Qa religião 13	,586	,893
Qa religião 14	,680	,892
Qa mass media 15	,465	,896
Qa mass media 16	,558	,894
Qa mass media 17	,623	,892
Qa mass media 18	,667	,891
Qa bem estar fin 19	,632	,893
Qa bem estar fin 20	,529	,894
Qa bem estar fin 21	,546	,894
Qa vizinhança 22	,297	,899
Qa vizinhança 23	,226	,900
Qa vizinhança 24	,299	,899
Qa vizinhança 25	,459	,897

3.3. Procedimentos

Para a recolha dos dados da investigação global foi composto um protocolo com cinco questionários distintos: um questionário demográfico, uma ficha de dados complementares, o F-COPES (escalas de avaliação pessoal orientadas para a crise em família), o Inventário da Qualidade de Vida (versão para pais e versão para adolescentes) e o FILE (inventário familiar de acontecimentos e mudanças de vida)¹². Apesar do protocolo ter

¹² Uma vez que o FILE não foi utilizado no presente estudo optou-se por não

sido construído previamente ao nosso estudo (Mestrado Integrado do ano lectivo 2006/2007), procederam-se a algumas alterações em dois dos questionários (questionário socio-demográfico e ficha de dados complementares), uma vez que o que se pretendia era a recolha de uma amostra da população geral, seguindo alguns critérios¹³.

O processo de selecção da amostra decorreu entre 15 de Novembro de 2007 e 31 de Janeiro de 2008 e os instrumentos, a ser preenchidos pelo próprio sujeito, deveriam seguir uma determinada ordem: questionário sócio-demográfico, ficha de dados complementares, F-COPES e *Quality of life*. Na sua aplicação foi utilizado um guião, com o objectivo de uniformizar os procedimentos. Assim, o elemento da equipa apresentava-se, explicava os objectivos da investigação e clarificava a confidencialidade e o anonimato das respostas. Por fim, seguia-se o preenchimento dos questionários, pela ordem referida anteriormente.

IV – Resultados

Previamente ao estudo dos objectivos propriamente ditos, procedeu-se à análise do pressuposto da normalidade, avaliado com o teste de *Shapiro-Wilk*, quer para a escala total, quer para as várias sub-escalas de cada instrumento, considerando que o *n* da amostra era inferior a 50 sujeitos.

Verificou-se, no F-COPES, que a escala total (S-W=.969; *p*=.378) e as sub-escalas *suporte social* (S-W=.978; *p*=.651), *suporte espiritual* (S-W=.964; *p*=.270) e *apoio formal* (S-W=.958; *p*=.175) cumpriam pressuposto da normalidade, enquanto que as sub-escalas *reenquadramento* (S-W=.934; *p*=.030) e *avaliação passiva* (S-W=.936; *p*=.035) violavam esse pressuposto (ver Tabela 7).

Por sua vez, no inventário *Quality of life*, verificou-se que a escala total (S-W=.947; *p*=.082) e as sub-escalas *mass media* (S-W=.967; *p*=.352), *bem-estar financeiro* (S-W=.957; *p*=.168) e *vizinhança e comunidade* (S-W=.967; *p*=.357) cumpriam o pressuposto da normalidade, enquanto que as sub-escalas *vida familiar* (S-W=.939; *p*=.047), *amigos* (S-W=.798; *p*=.000), *família alargada* (S-W=.850; *p*=.000), *saúde* (S-W=.933; *p*=.030), *lar* (S-W=.914; *p*=.008), *educação* (S-W=.873; *p*=.001), *lazer* (S-W=.923; *p*=.016) e *religião* (S-W=.858; *p*=.000) violavam esse pressuposto (ver Tabela 8).

Deste modo, para as escalas totais e para as sub-escalas que cumpriam o pressuposto da normalidade utilizaram-se testes paramétricos; por outro lado, para as sub-escalas que violavam esse pressuposto utilizaram-se testes não-paramétricos.

se caracterizar, de forma mais detalhada, este instrumento.

¹³ Os adolescentes deviam ter entre 12 e 18 anos; por seu lado, os adultos deviam ter constituído já família.

Tabela 7: Tests of Normality (F-COPES)

	Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.
COPES TOTAL	,969	37	,378
Copes suporte social	,978	37	,651
Copes reenquadramento	,934	37	,030*
Copes suporte espiritual	,964	37	,270
Copes apoio formal	,958	37	,175
Copes avaliação passiva	,936	37	,035*

* $p \leq .05$ **Tabela 8: Tests of Normality (Quality of life)**

	Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.
QV TOTAL	,947	36	,082
QV vida familiar	,939	36	,047*
QV amigos	,798	36	,000*
QV família alargada	,850	36	,000*
QV saúde	,933	36	,030*
QV lar	,914	36	,008*
QV educação	,873	36	,001*
QV lazer	,923	36	,016*
QV religião	,858	36	,000*
QV mass media	,967	36	,352
QV bem-estar financeiro	,957	36	,168
QV vizinhança e comunidade	,967	36	,357

* $p \leq .05$

Posteriormente, passou-se à análise dos objectivos propostos para este estudo, que serão apresentados de seguida.

a) *Analisar a relação existente entre a utilização das estratégias de coping e a percepção da qualidade de vida, entre os adolescentes.*

Para analisar a relação existente entre a utilização das estratégias de coping e a percepção da qualidade de vida, entre os adolescentes, recorreu-se a uma análise correlacional entre as duas variáveis em estudo através do cálculo do coeficiente de correlação de *Pearson*, uma vez que ambas as variáveis cumpriam o pressuposto da normalidade.

Os dados obtidos ($r=.560$; $p=.001$) indicam que existe uma correlação positiva significativa entre a utilização das estratégias de coping e a percepção da qualidade de vida, entre os adolescentes (ver Tabela 9). Estes valores indicam que, em média, quanto maior é o coping dos adolescentes, maior é também a percepção da sua qualidade de vida.

Tabela 9: Correlations

		QV TOTAL (n=34)
COPES TOTAL (n=37)	Pearson Correlation	,560(**)
	Sig. (2-tailed)	,001

**Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

b) Avaliar o efeito das variáveis sócio-demográficas (idade, género, nível sócio-económico, local de residência e habilitações literárias) na forma como os adolescentes utilizam as várias estratégias de coping e como percebem a sua qualidade de vida.

- Género e Idade

A fim de averiguar o impacto das variáveis género e idade na forma como os adolescentes utilizam as várias estratégias de coping, procedeu-se ao cálculo da ANOVA Factorial *two-way* para a escala total.

Na análise dos dados não se encontraram diferenças estatisticamente significativas para nenhuma das variáveis independentes, bem como na interação entre elas ($p > .05$). Para as sub-escalas que cumpriam o pressuposto da normalidade (*suporte social*, *suporte espiritual* e *apoio formal*), também foram realizadas ANOVAS Factoriais. Na análise dos resultados verificou-se, novamente, que não existem diferenças estatisticamente significativas nas variáveis em estudo (idade e género), assim como a interação entre elas também não se revelou significativa ($p > .05$). Isto é, a utilização das estratégias de coping, por parte dos adolescentes, na sua globalidade e, particularmente, ao nível do *suporte social*, *suporte espiritual* e *apoio formal*, não varia em função da idade nem do género, nem mesmo na interação entre eles (ver Tabela 10).

Tabela 10: ANOVAS Factoriais (F-COPES)

	<i>df</i>	<i>F</i>	<i>Sig.</i>
Copes Total			
Género	1	1.791	.193
Idade	6	.466	.826
Género*Idade	5	.837	.538
Suporte Social			
Género	1	1.100	.304
Idade	6	.595	.731
Género*Idade	5	.217	.952
Suporte Espiritual			
Género	1	.005	.945
Idade	6	.621	.712
Género*Idade	5	.889	.502
Apoio Formal			
Género	1	.908	.349
Idade	6	1.174	.349
Género*Idade	5	.168	.972

Paralelamente, para as sub-escalas *reenquadramento* e *avaliação passiva*, que não cumpriam o pressuposto da normalidade, foram utilizados testes não-paramétricos, nomeadamente o teste *U* de *Mann-Whitney* para amostras independentes, para avaliar o efeito da variável género e o teste *Kruskal-Wallis* para amostras independentes, para avaliar o efeito da

variável idade, na forma como os adolescentes utilizam as várias estratégias de *coping*. Na análise dos dados, verificou-se a existência de diferenças significativas, apenas, na sub-escala *avaliação passiva*, tendo em conta a variável género ($U=118$; $p=.026$) (ver Tabela 11), sendo a média dos rapazes ($M=24,79$) superior à das reparigas ($M=16,62$) (ver Tabela 12). No que concerne à variável idade, nenhum factor revelou diferenças significativas (ver Tabela 13).

Tabela 11: Teste U de Mann-Whitney para as sub-escalas reenquadramento e avaliação passiva, de acordo com a variável género

	Reenquadramento	Avaliação passiva
Mann-Whitney U	160,000	118,000
Wilcoxon W	391,000	349,000
Z	-1,080	-2,229
Asymp. Sig. (2-tailed)	,280	,026*
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,294	,027

* $p \leq .05$

Tabela 12: Comparação dos resultados, na variável género, nas sub-escalas reenquadramento e avaliação passiva

	Género	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Reenquadramento	M	19	22,58	429,00
	F	21	18,62	391,00
	Total	40		
Avaliação passiva	M	19	24,79	471,00
	F	21	16,62	349,00
	Total	40		

Tabela 13: Teste de Kruskal-Wallis para as sub-escalas reenquadramento e avaliação passiva, de acordo com a variável idade

	Reenquadramento	Avaliação passiva
Chi-Square	2,518	5,838
df	6	6
Asymp. Sig.	,866	,442

Relativamente à qualidade de vida, e para averiguar o efeito das variáveis género e idade nos adolescentes, foram realizadas ANOVAS Factoriais *two-way* para a escala total e para as três sub-escalas que cumpriam o pressuposto da normalidade (*mass media*, *bem-estar financeiro* e *vizinhança e comunidade*). Na análise dos resultados verificaram-se diferenças estatisticamente significativas, tendo em conta a idade, na escala total ($F=2.666$; $p=.041$) e na sub-escala *mass media* ($F=3.633$; $p=.009$) (ver Tabela 14). Porém, no teste *Post Hoc* de *Bonferroni*, não se encontraram diferenças de relevo entre as diversas faixas etárias ($p>.055$) (ver Tabelas 15 e 16). Relativamente à variável género, esta não mostra influenciar significativamente nenhum dos factores ($p>.05$). Por sua vez, todos os factores em análise revelaram diferenças estatisticamente significativas quando as duas variáveis se cruzavam ($p<.05$) (ver Tabela 14).

Tabela 14: ANOVAS Factoriais (Qualidade de Vida)

	<i>df</i>	<i>F</i>	<i>Sig.</i>
QV TOTAL			
Género	1	.437	.515
Idade	6	2.666	.041*
Género*Idade	5	5.756	.001*
Mass Media			
Género	1	.353	.557
Idade	6	3.633	.009*
Género*Idade	5	4.213	.006*
Bem-estar financeiro			
Género	1	1.382	.250
Idade	6	1.904	.117
Género*Idade	5	2.603	.048*
Vizinhança e Comunidade			
Género	1	.647	.429
Idade	6	1.644	.177
Género*Idade	5	5.567	.001*

* $p \leq .05$

Tabela 15: Comparações múltiplas entre as várias faixas etárias para a escala total do inventário Qualidade de Vida

(I) idade próprio	(J) idade próprio	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.
12	13	15,60	7,266	,894
	14	17,86	6,963	,364
	15	-1,50	8,684	1,000
	16	9,50	6,727	1,000
	17	22,00	6,963	,092
13	14	13,67	7,928	1,000
	15	2,26	5,085	1,000
	16	-17,10	7,266	,578
	17	-6,10	4,757	1,000
14	18	6,40	5,085	1,000
	15	-19,36	6,963	,224
	16	-8,36	4,280	1,000
	17	4,14	4,642	1,000
15	18	-4,19	5,993	1,000
	16	11,00	6,727	1,000
	17	23,50	6,963	,055
16	18	15,17	7,928	1,000
	17	12,50	4,280	,162
17	18	4,17	5,717	1,000
	18	-8,33	5,993	1,000

Testes Post Hoc Bonferroni * $p \leq 0.05$

Based on observed means.

Tabela 16: Comparações múltiplas entre as várias faixas etárias para a sub-escala *mass média* do inventário Qualidade de Vida

(I) idade próprio	(J) idade próprio	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.
12	13	4,00	1,784	,701
	14	4,13	1,728	,509
	15	-1,50	2,185	1,000
	16	2,00	1,693	1,000
	17	4,21	1,752	,489
13	14	,13	1,180	1,000
	15	-5,50	1,784	,098
	16	-2,00	1,128	1,000
	17	,21	1,216	1,000
	18	-2,50	1,323	1,000
14	15	-5,63	1,728	,064
	16	-2,13	1,037	1,000
	17	,09	1,131	1,000
	18	-2,63	1,246	,935
15	16	3,50	1,693	1,000
	17	5,71	1,752	,063
	18	3,00	1,828	1,000
16	17	2,21	1,077	1,000
	18	-,50	1,197	1,000
17	18	-2,71	1,280	,908

Testes *Post Hoc Bonferroni* * $p \leq 0.05$
Based on observed means.

Para as sub-escalas *vida familiar*, *amigos*, *família alargada*, *saúde*, *lar*, *educação*, *lazer* e *religião*, cuja distribuição violava o pressuposto da normalidade utilizaram-se, novamente, testes não paramétricos, nomeadamente o teste de *U* de *Mann-Whitney* para amostras independentes, para avaliar o efeito da variável género (ver Tabelas 17 e 18) e o teste *Kruskal-Wallis* para amostras independentes, para avaliar o efeito da variável idade na forma como os adolescentes percebem a sua qualidade de vida (ver Tabelas 19 e 20).

Na análise dos resultados, de acordo com a variável género não se verificaram diferenças estatisticamente significativas em nenhum dos factores ($p > .05$). Por sua vez, a variável idade influencia significativamente a percepção da qualidade de vida entre os adolescentes, particularmente no factor *saúde* ($\chi^2 = 15.221$; $p = .019$), sendo que os valores médios variam entre 9,71 e 38 e correspondem às faixas etárias dos 17 e 12 anos, respectivamente (ver Tabela 21).

Tabela 17: Teste U de Mann-Whitney para as sub-escalas vida familiar, amigos, família alargada, saúde, de acordo com a variável género

	QV vida familiar	QV amigos	QV família alargada	QV saúde
Mann-Whitney U	171,5	156	159,5	150,5
Wilcoxon W	342,5	387	390,5	381,5
Z	-,498	-1,050	-1,150	-1,361
Asymp. Sig. (2-tailed)	,619	,294	,250	,174
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,626(a)	,364(a)	,282(a)	,187(a)

a. Not corrected for ties.

Tabela 18: Teste U de Mann-Whitney para as sub-escalas lar, educação, lazer e religião, de acordo com a variável género

	QV lar	QV educação	QV lazer	QV religião
Mann-Whitney U	150	153,5	161	199
Wilcoxon W	340	343,5	392	389
Z	-1,163	-1,329	-1,063	-,014
Asymp. Sig. (2-tailed)	,245	,184	,288	,989
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,270(a)	,215(a)	,307(a)	1,000(a)

a. Not corrected for ties.

Tabela 19: Teste de Kruskal-Wallis para as sub-escalas vida familiar, amigos, família alargada, saúde, de acordo com a variável idade

	QV vida familiar	QV amigos	QV família alargada	QV saúde
Chi-Square	5,804	12,112	10,024	15,221
Df	6	6	6	6
Asymp. Sig.	,446	,060	,124	,019*

* $p \leq .05$

Tabela 20: Teste de Kruskal-Wallis para as sub-escalas lar, educação, lazer e religião, de acordo com a variável idade

	QV lar	QV educação	QV lazer	QV religião
Chi-Square	5,554	3,221	6,652	5,276
Df	6	6	6	6
Asymp. Sig.	,475	,781	,354	,509

Tabela 21: Valores médios da sub-escala saúde, de acordo com a variável idade

	Idade	n	Mean Rank
QV saúde	12	2	38,00
	13	6	20,00
	14	8	19,81
	15	2	34,00
	16	10	24,20
	17	7	9,71
	18	5	17,50
	Total	40	

- Nível sócio-económico e local de residência

A fim de averiguar o impacto das variáveis nível sócio-económico e do local de residência na forma como os adolescentes utilizam as várias estratégias de *coping*, procedeu-se à realização de ANOVAS Factoriais *two-way* para a escala total e para as sub-escalas que cumpriam o pressuposto da normalidade (*suporte social*, *suporte espiritual* e *apoio formal*). Na análise dos dados verificou-se a existência de diferenças significativas, de acordo com a variável nível sócio-económico, apenas na escala total ($F=4.471$; $p=.020$) e na sub-escala *suporte espiritual* ($F=3.434$; $p=.045$) (ver Tabela 21). Contudo, nos testes *Post Hoc* de *Bonferroni* não se encontraram diferenças de relevo entre os estatutos sócio-económicos baixo, médio e elevado, quer na escala total ($p>.05$) quer na sub-escala *suporte espiritual* ($p>.05$) (ver Tabela 23). Por sua vez, a variável local de residência não influencia significativamente nenhum dos factores ($p>.05$) (ver Tabela 24), assim como acontece na interacção entre as duas variáveis em análise ($p>.05$) (ver Tabela 22).

Tabela 22: ANOVAS Factoriais (F-COPES)

	<i>df</i>	<i>F</i>	<i>Sig.</i>
Copes Total			
Local de Residência	2	.058	.944
Nível sócio-económico	2	4.471	.020*
Local de residência*Nível sócio-económico	2	1.375	.268
Suporte Social			
Local de Residência	2	.015	.985
Nível sócio-económico	2	1.628	.213
Local de residência*Nível sócio-económico	3	.445	.723
Suporte Espiritual			
Local de Residência	2	1.233	.305
Nível sócio-económico	2	3.434	.045*
Local de residência*Nível sócio-económico	3	.874	.465
Apoio Formal			
Local de Residência	2	.086	.917
Nível sócio-económico	2	1.386	.265
Local de residência*Nível sócio-económico	3	1.139	.352

* $p \leq 0.05$

Tabela 23: Comparações múltiplas, de acordo com a variável nível sócio-económico, para a escala total do F-COPES

(I) nível sócio-económico	(J) nível sócio-económico	Mean Difference (I-J)	Std. Error	<i>Sig.</i>
baixo	médio	-8,67	4,531	,196
	elevado	9,20	6,966	,590
médio	baixo	8,67	4,531	,196
	elevado	17,87	7,272	,060
elevado	baixo	-9,20	6,966	,590
	médio	-17,87	7,272	,060

Tabela 24: Comparações múltiplas, de acordo com a variável nível sócio-económico, para a sub-escala suporte espiritual do F-COPES

(I) nível sócio-económico	(J) nível sócio-económico	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.
baixo	médio	-2,60	1,226	,127
	elevado	,70	1,729	1,000
médio	baixo	2,60	1,226	,127
	elevado	3,29	1,828	,244
elevado	baixo	-,70	1,729	1,000
	médio	-3,29	1,828	,244

Para as sub-escalas *reenquadramento* e *avaliação passiva*, uma vez que não cumpriam o pressuposto da normalidade, realizou-se o teste não-paramétrico de *Kruskal-Wallis* para amostras independentes, para avaliar o efeito das variáveis local de residência e nível sócio-económico na forma como os adolescentes percebem a sua qualidade de vida. Na análise dos resultados verificou-se que não existem diferenças estatisticamente significativas em nenhum dos factores ($p > .05$), tendo em conta a variável local de residência (ver Tabela 25). Relativamente à variável nível sócio-económico, verificou-se a existência de diferenças significativas na sub-escala *reenquadramento* ($\chi^2=6.418$; $p=.040$) (ver tabela 26), sendo que os valores médios encontrados foram 16,64 para a categoria nível sócio-económico baixo, 26,71 para a categoria médio e 19,30 para a categoria elevado (ver Tabela 27).

Tabela 25: Teste de Kruskal-Wallis para as sub-escalas reenquadramento e avaliação passiva, tendo em conta a variável local de residência

	Reenquadramento	Avaliação passiva
Chi-Square	1,328	4,318
df	2	2
Asymp. Sig.	,515	,115

Tabela 26: Teste de Kruskal-Wallis para as sub-escalas reenquadramento e avaliação passiva, tendo em conta a variável nível sócio-económico

	Reenquadramento	Avaliação passiva
Chi-Square	6,418	4,793
df	2	2
Asymp. Sig.	,040*	,091

* $p \leq 0.05$

Tabela 27: Valores médios da sub-escala reenquadramento, tendo em conta variável nível sócio-económico

	Nível sócio-económico	N	Mean Rank
Reenquadramento	baixo	21	16,64
	médio	14	26,71
	elevado	5	19,30
	Total	40	

A fim de averiguar o efeito das variáveis local de residência e nível

sócio-económico na forma como os adolescentes percebem a sua qualidade de vida realizaram-se, novamente, ANOVAS Factoriais *two-way* para a escala total e para as sub-escalas *mass media*, *bem-estar financeiro* e *vizinhança e comunidade*, que cumpriam o pressuposto da normalidade (ver Tabela 28). Para as sub-escalas que violavam este pressuposto (*vida familiar*, *amigos*, *família alargada*, *saúde*, *lar*, *educação*, *lazer* e *religião*) procedeu-se à realização do teste não-paramétrico de *Kruskal-Wallis* para amostras independentes (ver Tabelas 30 e 31). Na análise dos resultados, de acordo com a variável local de residência, verificou-se a existência de diferenças estatisticamente significativas somente na sub-escala *mass media* ($F=8.377$; $p=.001$). O teste de *Bonferroni*, feito *a posteriori*, revelou a existência de diferenças significativas entre as categorias predominantemente urbano e medianamente urbano ($p=.001$) e entre as categorias predominantemente rural e medianamente urbano ($p=.017$) (ver Tabela 29). No que se refere à variável nível sócio-económico, verificou-se a existência de diferenças significativas em quatro sub-escalas (ver Tabelas 32 e 33): *vizinhança e comunidade* ($F=3.933$; $p=.030$), embora no teste *Post Hoc* de *Bonferroni* não se encontrem diferenças de relevo entre as várias categorias da variável ($p>.05$); *saúde* ($\chi^2=10.304$; $p=.006$), sendo que os valores médios encontrados foram 18,19 para a categoria nível sócio-económico baixo, 27,61 para a categoria médio e 10,30 para a categoria elevado; *lar* ($\chi^2=6.460$; $p=.040$), sendo que os valores médios encontrados foram 15,73 para a categoria nível sócio-económico baixo, 25,29 para a categoria médio e 22,30 para a categoria elevado; e *religião* ($\chi^2=6.837$; $p=.033$), sendo que os valores médios encontrados foram 16,10 para a categoria nível sócio-económico baixo, 25,07 para a categoria médio e 26,20 para a categoria elevado (ver Tabela 34).

Tabela 28: ANOVAS Factoriais (Qualidade de Vida)

	<i>df</i>	<i>F</i>	<i>Sig.</i>
QV TOTAL			
Local de Residência	2	2.081	.143
Nível sócio-económico	2	1.678	.204
Local de residência*Nível sócio-económico	2	.225	.800
Mass Media			
Local de Residência	2	8.377	.001*
Nível sócio-económico	2	1.159	.326
Local de residência*Nível sócio-económico	3	1.976	.137
Bem-estar financeiro			
Local de Residência	2	.981	.386
Nível sócio-económico	2	2.322	.114
Local de residência*Nível sócio-económico	3	1.326	.283
Vizinhança e Comunidade			
Local de Residência	2	1.040	.366
Nível sócio-económico	2	3.933	.030*
Local de residência*Nível sócio-económico	3	1.579	.215

* $p \leq 0.05$

Tabela 29: Comparações múltiplas, de acordo com a variável local de residência, para a sub-escala mass media do inventário Qualidade de Vida

(I) local residência	(J) local residência	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.
predominante/urbano	mediana/ urbano	-5,67(*)	1,400	,001*
	predominante/ rural	-2,44	1,091	,097
mediana/ urbano	predominante/urbano	5,67(*)	1,400	,001*
	predominante/ rural	3,23(*)	1,091	,017*
predominante/ rural	predominante/urbano	2,44	1,091	,097
	mediana/ urbano	-3,23(*)	1,091	,017*

Testes *Post Hoc Bonferroni* * $p \leq 0.05$
Based on observed means.

Tabela 30: Teste de Kruskal-Wallis para as sub-escalas vida familiar, amigos, família alargada, saúde, de acordo com a variável local de residência

	QV vida familiar	QV amigos	QV família alargada	QV saúde
Chi-Square	2.242	.187	.049	.138
df	2	2	2	2
Asymp. Sig.	.326	.911	.976	.933

Tabela 31: Teste de Kruskal-Wallis para as sub-escalas lar, educação, lazer e religião, de acordo com avariavel local de residência

	QV lar	QV educação	QV lazer	QV religião
Chi-Square	4.767	.407	4.928	5.278
df	2	2	2	2
Asymp. Sig.	.092	.816	.085	.071

Tabela 32: Teste de Kruskal-Wallis para as sub-escalas vida familiar, amigos, família alargada, saúde de acordo com a variável nível sócio-económico

	QV vida familiar	QV amigos	QV família alargada	QV saúde
Chi-Square	2.823	3.814	.917	10.304
df	2	2	2	2
Asymp. Sig.	.244	.149	.632	.006*

* $p \leq 0.05$

Tabela 33: Teste de Kruskal-Wallis para as sub-escalas lar, educação, lazer e religião, de acordo com a variável nível sócio-económico

	QV lar	QV educação	QV lazer	QV religião
Chi-Square	6.450	.330	2.074	6.837
df	2	2	2	2
Asymp. Sig.	.040*	.848	.355	.033*

* $p \leq 0.05$

Tabela 34: Valores médios das sub-escalas saúde, lar e religião, tendo em conta a variável nível sócio-económico

	Nível sócio-económico	N	Mean Rank
QV saúde	baixo	21	18,19
	médio	14	27,61
	elevado	5	10,30
	Total	40	
QV lar	baixo	20	15,73
	médio	14	25,29
	elevado	5	22,30
	Total	39	
QV religião	baixo	21	16,10
	médio	14	25,07
	elevado	5	26,20
	Total	40	

- Habilitações literárias

Para averiguar o efeito da variável habilitações literárias na forma como os adolescentes utilizam as várias estratégias de *coping* e na forma como percebem a sua qualidade de vida procedeu-se à realização de ANOVAS *one-way* para as sub-escalas que cumpriam o pressuposto da normalidade e de testes não-paramétricos de *Kruskal-Wallis* para amostras independentes para as sub-escalas que violavam o pressuposto da normalidade. Na análise dos dados não se verificaram a existência de diferenças significativas em nenhum dos factores em análise ($p > .05$), ou seja, a escolaridade dos sujeitos não influencia a forma como eles utilizam as várias estratégias de *coping*, bem como a forma como percebem a sua qualidade de vida.

V – Discussão

Antes de se passar à discussão dos resultados propriamente ditos, importa fazer uma ressalva relativamente à análise do pressuposto da normalidade, nomeadamente para as várias sub-escalas de cada instrumento. O facto de algumas das sub-escalas não cumprirem o pressuposto da normalidade pode ser explicado pelo número de sujeitos da amostra, que se revela muito pequeno ($n = 40$), pois, há medida que a dimensão da amostra aumenta, a distribuição da média amostral tende para a normalidade (Maroco, 2007).

No que concerne ao primeiro objectivo proposto neste estudo, verificou-se, na análise dos dados, que existe uma correlação significativa positiva entre a utilização das estratégias de *coping* e a percepção da qualidade de vida, entre os adolescentes. Este resultado veio corroborar a ideia de que o tipo de estratégias que os indivíduos utilizam para lidar com

situações *stressantes* influencia, de alguma forma, o seu bem-estar físico e psicológico, assim como a percepção que têm da sua qualidade de vida (Vaz Serra, 1999). Neste sentido, supõe-se que à medida que aumenta a activação dos recursos para lidar com o *stress*, a qualidade de vida subjectiva também tende para um aumento. Uma outra explicação possível para este resultado tem que ver com a eficácia das estratégias de *coping* utilizadas pelos indivíduos, perante situações específicas. Assim, é possível que os adolescentes percebam as estratégias de *coping* que utilizam em determinado momento, perante uma situação específica, como sendo eficazes, o que, consequentemente, vai influenciar positivamente a percepção que têm da sua qualidade de vida (Compas, 1987, cit. in Antoniazzi, Dell’Aglia & Bandeira, 1998; Vaz Serra, 1999; Dell’Aglia, 2003).

Relativamente ao segundo objectivo proposto, que remete para o efeito das variáveis sócio-demográficas (idade, género, nível sócio-económico, local de residência e habilitações literárias) na utilização das estratégias de *coping* e na percepção da qualidade de vida, entre os adolescentes, os resultados encontrados foram diversos. Passa-se, de seguida, a uma discussão mais pormenorizada dos resultados considerados mais significativos.

No que se refere à utilização das estratégias de *coping*, tendo em conta a variável idade não se verificaram diferenças significativas em nenhum dos factores analisados. De acordo com alguns autores, a aptidão necessária para se utilizar estratégias de *coping focado no problema* é adquirida mais precocemente (aparecem na idade pré-escolar e desenvolvem-se até aos oito/dez anos) e a capacidade para se utilizar estratégias de *coping focado na emoção* ocorre um pouco mais tarde (aparece no final da infância e desenvolve-se durante a adolescência) (Heckhausen & Schulz, 1995, cit. in Antoniazzi, Dell’Aglia, & Bandeira, 1998; Compas *et al.*, 1991, cit. in Plancherel, Bolognini, & Halfon, 1998; Dell’Aglia, 2003). Deste modo, uma possível explicação para a ausência de diferenças significativas na forma como os adolescentes utilizam as várias estratégias de *coping*, de acordo com a variável idade, tem que ver com o facto de que os sujeitos da amostra estudada têm idades compreendidas entre os 12 e os 18 anos. Assim, e de acordo com o que foi escrito anteriormente, é provável que nestas faixas etárias já não se encontre uma grande disparidade relativamente à utilização das várias estratégias de *coping*. Mas, por outro lado, seria de esperar que se verificassem diferenças significativas de acordo com a variável idade, uma vez que o nível de desenvolvimento cognitivo também influencia a forma como o adolescente percebe uma situação indutora de *stress* e, igualmente, a forma como vai lidar com ela, ou seja, as suas estratégias de *coping*. Desta forma, faria sentido que à medida que as estruturas cognitivas se tornassem mais complexas, que as estratégias de *coping* utilizadas pelos adolescentes se tornassem mais diversificadas (Compas *et al.*, 2001; Dell’Aglia, 2003).

No que diz respeito à variável género, apenas na sub-escala *avaliação passiva* se verificou a existência de diferenças significativas, sendo que os rapazes expressaram uma média superior, comparativamente com a das

raparigas, o que significa que, de acordo com os sujeitos desta amostra, os rapazes demonstram uma maior propensão para pensar que os problemas vão acabar por se resolver com o tempo, sem ser necessária a sua intervenção. Este resultado vai de encontro à literatura e investigação desta área, que menciona que as raparigas mostram mais tendência para utilizar, como estratégias de resolução de problemas, o suporte social, o investimento nas relações que mantém com os outros significativos e mostram-se, igualmente, mais disponíveis para falar acerca dos seus sentimentos. Por sua vez, os rapazes tendem a ser mais independentes e autónomos (Patterson & McCubbin, 1987; Bird & Harris, 1990; Frydenberg & Lewis, 1991; cit. in Plancherel, Bolognini, & Halfon, 1998; Antoniazzi, Dell’Aglío & Bandeira, 1998; Dell’Aglío, 2003). Neste sentido, é possível que os rapazes não se mostrem tão disponíveis para falar acerca dos seus problemas ou para pedir ajuda a fim de tentar encontrar uma solução; deste modo, preferem esperar que o tempo resolva a situação, ou então que alguém a resolva por si. Esta situação pode ter associada duas possíveis explicações: primeiro, a formação de identidade e segundo, a socialização. Por um lado, Carter e McGoldrick (1995) referem que existem algumas diferenças básicas na forma como rapazes e raparigas estruturam a sua identidade: as raparigas dependem mais dos relacionamentos com os outros significativos e os rapazes preferem dar ênfase à separação e à individuação. Por outro lado, alguns autores referem que rapazes e raparigas são socializados diferentemente, pois enquanto que os primeiros são socializados para serem independentes e usarem estratégias de *coping* mais competitivas, as segundas são socializadas para o uso de estratégias de *coping* pró-sociais (Antoniazzi, Dell’Aglío & Bandeira, 1998; Dell’Aglío, 2003). Estas duas concepções quase que se complementam, uma vez que a forma como ambos os géneros são socializados acaba por corroborar, de algum modo, a forma como estruturam a sua identidade e *vice-versa*. Neste sentido, e uma vez que os rapazes revelam um resultado superior na sub-escala *avaliação passiva*, também faria sentido que as raparigas revelassem um resultado mais elevado, comparativamente ao dos rapazes, na sub-escala *suporte social*, já que esta se refere à capacidade para procurar apoio junto das pessoas mais significativas para o sujeito, tais como a família, os amigos ou os vizinhos.

Quanto à variável nível sócio-económico, verificou-se a existência de diferenças significativas somente na escala total e na sub-escala *suporte espiritual*, que se refere à capacidade da família para obter apoio espiritual, nomeadamente junto da sua igreja. Porém, os testes realizados *a posteriori* não revelaram diferenças de relevo entre as três categorias desta variável (baixo, médio e elevado), o que pode ser explicado pelo facto da amostra deste estudo ter um número de sujeitos muito reduzido ($n=40$), e que não se encontram distribuídos uniformemente pelas categorias da variável em análise. Contudo, em ambos os factores, foram os sujeitos do nível sócio-económico médio que apresentaram um valor médio mais alto, enquanto que os sujeitos de um estatuto sócio-económico mais elevado apresentaram o valor médio mais baixo. Relativamente à escala total, este resultado acaba por ser um pouco paradoxal pois, assumindo que os sujeitos de um nível sócio-económico elevado têm um maior número de recursos à sua

disposição, seria de esperar que desenvolvessem, igualmente, um número mais elevado de estratégias para lidar com as situações indutoras de *stress*. Por sua vez, os resultados referentes à sub-escala *suporte espiritual* acabam por fazer algum sentido, uma vez que, tendo em conta o contexto português, é de esperar que os sujeitos, ou as famílias, de um nível sócio-económico baixo ou médio procurem mais ajuda espiritual, para resolver os seus problemas, uma vez que se encontram mais ligados à igreja e à religião.

Relativamente ao efeito das variáveis sócio-demográficas na percepção da qualidade de vida, entre os adolescentes, verificou-se, de acordo com a variável idade, a existência de diferenças estatisticamente significativas na escala total e nas sub-escalas *mass media* e *saúde*, sendo que as médias mais elevadas se encontram na faixa etária dos 12 anos e as médias mais baixas na faixa etária dos 17 anos, em todos os factores. Uma possível explicação para este resultado pode ter a ver com o facto de que, entre os 12 e os 17 anos, os adolescentes passam por muitas mudanças, principalmente a nível psicológico, que vão alterar, de alguma forma, a maneira como olham para o mundo à sua volta. Segundo Fleming (2004), as estruturas cognitivas do adolescente vão-se tornando cada vez mais complexas com o passar do tempo e, conseqüentemente, ele vai adquirindo a capacidade de pensar através de hipóteses, de pensar diferentes possibilidades e alternativas, de pensar o passado, o presente e antecipar o futuro, entre outras coisas. Deste modo, faz sentido que a visão que um adolescente tem do mundo aos 12 anos seja mais optimista, quando comparada com um adolescente de 17 anos, uma vez que nesta idade o pensamento do adolescente já é mais complexo e abstracto, o que lhe permite ter outra percepção, mais realista, acerca do mundo que o rodeia. Para além disto, também faria algum sentido que, com o decorrer da idade, se verificasse um decréscimo da percepção da qualidade de vida, particularmente nas sub-escalas mais relacionadas com a família (*vida familiar* e *família alargada*), já que o adolescente vai impondo cada vez mais a sua autonomia e independência em relação ao sistema familiar, o que poderá provocar um aumento dos conflitos no seio da família, principalmente entre pais e filhos (o conhecido “conflito de gerações”) o que, conseqüentemente, poderia influenciar negativamente a percepção da qualidade de vida do adolescente. A diminuição da importância dos vínculos e da autoridade parental, associada ao aumento dos comportamentos cada vez mais autónomos dos adolescentes aparecem, muitas vezes, como sendo a origem dos conflitos na família com filhos adolescentes. Assim, a gestão da relação entre pais e filhos é um desafio para todos; deve, então, existir uma maior negociação, flexibilidade e coerência, de ambas as partes, para que essa relação evolua, naturalmente, da dependência para uma cada vez maior autonomia e reciprocidade (Carter & McGoldrick, 1995; Relvas, 1996; Fleming, 2005). Neste sentido, esta poderá ser uma possível explicação para que esta hipótese não se verificasse na amostra estudada. Por outro lado, também seria de esperar um aumento da percepção da qualidade de vida na sub-escala *amigos*, já que na adolescência o grupo de pares assume um papel muito importante, sendo considerado uma fonte de suporte e segurança, para

o adolescente, fora do seu contexto familiar (Relvas, 1996; Fleming, 2004; Alarcão, 2006).

Quanto à variável género, não se verificou a existência de diferenças estatisticamente significativas em nenhum dos factores, ou seja, rapazes e raparigas não se diferenciam na forma como percebem a sua qualidade de vida. Contudo, quando esta variável se cruza com a variável idade, todos os factores analisados revelam diferenças estatisticamente significativas. Uma possível explicação para este resultado pode ter que ver com o facto de que o processo de desenvolvimento ocorrer de uma forma diferenciada, entre rapazes e raparigas, ao longo do tempo; isto é, usualmente, considera-se que as raparigas têm tendência a desenvolver-se mais cedo do que os rapazes, quer a nível biológico, quer a nível psicológico. Então, quando estas duas variáveis se relacionam (idade e género), faz algum sentido que se encontrem diferenças na forma como os adolescentes percebem a sua qualidade de vida.

No que se refere à variável nível sócio-económico, verificou-se a existência de diferenças significativas nas sub-escalas *vizinhança e comunidade* (embora nos testes realizados *a posteriori* não se encontrassem diferenças de relevo), *saúde* (sendo que a média mais elevada corresponde ao nível sócio-económico médio e a mais baixa corresponde ao elevado), *lar* (sendo que a média mais elevada corresponde ao nível sócio-económico médio e a mais baixa corresponde ao baixo) e *religião* (sendo que a média mais elevada corresponde ao nível sócio-económico elevado e a mais baixa corresponde ao baixo). É de realçar que alguns destes resultados são um pouco paradoxais, nomeadamente na sub-escala *saúde*, onde seria de esperar que o valor mais elevado pertencesse aos sujeitos do estatuto sócio-económico mais elevado, uma vez que, à partida, têm mais recursos disponíveis, e na sub-escala *religião*, onde, de acordo com o senso comum, se considera que são as pessoas de um nível sócio-económico mais desfavorecido que demonstram ter mais fé, o que contraria os resultados encontrados neste estudo. Por sua vez, na sub-escala *lar*, faz sentido que sejam os sujeitos de um estatuto sócio-económico mais baixo que se mostrem mais descontentes com a sua habitação. Todavia, estes resultados acabam por corroborar a ideia defendida por alguns autores de que o factor chave na determinação da qualidade de vida de um indivíduo é a percepção que o próprio indivíduo tem da sua vida, na sua globalidade e não tanto os recursos ou as possibilidades e oportunidades que tem disponíveis (Edwards, Huebner, Connel & Patrick, 2002). Sendo assim, um sujeito proveniente de um meio menos favorável (a nível físico, cultural ou social) pode experimentar uma qualidade de vida relativamente boa, dependendo das suas estratégias de coping e das suas capacidades de adaptação e da percepção que tem daquele contexto específico; e um sujeito proveniente de um meio mais favorável, nomeadamente a nível económico, pode perceber a sua qualidade de vida como sendo relativamente pobre (*idem*).

De acordo com a variável local de residência, verificou-se a existência de diferenças estatisticamente significativas somente na sub-escala *mass media*; este resultado pode ser explicado pelo facto de que nas cidades, predominantemente urbanas, a população tem facilmente acesso a certos

recursos (tais como revistas, jornais, cinemas, entre outras coisas) a que a população de uma aldeia ou vila, locais mais rurais, não têm, tendo em conta as características específicas inerentes a cada lugar.

VI – Conclusões

Este estudo pretende analisar a relação existente entre a utilização das estratégias de *coping* e a percepção da qualidade de vida, entre os adolescentes, bem como o efeito das variáveis sócio-demográficas (género, idade, local de residência, nível sócio-económico e habilitações literárias) na forma como os adolescentes utilizam as várias estratégias de *coping* e na forma como percebem a sua qualidade de vida.

Neste sentido, verificou-se que existe uma relação positiva entre a utilização das estratégias de *coping* e a percepção da qualidade de vida, entre os adolescentes, o que indica que à medida que aumenta a activação dos recursos para lidar com o *stress*, a qualidade de vida subjectiva também sofre um aumento.

Relativamente à utilização das estratégias de *coping*, encontram-se diferenças significativas na sub-escala *avaliação passiva*, tendo em conta a variável género, sendo que os rapazes demonstram maior tendência para pensar que os problemas se resolvem por si, sem ser necessária a sua interferência. Por sua vez, a escala total e a sub-escala *suporte espiritual* são influenciadas pela variável nível sócio-económico. No que se refere à escala total, o resultado encontrado é um pouco paradoxal, pois seria de esperar que os sujeitos de um estatuto económico mais elevado apresentassem um maior número de estratégias para lidar com eventos *stressantes*, uma vez que têm mais recursos à sua disposição, o que não se verificou; quanto à sub-escala *apoio espiritual*, o resultado encontrado até faz sentido já que, tendo em conta o contexto português, são as classes média e baixa que se apoiam mais na igreja e na religião como meio de resolver os seus problemas.

No que concerne à percepção da qualidade de vida, verificaram-se a existência de diferenças significativas na escala total e na sub-escala *saúde*, tendo em conta a variável idade; estes resultados poderão ser explicados pelo processo de desenvolvimento do adolescente, nomeadamente ao nível das estruturas cognitivas, que se vão tornando cada vez mais complexas e, conseqüentemente vão alterar a forma como ele vai perceber o mundo que o rodeia. Por sua vez, a variável nível sócio-económico influencia as sub-escalas *saúde*, *lar*, *religião* e *vizinhança e comunidade*, sendo que os resultados referentes a cada factor se revelaram distintos entre si. Esta situação pode ser explicada pelo facto de que o que determina a qualidade de vida de um sujeito é, essencialmente, a percepção que o próprio tem da sua vida, na sua globalidade, e não tanto os recursos e oportunidades que tem disponíveis. Por fim, verificou-se a existência de diferenças significativas na sub-escala *mass media*, tendo em conta a variável local de residência, o que acaba por fazer algum sentido, já que num meio urbano há uma maior facilidade de acesso a determinados recursos que não existem num meio mais rural.

Todavia, este estudo também apresenta limitações, algumas das quais se encontram intrinsecamente relacionadas com questões amostrais. Assim, pode-se referir o facto da amostra ser composta por apenas 40 sujeitos, na sua maioria provenientes de um meio predominantemente rural e que não se encontram uniformemente distribuídos pelas várias faixas etárias. Importa ainda referir, no que se refere às formas de família, que apenas se encontram, nesta amostra, a nuclear intacta, a reconstituída e a monoparental, sendo que a primeira é que está maioritariamente representada.

Outra limitação deste estudo, que se encontra associada à dimensão da amostra, tem que ver com a impossibilidade de se realizar uma análise factorial para os instrumentos utilizados neste estudo (F-COPES e *Quality of life*); deste modo, optou-se pelo uso das dimensões propostas pelos autores dos instrumentos originais, o que por si só representa uma outra limitação.

Neste sentido, seria muito pertinente que, numa investigação futura, se procedesse à adaptação destes dois instrumentos para a população portuguesa, o que iria permitir a realização de mais investigação nesta área, que até ao momento é muito escassa no nosso país. Alguns dos temas, entre os muitos possíveis, que se propõem são identificar as estratégias de *coping* preferencialmente utilizadas pelos adolescentes, identificar as áreas de maior satisfação com a qualidade de vida entre os adolescentes e analisar se as diferentes formas de família influenciam a utilização das estratégias de *coping* e a qualidade de vida, nos adolescentes. Por outro lado, e numa vertente mais familiar, seria igualmente interessante comparar os resultados dos adolescentes com os dos seus pais, no que se refere à utilização das estratégias de *coping* e à percepção da qualidade de vida, na família.

Finalmente, este estudo também levantou algumas questões que merecem ser alvo de investigações posteriores, das quais se destacam duas: o facto de não se verificarem diferenças, de acordo com a idade, na forma como os adolescentes utilizam as várias estratégias de *coping* e o facto da interacção das variáveis género e idade influenciarem alguns dos factores do inventário da qualidade de vida. Visto isto, seria pertinente a realização de uma investigação mais aprofundada acerca destes temas.

Uma vez que os resultados encontrados neste estudo, tendo em conta as particularidades da amostra analisada, não se podem considerar representativos da população geral, torna-se pertinente que no futuro se continuem a realizar estudos nesta área, em Portugal.

Bibliografia

- Alarcão, M. (2006). *(Des)equilíbrios familiares* (3ª ed). Coimbra: Quarteto Editora.
- Antoniazzi, A., Dell'Aglio, D. & Bandeira, D. (1998). O conceito de coping: uma revisão teórica. *Estudos psicológicos*, 3, 273-294. Consultado em Fevereiro de 2008, <http://www.scielo.br>.
- Berlim, M. & Fleck, M. (2003). Quality of life: a brand new concept for research and practice in psychiatry. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25(4), 249-252.

- Carter, B. & McGoldrick, M. (1995). *As mudanças no ciclo de vida familiar. Uma estrutura para a terapia familiar* (2ª ed). Porto Alegre: Editora Artes Médicas.
- Chavez, L., Matias-Carrello, L., Barrio, C., & Canino, G. (2007). The cultural adaptation of the Youth Quality of Life Instrument-Research version for latino children and adolescents. *Journal of Child and Family Studies*, 16, 75-89.
- Claes, M. (1985). *Os problemas da adolescência*. Lisboa: Editorial Verbo.
- Compas, B., Connor-Smith, J., Saltzman, H., Thomsen, A., & Wadsworth, M. (2001). Coping with stress during childhood and adolescence: problems, progress and potential in theory and research. *Psychological Bulletin*, 127(1), 87-127.
- Cummins, F. (2000). Quality of life in adolescence: The role of perceived control, parenting style, and social support. *Behaviour Change*, 17(3), 196-207.
- Dell'Aglio, D. (2003). O processo de coping em crianças e adolescentes: adaptação e desenvolvimento. *Temas em Psicologia da SBP*, 11, 38-45. Consultado em Fevereiro de 2008, <http://www.scielo.br>.
- Edwards, T., Huebner, C., Connell, F., & Patrick, D. (2002). Adolescent quality of life, Part I: conceptual and measurement model. *Journal of Adolescence*, 25, 275-286.
- Feldman, R. (2001). *Compreender a psicologia* (5ª ed.). Amadora: Editora McGraw-Hill de Portugal, Lda.
- Fleming, M. (2004). *Adolescência e autonomia. O desenvolvimento psicológico e a relação com os pais* (3ª ed.). Porto: Edições Afrontamento.
- Fleming, M. (2005). *Entre o medo e o desejo de crescer. Psicologia da adolescência*. Porto: Edições Afrontamento.
- Gallatin, J. (1978). *Adolescência e individualidade*. São Paulo: Editora Harper & Row.
- Lourenço, O. (1992). *Psicologia do desenvolvimento moral: teoria, dados e implicações*. Coimbra: Livraria Almedina.
- Maroco, J. (2007). *Análise estatística com utilização do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Monat, A. & Lazarus, R. (1985). *Stress and coping: an anthologie*. New York: Columbia University Press.
- Olson, D., McCubbin, H., Barnes, H., Larsen, A., Muxen, M., & Wilson, M. (1983). *Families, What Makes Them Work*. Sage Publications.
- Olson, D., McCubbin, H., Barnes, H., Larsen, A., Muxen, M., & Wilson, M. (1985). *Families inventories: Inventories used in a national survey of families across the family life-cycle* (2ª ed.). St Paul: University of Minnesota.
- Plancherel, B, Bolognini, M. & Halfon, O. (1998). Coping strategies in early and mid-adolescence: differences according to age and gender in a community sample. *European Psychologist*, 3(3), 192-201.
- Relvas, A. P. (1996). *O ciclo vital da família. Perspectiva sistémica*. Porto: Afrontamento.
- Sampaio, D. (2002). *Ninguém morre sozinho – o adolescente e o suicídio*

- (13ª ed.). Lisboa: Editorial Caminho.
- Sampaio, D. (2003). *Vozes e ruídos. Diálogos com adolescentes* (14ª ed.). Lisboa: Editorial Caminho.
- Santos, S. V. (2006). Qualidade de vida em crianças e adolescentes com problemas de saúde: conceptualização, medida e intervenção. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 7(1), 89-94. Consultado em Março 2008, <http://www.scielo.oces.mctes.pt>.
- Seidl, E. & Zannon, C. (2004). Qualidade de vida e saúde: aspectos conceptuais e metodológicos. *Caderno de Saúde Pública*, 20(2), 580-588. Consultado em Março 2008, <http://www.unicentro.br>.
- Simões, M.(1994). *Investigação no âmbito da aferição nacional do teste das matrizes progressivas coloridas de Raven (M.P.C.R.)*. Dissertação de doutoramento em Psicologia e especialização em avaliação psicológica não publicada, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra.(pp 281-286).
- Sprinthall, N. A. & Collins, W. A. (2003). *Psicologia do adolescente. Uma abordagem desenvolvimentista* (3ª ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Taborda Simões, M. C. (2002). Adolescência: transição, crise ou mudança. *Psychologica*, nº 30, 407-429.
- Vaz Serra, A., Firmino, H., Ramalheira C. & Canavarro M. C. (1990). Relationship between Family Strengths, Individual and Family Coping: A study of Normal and disturbed populations. Comunicação apresentada no XX Congrès Européen de Thérapie Comportamentale, Paris, France.
- Vaz Serra, A. (1999). *O stress na vida de todos os dias*. Coimbra.