

COMPORTAMENTOS DE RISCO, FACTORES DE RISCO E DE PROTECÇÃO EM
ADOLESCENTES E JOVENS MOÇAMBICANOS

Alferes Ribeiro

Tese do Doutorado

Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Instituto de Psicologia
Curso de Pós-Graduação em Psicologia

Porto Alegre, Fevereiro 2017

COMPORTAMENTOS DE RISCO, FACTORES DE RISCO E DE PROTECÇÃO EM
ADOLESCENTES E JOVENS MOÇAMBICANOS

Alferes Ribeiro

Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor em Psicologia sob
orientação da Prof^a Dr^a Sílvia Helena Koller

Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Instituto de Psicologia
Curso de Pós-Graduação em Psicologia

Porto Alegre, Fevereiro de 2017

DEDICATÓRIA

Esta Tese dedico a toda família Alferes Ribeiro Singano
Dedico a minha mãe Luísa Alexandre e a minha esposa Octávia Fernando Sorte e meus
filhos Edmilson Alferes Ribeiro, Ribeiro Alferes Ribeiro e Madeleine Alferes da Octávia
Sorte

In memoria

Ao meu pai Ribeiro Alferes Singano
Aos meus irmãos Alexandre Ribeiro e José Manuel Alferes
Ao meu amigo e colega Edgar Pascoal Bernardo

AGRADECIMENTOS

A realização desta Tese e a respectiva apresentação constitui mais uma etapa de trajetória de vida que se concretiza. Esta etapa que teria iniciado sensivelmente há cerca de quatro anos atrás. Foi um sonho que se tornou realidade de um longo percurso de muito sacrifício e empenho. Nesta trajetória não caminhei só, diferentes personalidades contribuíram com o seu saber, dedicação do seu tempo, para que este sonho iniciado no longínquo ano de 2013 estivesse pronto hoje.

Em primeiro lugar quero agradecer a amabilidade de ter vindo ao Brasil pela primeira vez na companhia do colega de caminhada Edgar Pascoal Bernardo, que desde os primeiros passos dados nesta aventura estivemos sempre juntos. Infelizmente ele já não se encontra entre nós. PAZ À SUA ALMA!

Em segundo lugar quero agradecer à Professora Doutora Silvia Helena Koller, que desde os primeiros momentos que nos conhecemos não mediu e nem tão pouco poupou à sua dedicação abnegada e com um espírito de uma orientadora cuidadosa, sob me dar todo o apoio necessário, desde material e principalmente pela excelente supervisão do trabalho até chegar ao momento a que chegamos. A ela vai o meu ensejo de muito agradecimento pelo aprendizado que tive durante os quatro anos em Porto Alegre.

Em terceiro lugar quero agradecer de forma inciso pelo apoio prestado pela Professora Doutora Clarissa Pinto Pizarro de Freitas. Endereço o meu agradecimento a todos os colegas do Centro de Estudos Psicológicos - Cep-Rua do Instituto de Psicologia-UFRGS, Brasil pelo todo o apoio incomensurável e não deixaria de mencionar algumas das pessoas, nomeadamente, Ana Lazzaretti de Souza, Professor Doutor Diogo de Souza, e ao Doutorando e Mestre Anderson Siqueira.

A minha gratidão vai também para todos os Professores do Instituto de Psicologia, particularmente ao Professor Cesar Piccinini, Denise Bandeira, Débora Dalbosco Dell'Aglio, Marco Teixeira, Jorge Castellá Sarriera, Tania Mara Sperb e o pessoal da secretaria, em especial ao Jáder Carrasco.

Agradecimentos vão também para o pessoal de Programa de Pós-Graduação da Universidade do Rio Grande do Sul e a Secretaria de Relações Internacionais pelo belo apoio prestado. Endereço os meus agradecimentos ao Programa de Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES, pelo financiamento aos meus estudos.

Quero também agradecer a todos os meus colegas da Universidade Pedagógica na pessoa do Director da Faculdade de Ciências da Educação e Psicologia, Professor Doutor Daniel Nivagara e ao chefe de Departamento de Psicologia Professor Doutor Jaime da Costa Alípio, por terem me dispensado para continuar com a formação no Brasil.

Meu agradecimento vai ao Dr. José Manhiça e outros que deram o seu apoio na colecta de dados e aos colegas da Universidade Pedagógica das Delegações da Beira e Nampula. As direcções das escolas onde se realizou a colecta, em Maputo, Beira e Nampula, vão o meu muito obrigado. Sem eles este trabalho seria impossível de concretizar.

Agradeço ainda à minha família, esposa e filhos, pelo sacrifício que fizeram de estarem a sós, durante a minha ausência em casa. Muito obrigado pela paciência e apoio espiritual, sobretudo pelo encorajamento, souberam me dar desde o primeiro momento quando decidir mais uma vez estar distantes deles.

Aos que não mencionei neste trecho, quero dizer muito obrigado por tudo, desde os momentos mais difíceis e aqueles aos quais considerei bons, foi possível graças ao vosso apoio.

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS	7
LISTA DE FIGURA	9
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	10
RESUMO	11
ABSTRACT	12
CAPITULO I - INTRODUÇÃO	13
CAPÍTULO II - CONTEXTUALIZAÇÃO DA SITUAÇÃO DOS ADOLESCENTES E JOVENS MOÇAMBICANOS	19
2.1 <i>Saúde e educação dos adolescentes e jovens em Moçambique</i>	19
2.1.1 <i>Adolescência e saúde</i>	25
2.2 <i>Comportamentos de risco, factores de risco e factores de protecção</i>	28
2.2.1 <i>Comportamentos de risco</i>	31
2.3 <i>Factores de risco</i>	35
2.3.1 <i>Factores de protecção</i>	43
2.4 <i>A Teoria Bioecológica</i>	49
2.5 <i>Processo de protecção e de vulnerabilidade</i>	56
2.5.1 <i>Ajustamento psicossocial como indicador de adaptação</i>	60
2.6 <i>Delineamento da justificativa e objectivos da pesquisa</i>	61
2.6.1 <i>Objectivos gerais da pesquisa</i>	62
CAPÍTULO III. ESTUDO I - PROCESSO METODOLÓGICO - TEÓRICO DE TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO DO QUESTIONÁRIO DA JUVENTUDE BRASILEIRA (QJB) PARA O CONTEXTO MOÇAMBICANO	64
3.1 <i>Etapas do processo de adaptação transcultural de instrumento</i>	65
<i>Caracterização das etapas de adaptação</i>	66
3.2 <i>Método</i>	72
<i>Participantes</i>	72
<i>Instrumento</i>	73
<i>Procedimentos éticos e de colecta de dados</i>	76
<i>Análises dos dados</i>	77
3.3- <i>RESULTADOS DO ESTUDO I</i>	80
<i>Resultados</i>	80
3.4 <i>DISCUSSÃO DO ESTUDO I</i>	90
<i>Discussão dos resultados</i>	90

CAPÍTULO IV. ESTUDO II - RELAÇÕES ENTRE AS CARACTERÍSTICAS BIO-SOCIODEMOGRÁFICAS, FACTORES DE RISCO E DESFECHOS POSITIVOS NO DESENVOLVIMENTO DE JOVENS MOÇAMBICANOS.....	95
4.1 Método.....	95
<i>Participantes do estudo</i>	95
<i>Instrumento</i>	95
<i>Procedimentos éticos e de colecta de dados</i>	96
<i>Análise dos dados</i>	97
4.2 RESULTADOS DO ESTUDO II.....	98
4.3 - DISCUSSÃO DO ESTUDO II	121
CAPÍTULO V – CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	135
REFERÊNCIAS	143
ANEXOS	172
ANEXO A Termo de Assentimento Livre Esclarecido para adolescente de 12 a 17 anos de idade	173
ANEXO B. Termo de Consentimento Livre Esclarecido para jovens de 18 a 24 anos de idade	175
ANEXO C. Termo de Consentimento para aos Senhores Pais e Responsáveis dos adolescentes.....	177
ANEXOS D. Termo de Concordância da Escola de Nampula.....	179
ANEXO E. Termo de Concordância da Escola da Beira.....	180
ANEXO F. Termo de Concordância da Escola de Maputo	181
ANEXO G. Questionário da Juventude Moçambicana	182

LISTA DE TABELAS

TABELA 1. Características bio-sociodemográficas dos participantes do estudo.....	72
TABELA 2. Categorias e sub-categorias das variáveis independentes e dependentes que foram testadas para verificação de associação	75
TABELA 3. Alteração de equivalência conceitual e de item do português do Brasil para o português de Moçambique no domínio bio-sociodemográfico.....	81
TABELA 4. Alteração de equivalência conceitual e de item do português do Brasil para	82
TABELA 5. Escala de expectativas para o futuro e a estrutura factorial	84
TABELA 6. Escala da dimensão comunidade estrutura unifactorial	84
TABELA 7. Escala de preconceito e a solução unifactorial	85
TABELA 8. Escala da religião e a solução unifactorial	86
TABELA 9. Dimensão escola e estrutura unifactorial	86
TABELA 10. Dimensão da família e a estrutura unifactorial.....	87
TABELA 11. Cargas factoriais dos itens das escalas de auto-eficácia e auto-estima.....	88
TABELA 12. Correlações entre auto-eficácia, auto-estima, expectativas para o futuro, comunidade, família, religião, escola, preconceito e sexualidade.....	89
TABELA 13. Caracterização bio-sociodemográfica dos adolescentes e jovens do estudo.....	99
TABELA 14. Frequência e percentagem descrevendo o número de jovens que vivem com outras pessoas na habitação e os respectivos intervalos de idade dos demais integrantes da habitação	100
TABELA 15. Frequências e percentagens sobre quem contribuem para as dispensas de casa e os valores auferidos em meticais	101
TABELA 16. Frequências e percentagens dos itens existentes na casa e tipo de bolsa	103
TABELA 17. Frequências e percentagens dos graus de instrução dos pais/responsáveis....	104
TABELA 18. Religião/doutrina/crença dos participantes	104
TABELA 19. Relações entre as características bio-sociodemográficas com os índices auto-eficácia, auto-estima, expectativas para o futuro, comunidade, família, religião, escola e preconceito	106
TABELA 20. Indicadores de factores e comportamentos de risco	108
TABELA 21. Relações dos factores e comportamentos com o sexo dos adolescentes e jovens	110
TABELA 22. Diferenças nos índices de auto-eficácia com base no sexo, factores e comportamentos de risco	111

TABELA 23. Diferenças nos índices de auto-estima com base no sexo, factores e comportamentos de risco	112
TABELA 24. Diferenças nos índices da dimensão expectativas para o futuro com base no sexo, factores e comportamentos de risco	114
TABELA 25. Diferenças nos índices da dimensão comunidade com base no sexo, factores	115
TABELA 26. Diferenças nos índices da dimensão família com base no sexo, factores e comportamentos de risco	116
TABELA 27. Diferenças nos índices da dimensão escola com base no sexo, factores e comportamentos de risco	118
TABELA 28. Diferenças nos índices da dimensão religião com base no sexo, factores e comportamentos de risco	119
TABELA 29. Diferenças nos índices da dimensão preconceito com base no sexo, factores e comportamentos de risco	120

LISTA DE FIGURA

FIGURA 1. Adaptado do modelo ecológico de Blum et al. (2002) antecedentes de infância factores e comportamentos de risco e de protecção.	59
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

FDC - Fundação para o Desenvolvimento da Comunidade
HIV-Vírus de Imunodeficiência Humana
IDH - Índices de Desenvolvimento Humano
IDS - Inquérito Demográfico de Saúde
INE - Instituto Nacional de Estatística
INS - Instituto Nacional de Saúde
ITC - International Test Commission
MEC - Ministério da Educação e Cultura
MINED - Ministério da Educação
MISAU - Ministério da Saúde
N- Número
OPS - Organización Panamericana de la Salud
OTM - Organização dos Trabalhadores de Moçambique
PGB - Programa Geração Biz
PNUD - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
SADC - Comunidade para o Desenvolvimento da África Austral
SIDA - Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
UNFPA - O Fundo de População das Nações Unidas
WHO - World Health Organization

RESUMO

A presente tese está composta por dois estudos. O primeiro estudo procurou realizar a adaptação transcultural do Questionário da Juventude Brasileira (QJB) para o contexto moçambicano. O segundo estudo visou a identificar os indicadores de comportamentos de risco, factores de risco e de protecção. O QJB que foi produzido para a “Juventude Brasileira” inclui dados bio-sociodemográficos (*e.g.*, sexo, idade, religião, escolaridade), a Escala de Auto-estima de Rosenberg e a Escala de Auto-eficácia Geral. A amostra do estudo I foi constituída por sujeitos do estudo de validação do instrumento num total de 796 participantes de escolas públicas de Moçambique, matriculados da oitava ao 12º ano, nos três turnos (manhã, tarde e noite). As faixas etárias situaram-se entre 12 aos 24 anos de ambos os sexos ($M = 16,8$ anos; $DP = 2,5$ anos), sendo que 376 (47,2%) eram do sexo masculino. No estudo I foram descritas as seguintes equivalências: conceitual e de itens, semântica, de mensuração (consistência interna, análise factorial e validade de construto), operacional, funcional, avaliação pelo público-alvo e o estudo-piloto. Os resultados do estudo I a partir das análises factoriais exploratórias das diferentes dimensões que compõem o instrumento, depois de serem testadas as estruturas factoriais mostraram-se consistentes ao instrumento original. O instrumento adaptado mostrou boas propriedades psicométricas e satisfatórias evidências de validade e fidedignidade para o contexto moçambicano. No estudo II foi descrito a contextualização da situação dos adolescentes e jovens moçambicanos, a partir de uma caracterização bio-sociodemográfica, saúde, educação. Este estudo também descreveu os comportamentos, factores de risco e de protecção, assim como o ajustamento psicossocial. No estudo II, foi utilizada a mesma amostra de 796 adolescentes e jovens, descrita no Estudo I. O estudo II mostrou diferentes indicadores de factores e comportamentos de risco, sendo os mais relatados ameaça ou humilhação, soco ou surra, ter engravidado ou engravidar-se, suicídio, uso de substâncias licitas e ilícitas. O estudo mostrou diferenças nos factores e comportamentos entre os sexos. As meninas mais susceptíveis ao abuso sexual, relação sexual forçada, gravidez precoce e suicídio do que os meninos. Os meninos apresentaram mais comportamentos anti-sociais, tais como expulsão, reprovação escolar e comportamentos de risco relacionados ao consumo de álcool e drogas ilícitas. Observou-se que os indivíduos que manifestaram altos níveis de auto-eficácia, auto-estima, expectativas sobre o futuro, apoio percebido família e da comunidade se envolviam em comportamentos de risco com menor frequência em comparação aos que apresentaram baixos níveis de auto-eficácia, auto-estima, expectativas sobre o futuro, apoio percebido família e da comunidade. A partir dos resultados obtidos, pode-se inferir que os adolescentes e jovens em Moçambique, em situação de vulnerabilidade social apresentam diversos comportamentos de risco, considerados prejudiciais à sua saúde. Através desta pesquisa permitiu identificar os principais comportamentos e factores de risco e de protecção em adolescentes e jovens. O conhecimento destas demandas ajuda a conhecer melhor às suas necessidades de modo a garantir os seus direitos mais fundamentais, como acesso à educação, saúde e outros serviços básicos para minimizar a sua exposição ao risco e vulnerabilidade que podem comprometer o seu desenvolvimento social e integrado.

Palavras-chave: Adaptação transcultural do instrumento, comportamentos de risco, factores de risco e de protecção, adolescentes e jovens, moçambicanos.

ABSTRACT

This thesis is composed by two studies. The first study sought to carry out the cross-cultural adaptation of the questionnaire from the Brazilian Youth (QJB) for the Mozambican context. The second study aimed to identify indicators of risk behaviors, risk and protective factors. Regarding the QJB that was produced for the "Brazilian Youth", it includes biosociodemographic data (e. g., gender, age, religion, and schooling), the Rosenberg Self-esteem Scale, and the General Self-Efficacy Scale. The Study I sample was composed of subjects in the study of validation of the instrument in a total of 796 participants from public schools in Mozambique, enrolled in the 8th to 12th grade, in three shifts (morning, afternoon and night). The age groups ranged from 12 to 24 years old of both sexes ($M = 16,8$ years; $DP = 2.5$ years), being that 376 (47.2%) were male. In Study I the following adaptations were described: conceptual and item, semantic, measurement (internal consistency, factorial analysis and construct validity), operational, functional, evaluation by the target audience and the pilot study. The results of the Study I, based on the exploratory factorial analyzes of the different dimensions of the instrument, after testing the factorial structures, proved to be consistent with the original instrument. The adapted instrument version showed good psychometric properties and satisfactory evidences of validity and reliability for the Mozambican context. In Study II it was used the same sample of 796 adolescents and young adults, described at Study I. In study II, the contextualization of the situation of Mozambican adolescents and young people was described, based on a biosociodemographic characterization, health, and education. This study also described behaviors, risk factors and protection. Study II showed different indicators of risk factors and behaviors, being the most reported threat or humiliation, punching or beating, pregnancy, suicide, use of legal and illegal substances. The study showed differences in factors and behaviors between the sexes, with girls being more susceptible to sexual abuse, forced sexual intercourse, early pregnancy and suicide than boys. The boys presented more antisocial behaviors, such as expulsion, school disapproval and risk behaviors related to the consumption of alcohol and illicit drugs. It was observed that individuals who have high levels of self-efficacy, self-esteem, expectations about the future, support perceived family and community were involved with less frequency in risky behaviors than those who had low levels of self-efficacy, self-esteem, expectations about the future, support perceived family and community. From the results obtained, it can be inferred that adolescents and young people in Mozambique, in situation of social vulnerability present several risk behaviors, considered harmful to your health. Through this research has identified the key behaviors and risk and protective factors in adolescents and young adults. The knowledge of these demands help to better understand your needs so as to ensure their most fundamental rights, such as access to education, health and other basic services to minimize their exposure to risk and vulnerability that can compromise your social development and integrated.

Keywords: Transcultural adaptation of the instrument, risk behaviors, risk and protective factors, adolescents and young people, Mozambicans.

CAPITULO I - INTRODUÇÃO

A presente pesquisa objectivou realizar a adaptação transcultural do Questionário da Juventude Brasileira (QJB) para o contexto moçambicano e descrever os indicadores dos comportamentos de risco, factores de risco e de protecção em adolescentes e jovens moçambicanos. A preocupação de investigar esses factores de risco na adolescência tem aumentado nos últimos tempos. É por se considerar uma etapa da vida em que os indivíduos podem estar sujeitos às situações de vulnerabilidade, em particular quando são confrontados com situações estressoras adversas. Neste período de transição da infância para adolescência, envolve um conjunto de mudanças graduais em múltiplas esferas da condição humana, que transcorre esta etapa, mais ou menos alargado, de tal maneira que preenchem toda a adolescência (Simões, 2007). Esta preocupação tem sido manifestada por diversos Organismos Internacionais como o Fundo das Nações para Infância (UNICEF, 2011) e a defesa pelos Direitos da Criança e do Adolescente. As instituições de defesa as crianças, adolescentes e jovens entendem que estas etapas de desenvolvimento são cruciais, sendo necessário investir nelas, providenciando a saúde, educação, habitação, sustento, de modo a diminuir a sua vulnerabilidade social e conseqüentemente problemas que poderiam advir desses eventos, que podem afectar o desenvolvimento normativo destas crianças, adolescentes e jovens. Nos processos em que ocorrem a interacção entre a pessoa e contexto de desenvolvimento pode comprometer de certa maneira o estado sócio-emocional e, por sua vez desencadear situações que possam comprometer a saúde mental dos indivíduos ao longo da vida.

Os últimos vinte anos têm sido marcados de facto por uma crescente preocupação sobre crianças, adolescentes e jovens, consideradas como partes integrantes dos programas sociais e de saúde. Isto representa sobremaneira mudanças significativas nas políticas e estratégias de desenvolvimento (INE, 2000). É a partir desta perspectiva que o bem-estar deste grupo populacional é analisado mediante as seguintes abordagens: uma considerada ao nível macro-social a partir dos direitos e papel da criança, e do adolescente na sociedade, a delinquência, trabalho infantil, abuso sexual, e o papel do estado entre outras. Outra abordagem ao nível micro-social que considera o papel deste grupo da população no contexto das estratégias de sobrevivência familiar, violência doméstica (INE, 2000).

Na literatura existem diversos construtos sobre criança, adolescente e jovem. Na perspectiva ocidental não existe uma concepção única e classificatória, tanto por parte dos pesquisadores quanto das instituições em relação ao limite de idade da criança, do

adolescente e da juventude (Watarai & Romanelli, 2005). Baseando-se na Convenção sobre os Direitos da Criança adoptada através da Assembleia Geral das Nações Unidas em 20 de Novembro de 1989, define criança como sendo todo o ser humano com menos de dezoito anos de idade (Rosemberg & Mariano, 2010). Nesta convenção realça o facto de que cabe a lei de cada país conferir a maioridade mais cedo ou não. No Direito Internacional tem se optado a utilização do termo “menor”, considerado como qualquer criança ou jovem, que dentro de um quadro jurídico legal, pode ser punido por um delito, de maneira diferente a do adulto. Nas Regras Mínimas das Nações Unidas que visam à protecção dos jovens privados de liberdades tem-se usado o termo “jovem” para designar a uma pessoa com idade que seja inferior aos dezoito anos de idade (http://www.dhnet.org.br/direitos/sip/onu/c_a/lex47.htm).

No Brasil há uma distinção clara entre os termos menor, criança e adolescente. O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) prevê uma protecção integral à criança e ao adolescente, havendo uma explícita diferença entre estes dois termos. À luz do ECA é considerado criança toda a pessoa até aos doze anos de idade incompletos. E por adolescente como aquele indivíduo que situa entre doze (completos) e dezoito anos de idade (art. 2º, ECA) (Brasil, 1990). No seu parágrafo único deste artigo estabelece que em casos excepcionais expressos na lei, a mesma aplica-se apenas às pessoas entre dezoito e vinte um anos de idade. De acordo com Instituto Nacional de Estatística (2000), considera criança toda a pessoa com menos de dezoito anos de idade. A partir desta definição do INE diferentemente do ECA, esta última faz uma distinção clara dos três termos criança, adolescente e jovens, como sinónimos à semelhança do conceito adoptado pela Carta Africana dos Direitos e Bem-Estar da Criança. Nesta carta no seu art. 3 da Lei nº 7/2008, considera criança, toda a pessoa menor de dezoito anos de idade. No âmbito de Declaração dos Direitos da Criança Moçambicana adoptada a partir de 1979, pela resolução nº 23/79 de 28 de Dezembro, para promoção e Protecção dos Direitos da Criança. Aplicação desta declaração no âmbito jurídico legal considera menores com mais de dezoito e menos de vinte e um anos de idade no contexto moçambicano (Boletim da República, I Série, nº 28, de 9 de Julho, 2008; FDC, 2008). Tanto no contexto moçambicano, quanto no Brasileiro, em casos excepcionais com vista a salvaguardar os direitos destes em termos legais abrangem aos indivíduos dos dezoito aos vinte e um anos de idade. Após essa clarificação dos termos criança e adolescente discutida a partir de várias perspectivas legais, procura-se discuti-los a partir de uma abordagem desenvolvimentista.

No que se refere à área de Psicologia do Desenvolvimento como afirmou Morais (2009), preocupa-se em perceber como as influências ambientais ou contextuais, poderiam

estar na origem da chamada Psicopatologia do Desenvolvimento. Assim, a Psicopatologia do Desenvolvimento se enquadra no domínio científico que se ocupa do estudo das origens e curso dos padrões individuais de inadaptação comportamental “*Study of the origins and course of individual patterns of bahavioral maladaptation*” (Sroufe & Rutter, 1984). Deste modo, a Psicopatologia do Desenvolvimento procura conhecer e explicar os diferentes padrões de inadaptação, a mesma não se orienta especificamente por nenhuma teoria em particular acerca do desenvolvimento. Na abordagem sobre os padrões de inadaptação muito menos se impõe recorrendo a uma explicação teórica, no que diz respeito às perturbações. Parte dos pressupostos da Psicologia do Desenvolvimento, para oferecer um quadro conceptual organizador em relação às causas do desenvolvimento atípico em crianças/adolescentes (Achenbach, 1990). Estas abordagens dão ênfase aos contextos de desenvolvimento como resultado de interacção entre a pessoa e o ambiente, em que se destaca a Abordagem da Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano, que foi desenvolvida por Urie Bronfenbrenner. No âmbito de Psicopatologia do Desenvolvimento adopta uma perspectiva cujos pressupostos básicos se assentam no desenvolvimento normal ou desviante, centrando-se nos estudos sobre os factores de risco e de protecção, partindo de uma visão/paradigma contextualista da realidade (Rutter & Sroufer, 2000; Sameroff, 2000).

Ao longo do desenvolvimento, o ser humano passa por um conjunto de transformações da infância para a etapa adulta, através de adolescência e juventude. Esta etapa representa um período crucial no processo de desenvolvimento bio-psicossocial. É durante este período (infância, adolescência e juventude) que o indivíduo adquire comportamentos e atitudes por meio de interacção que estabelece na ecologia. A interacção é considerada crucial e determinante para a sua integração psicossocial, saúde presente e futura, assim como a sua capacidade produtiva vindoura, como o bem-estar físico e mental (INE, 2000).

Infância e adolescência nem sempre foram considerados períodos especiais na vida do ser humano, como actualmente são considerados (Simões, 2007). Adolescência como etapa de vida bem definida é um fenómeno que foi reconhecido recentemente, contrariamente ao conceito de transitoriedade, ou seja, a passagem de infância para adultez (INE, 2000; Simões, 2007).

A definição de adolescência, tanto quanto da juventude varia segundo os enfoques que se pretendem na pesquisa e dos objectivos delineados. Nesta pesquisa destacam-se algumas das perspectivas acerca da adolescência e juventude, nas quais irão se cingir o estudo, designadamente: o primeiro critério é cronológico convencional, direccionado à

definição de grupos etários que permite identificar neles problemas específicos próprios de cada grupo; segundo critério biológico que está relacionado com as transformações de cariz orgânico que ocorrem no indivíduo (INE, 2000). Diferentemente do termo juventude que se configura como uma categorização por idade, incorporando nela a dinâmica social, histórica em sua avaliação (Margullis & Urresti, 2008). Desta forma a juventude só poderia ser entendida e interpretada a partir da sua articulação com os processos sociais mais amplos e na sua inserção de uma maneira global, através das relações sociais produzidas ao longo da história (Silva & Lopes, 2009). Embora haja uma ampla diversidade em relação à sua concepção, parece que há certa concordância, cujo esse tema demanda uma preocupação actual para desenhar estratégias de políticas públicas para jovens.

Os estudos realizados nos diversos contextos mostram que as faixas etárias que correspondem à adolescência são bastante imprecisas. Devido a essa imprecisão que existe em diversos contextos, às vezes essa etapa de vida é designada por mocidade, adolescência, juventude, flor da vida, nubilidadade, entre outros (Silva & Lopes, 2009).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define a adolescência como um processo fundamentalmente biológico, durante o qual ocorre o desenvolvimento cognitivo e a estruturação da personalidade. Este período de vida abrangeria as idades de 10 aos 19 anos, subdividida em duas etapas: pré-adolescência que tem início dos 10 aos 14 anos e adolescência propriamente dita contempla de 15 aos 19 anos. O conceito de juventude enquadra-se numa categoria essencialmente sociológica, que pressupõe ser um processo que visa a preparação do indivíduo com vista a assumir o papel de adulto na sociedade, tanto ao nível familiar quanto no plano profissional, abrangendo dos 15 aos 24 anos (MISAU, 2001; OPS, 1985).

As concepções existentes entre adolescência e juventude visam fazer recorte em relação à conceitualização destes termos como categorias exactas da população por um lado. Por outro, essas etapas são concebidas como momentos de vida geracional, que são marcadas por um período de transição entre a infância e a vida adulta. Nesta transição ocorre entre a dependência e a maturidade, trazendo desta forma compressões que corroboram de certo modo o recorte destas faixas etárias (Silva & Lopes, 2009). Apesar de estas concepções procurarem esclarecer esses recortes adolescência e juventude, no contexto moçambicano, define jovem em termos cronológico, considerando como sendo todo o indivíduo que se encontra na faixa entre 15 aos 35 anos (Ministério da Juventude & Desporto, 2012).

Apesar do período de adolescência ser marcado por uma curta história transitória, se tem sistematicamente levantado uma série de questões consideradas preocupantes que

advém das mudanças bio-psicossociais na vida destes. Essas questões apesar de estarem de certa forma numa perspectiva de “*storm and stress*” tem suscitado uma grande preocupação em diversas pesquisas, com vista a estudar os problemas da adolescência, pois os mesmos são reais que podem acarretar o desajustamento psicossocial e fazer emergir novas dificuldades (Simões, 2007). Concordaria em parte que apesar de não serem todos os adolescentes que passam por esses momentos de *storm and stress*, mas isso está dependente de uma série de variáveis pessoais e contextuais que levariam a vivência desse momentos da vida.

Nesse aspecto realizar levantamentos de monitoria, para prevenção e de intervenção em comportamentos de risco à saúde, tem sido adotados por diversos organismos como ações a serem desenvolvidas e prioritárias na saúde pública dos adolescentes e jovens. Durante a transição da adolescência para juventude, tende a se registrar maior probabilidade de ocorrência de comportamentos de risco, associados ao tabagismo, consumo abusivo de álcool e de uso de drogas ilícitas, envolvimento em situações de conflitos com a lei, comportamento suicida e sexual de risco (Junior et al., 2009). É neste âmbito que esta pesquisa procura compreender esta etapa da vida, cuja vivência não é um processo uniforme para todos os indivíduos, em que, às vezes é marcado por conflitos e turbulências para muitos (Simões, 2007; Souza & Oliveira, 2011).

Esta pesquisa se assenta em dois modelos. Sendo um dos modelos é de factores de risco e outro o modelo bio-ecológico de Bronfenbrenner. No modelo de factores de risco procura compreender como esses factores podem estar associados às consequências adversas na vida dos adolescentes e jovens. Objectivo deste modelo à quando do seu surgimento na década 60 visava avaliar a influência destes factores no desenvolvimento deste grupo da população, de tal maneira que fossem proporcionadas estratégias de prevenção e intervenções para a redução dos problemas comportamentais ou déficits ao longo do desenvolvimento (Morais, Koller, & Raffaelli, 2010). O modelo ecológico e mais tarde bio-ecológico proposto por Urie Bronfenbrenner (1979, 1997) que salienta a importância dos espaços e das suas inter-relações no desenvolvimento humano. Estas relações que ocorrem nos espaços promotores do desenvolvimento e resultam numa mudança continua, na maneira como o indivíduo percebe e interage no seu contexto no envolvimento imediato. Nessas inter-relações existem quatro níveis ou sistemas ecológicos aos quais constituem estruturas dinâmicas e inter-dependentes nomeadamente o micro-sistema, o meso-sistema, o exo-sistema e o macro-sistema. As relações que se desenvolvem nestes níveis ou sistemas podem

apresentar alguns riscos para o ajustamento global do adolescente ou do jovem (Bronfenbrenner, 1979).

Esta tese está constituída por cinco capítulos. O primeiro capítulo consta à introdução, na qual foi justificada a importância de se investir na adolescência e na juventude *per si*, em relação aos ganhos que isso possa trazer, tanto ao indivíduo quanto a sociedade. Ainda nesta secção foram abordados os construtos de adolescência e juventude a partir de matrizes bio-psicológicas e sócio- históricas.

No segundo capítulo, deste trabalho buscou fazer uma caracterização sociodemográfica contextualizada a partir de uma abordagem transversal do cotidiano do adolescente e jovem em Moçambique. Traça um panorama geral nas áreas da sexualidade e saúde reprodutiva, problemas de acesso à educação, uso de substâncias psicoativas, mesmo que incipiente e políticas viradas a juventude. Também neste capítulo foram feitas menções relativas aos comportamentos, factores de riscos e de protecção imanentes neste período de desenvolvimento, dando ênfase aspectos pessoais e contextuais.

No terceiro capítulo desta tese descreve-se o processo metodológico de tradução e adaptação do Questionário da Juventude Brasileira para o contexto moçambicano. Neste capítulo ainda foi descrito o método e faz referência aos principais resultados inerentes a tradução e adaptação do instrumento, procurando evidenciar aspectos relevantes que objectivou realizar a adaptação para a população jovem de Moçambique. Este capítulo refere-se ao Estudo I da presente Tese.

O quarto capítulo desta pesquisa abordou o método do Estudo II, para além de fazer referência aos resultados e a respectiva discussão. Os resultados procuram traçar os principais indicadores, factores e comportamentos de risco amiúde que tem o seu início na adolescência e pode repercutir-se na juventude ou mesmo na vida adulta. Estes comportamentos nos quais os adolescentes se envolvem precocemente se manifestam no âmbito sexual, consumo de álcool e outras drogas ilícitas, actos infraccionais e suicídio

Por último, no quinto capítulo desta pesquisa teceu-se sobre os aspectos inferências da tese como um todo, procurando esmiuçar aquilo que pareceu sensato, a partir dos objectivos que nortearam a presente tese. Pode-se inferir que o instrumento adaptado é adequado para a colecta de dados com adolescentes em situação de risco, pois o mesmo apresentou boas evidências psicométricas satisfatórias de validade e fidedignidade do construto. Conclui-se também que a maioria dos factores e comportamentos de risco relacionados neste trabalho tem sido observados em outras pesquisas.

CAPÍTULO II - CONTEXTUALIZAÇÃO DA SITUAÇÃO DOS ADOLESCENTES E JOVENS MOÇAMBICANOS

Adolescentes e jovens com menos de 15 anos de idade constituem 45,5% da população em Moçambique (INE & MISAU, 2011). Os jovens constituem o maior tesouro e a força de trabalho vital que o país tem e apresentam potencial de trazer mudanças (UNICEF, 2014). Mas, este grupo encontra-se entre os mais afectados negativamente pelas condições económicas, educacionais e de saúde em Moçambique (WHO, 2009).

A partir dos dados dos últimos censos 1997 e 2007 e das actuais projecções da população moçambicana de 2014 há uma estrutura populacional jovem. Este grupo apresenta altas taxas de fecundidade, apesar das mesmas projecções indicarem que esta tendência abrandará a partir de 2040 (Gonçalves, 2014). Com base nas projecções actuais realizada em 2014, estimou-se que 46,1% da população moçambicana é constituída por adolescentes e jovens. Desta parcela 22% são do sexo masculino e 24,1% do sexo feminino, e o censo de 2007, a taxa de adolescentes e jovens representava 43,9%, tendo-se verificado uma redução de 45,7%, em relação ao censo de 1997 (INS & INE, 2010). A distribuição em termos percentuais de adolescentes e jovens em Moçambique tomando como referência os dois Censo 1997 e 2007 tem-se 45,7 e 43,9% respectivamente. Nesta distribuição a região Centro, com 18,7% de adolescentes e jovens, em 2007, seguida da região Norte com 14,0% e por último a região Sul com 11,2% (INE, 1999, 2007).

É durante o período da adolescência que o indivíduo se expõe a várias situações de risco desde ao consumo de álcool e outras drogas, assim como questões da sua sexualidade, que levam com que nesta etapa do desenvolvimento, adoptem comportamentos e estilos de vida que são determinantes na vida adulta (MISAU, 2001). É no intuito desta preocupação, principalmente pensando na saúde reprodutiva que foi realizada a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento em Cairo, em 1994. Esta conferência definiu a saúde reprodutiva como sendo o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas ausência de doença ou enfermidade, em todos os aspectos relacionados com o sistema reprodutivo, suas funções e processos (MISAU, 2001).

2.1 Saúde e educação dos adolescentes e jovens em Moçambique

O quadro de saúde dos adolescentes e jovens no contexto moçambicano está amplamente marcado por um índice de doenças transmissíveis infecciosas. Destas doenças se destacam a malária, as infecções respiratórias, como a tuberculose, HIV e SIDA e outras

doenças não transmissíveis, continuam a ter um grande impacto no perfil epidemiológico em Moçambique. A taxa de mortalidades de crianças menores de cinco anos reduziu nos últimos anos, em especial a mortalidade infantil, aproximando-se às metas de desenvolvimento do milénio. Apesar desses sinais, registam-se progressos ainda muito lentos na mortalidade neonatal, que se situa em 16% das mortes nesta faixa etária, assim como nas taxas de mortalidade maternas que continuam a ser altas. Mesmo assim, há uma tendência da mesma ser estacionária e, é influenciada pelas altas taxas de fecundidade das jovens (MISAU, 2013).

Como foi referenciado que a estrutura etária da população moçambicana é muito jovem, factor que explica uma contínua e elevada taxa de fecundidade e o baixo nível de escolarização das mulheres tem estado associado à fraca frequência aos serviços de planeamento familiar (MISAU, 2013). Esse quadro epidemiológico pode estar também associado aos elevados níveis de pobreza em que o País se encontra a desnutrição crónica, tendo em conta num contexto de forte insegurança alimentar, baixos níveis de escolaridade das mulheres, fraco acesso aos serviços de água potável e deficiente saneamento do meio e os serviços de saúde não de qualidade, são apontados como factores importantes e determinantes para o estado de saúde e o peso das doenças no contexto moçambicano (Junior, 2007; MISAU, 2013).

Perante este cenário, um dos maiores desafios que se impõe ao MISAU é a saúde reprodutiva e sexual para os adolescentes e jovens. O início precoce da actividade sexual nesta fase da vida é um dos factores que predispõe à gravidez precoce, casamentos prematuros e infecções sexualmente transmitidas, como por exemplo, HIV e SIDA. Considera-se que nas faixas etárias mais inferiores da adolescência e na transição para a juventude, seja uma época de maior vulnerabilidade. Isto se deve a pouca informação sobre como gerenciar a sua vida sexual, incluindo a contracepção e a reduzida capacidade de negociação de sexo seguro, colocando-os em risco.

Um dos maiores desafios e risco com o qual o adolescente e jovem moçambicano se depara tem a ver com HIV e SIDA. Este risco tem sido maior nas mulheres do que nos homens. Os factores de riscos que colocam a grande maioria dessas meninas a contrair esta doença, como se disse o nível de pobreza dos pais, escolaridade baixa entre outros. Os dados mostram que 11,1% das mulheres e 3,7% dos homens na faixa etária de 15 a 24 anos encontram-se infectados pelo HIV (INS & INE, 2010).

No contexto moçambicano, o exercício e a prática de sexualidade principalmente para as pessoas menos escolarizadas é um direito iminentemente e exclusivo do homem. É a

partir deste direito que quase adquirido através da cultura, que o homem pode decidir o número de filhos que o casal poderá ter, relegando o papel passivo da mulher na tomada de decisões a respeito da sua sexualidade. A relação dos dois é vista na perspectiva de sexualidade masculina e prazer *versus* a sexualidade feminina e reprodução. Ainda nesta relação tem se traduzida em direitos sexuais do homem *versus* direitos sexuais da mulher e, por norma a autoridade do pai *versus* amor da mãe, surgem como elementos que estruturam a organização familiar, através da moralidade e ordem social (Junior, 2007).

A inexistência de estudos para uma vigilância periódica sobre os riscos e as dinâmicas dos adolescentes e jovens, constituem os grandes desafios que ameaçam o bem-estar desse grupo no contexto moçambicano. Associado a esta conjuntura, tem contribuído para adoptarem comportamentos e práticas que os protegem dos riscos e desafios em relação à sua idade (Cau & Arnaldo, 2014).

Os adolescentes e jovens moçambicanos encontram-se no processo de transição de infância para à vida adulta, como qualquer jovem em outras culturas e contextos. Pois, numa altura em que o país atravessa mudanças econômicas, sociais, culturais e políticas de turbulência em todos os níveis, agravados pela crise financeira e político- militar em que o país se encontra mergulhado. Segundo Cau e Arnaldo (2014) esses factores estruturantes têm impactos profundos, não apenas no bem-estar presente dos adolescentes e jovens, mas também, no que se refere à capacidade de transitar desta etapa de vida com sucesso para a vida adulta de forma saudável e produtiva.

Para fazer face desta demanda, da saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes e jovens em Moçambique, foi introduzida uma iniciativa direccionada a este grupo. Esta iniciativa se materializou através do programa que foi lançado em 1999 e tendo como os públicos-alvo adolescentes e jovens dos seus dez aos 24 anos de ambos os sexos, com abrangência nacional. O programa ficou conhecido por Geração Biz. Este movimento é composto por adolescentes e jovens cujo objectivo é fornecer informações sobre a etapa do desenvolvimento que estão atravessando com maior destaque à questão de sexualidade, dos direitos sexuais e reprodutivos e de formação profissional (<http://mozambique.unfpa.org/node/2810>). A abordagem deste programa visa articular a conectividade de maneira interactiva em três componentes importantes, designadamente: 1) serviços clínicos; 2) educação escolar; e 3) envolvimento comunitário. Essa abordagem tem sido importante no que se refere ao despertar da consciência não somente a este grupo em particular, mas a sociedade moçambicana em geral sobre o conhecimento da dinâmica da sexualidade. Apesar desta abrangência e ligação directa deste movimento com o público-

alvo, a sua frequência ainda é muito reduzida (Osório & Silva, 2008). Este programa tem a chancela dos Ministérios da Saúde, da Educação e Desenvolvimento Humano (MEDH) e pelo Ministério dos Desportos e Juventude (MJD) e Fundo das Nações Unidas para a População (FNUAP).

Apesar de o programa estar direccionada às suas actividades para a saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes e jovens e devido a uma elevada percentagem de índices de prevalência de HIV e SIDA no país, o programa tem vindo a ter maior enfoque nas meninas, por estas serem consideradas mais vulneráveis. Esta vulnerabilidade poderá estar relacionada com os múltiplos parceiros comuns nos homens do que nas mulheres. Aliado a isso, a vulnerabilidade das meninas tem estado associado a reduzida capacidade de negociar o uso de preservativo nas relações sexuais. No contexto moçambicano, o processo de socialização em que são submetidas nas culturais locais, as meninas são instruídas a serem submissas aos homens (Langa, 2011). A outra vertente deste programa tem sido o envolvimento dos homens nas actividades relacionadas com a violência e gênero. Este envolvimento nestas actividades visa promover entre os meninos a desconstrução das normas sociais em relação à figura de ser mulher, que deve ser submissa ao homem.

Moçambique no contexto de outras nações em via de desenvolvimento continua sendo um dos países pobres e menos desenvolvido, apesar de ter registado nos últimos dez anos, um Produto Interno Bruto (PIB) que rondou entre 7-8% por ano (MEC, 2012). Esse crescimento verificado nos últimos anos, não se reflectiu na melhoria de qualidade de vida das populações mais desfavorecidas. Os dados mostram que 54% da população ainda vivem abaixo da linha da pobreza, devido à estagnação na redução da mesma no período entre 2002/2003 e 2008/2009 em todo o país. Esta estagnação reflectiu-se nos serviços oferecidos pelo estado, como por exemplo, na educação e na saúde e no poder de aquisição de bens e serviços básicos.

No que diz respeito à escolaridade como uma variável determinante para a melhoria de condições de vida das populações. A educação é fundamental para melhor, compreender e interpretar os fenómenos ao nível pessoal e contextual e, não obstante, aumenta a produtividade e os benefícios que provêm dela, tanto para os membros da família, quanto para a sociedade podem ser inúmeros. Além deste benefício, ela dá maior capacidade de decisão, autonomia e liberdade nas esferas de actuação público e privado. Neste caso no contexto moçambicano a taxa de escolarização está muito longe de satisfazer à demanda ao acesso ao ensino (UNICEF, 2014).

Dos 45,5% que perfazem o perfil dos adolescentes e jovens, aproximadamente 41% são analfabetos com uma taxa de 30,1% dos jovens e 51% das jovens com idades compreendidas entre 15 aos 19 anos. Embora o governo tenha aumentado o número de escolas, 70,6% da população com mais de 15 anos não completa o ensino primário obrigatório e gratuito e, entre eles, 63,3% são jovens na faixa etária de 15 aos 19 anos. A maior preocupação no contexto moçambicano é o facto de que apenas 35% dos que frequentam o ensino secundário são do sexo feminino, que têm implicações para a prevenção do HIV, uma vez que a educação das jovens tem sido identificada como um factor de protecção (WHO, 2009).

A exiguidade desses serviços tem e continua a ter impactos negativos em crianças, adolescentes e jovens moçambicanos, concorrendo para a desistência escolar e mortes precoces pela desnutrição e casamentos prematuros. Por um lado, a desistência ou a evasão escolar, pode estar aliada às distâncias percorridas pelas crianças para encontrar uma escola. Por outro, pode estar relacionada com as exiguidades de recursos, sejam financeiros ou materiais para manter a criança/adolescente/jovem na escola. Já que em Moçambique, o ensino obrigatório e gratuito vai até sétima classe. Este facto foi reconhecido pelo Ministério da Educação e Cultura (2012) no seu Plano Estratégico da Educação 2012-2016, ao considerar que é um desafio para o futuro ter capacidade da retenção dos alunos no sistema e a sua progressão para os níveis seguintes.

No que se refere às políticas direccionadas para a juventude, Moçambique tem adoptado um conjunto de acções com vistas a responder aos anseios e preocupações da juventude, tendo conta o papel que os jovens, de então tiveram desde os primórdios dos Movimentos de Luta pela Libertação de África, em geral e de Moçambique em particular. É neste âmbito, que houve a necessidade de adoptar uma política para a juventude. Assim, no ponto 5 do Artigo nº123 da Constituição da República de 2004, definiram-se as directrizes sobre a Política da Juventude Moçambicana (MJD, 2012). A partir deste artigo, têm sido aprovados vários instrumentos através de resoluções com vista a responder às preocupações desta colectividade.

Com a Resolução nº 4/96, de 20 de Março de 2004, o Governo considera a Juventude como uma faixa mais participativa da sociedade moçambicana. Outros instrumentos jurídicos foram aprovados pelo Conselho de Ministros, como por exemplo, a Estratégia de Desenvolvimento Integral da Juventude, através da Resolução nº 32/2006, de 21 de Setembro. Esta resolução objectiva-se a potenciar aos jovens para o desenvolvimento das

suas habilidades e capacidades criativas, empreendedoras e de espírito voluntarista (MJD, 2012).

Estes instrumentos são um claro reconhecimento do Estado Moçambicano sobre o papel da juventude, como continuadora para o desenvolvimento socio-económico e cultural do país. Estes instrumentos e outros resultam desta preocupação, por parte de Estado Moçambicano, na auscultação dos problemas e desafios dos jovens, em relação à educação, saúde, formação técnico-profissional, emprego e habitação.

Outros desafios que afligem os adolescentes e jovens naquele país de África Austral. Entre eles se destacam o acesso à educação e à formação profissional, acesso ao emprego, a terra para habitação, a epidemia do século passado, HIV e SIDA e o problema de consumo do álcool e outras drogas (MJD, 2012).

O consumo de álcool e drogas ilícitas constitui uma das preocupações que é manifestada, tanto pelas autoridades do país, assim como pela sociedade civil. Esta preocupação tem sido transmitida, através de órgãos de informações públicos ou privados, através de sensibilizações sobre as consequências sociais, psicológicas e físicas do uso indevido de substâncias psicoativas. Não obstante, pouco tem sido feito, em termos de estudos de levantamentos nacionais sobre o nível do consumo destas substâncias, tanto nas escolas, como nas comunidades. A escassez de estudos de género nesta área dificultam a compreensão e explicação de alguns comportamentos de risco, mesmo que não seja uma explicação causal.

Os poucos dados disponíveis acerca do consumo de álcool, mostram que Moçambique, comparativamente aos países da Comunidade dos Países da Língua Oficial Portuguesa (CPLP), tornados públicos pela OMS, mostram que Moçambique apresenta menor índice de consumo de álcool *per capita* ao nível da comunidade. O país partilha essa posição com a Guiné-Bissau que também apresenta índices baixos de consumo *per capita* inferior à média africana que se situa nos valores de 2,3 e 4,0 litros de álcool puro por ano. Não obstante, as mortes associadas ao consumo de álcool também é inferior à média do continente, tanto em Moçambique como na Guiné-Bissau. A prevalência das perturbações decorrentes do consumo varia de 2,6 por cento em Moçambique e 1,8% na Guiné-Bissau (<http://www.idolo.co.mz/index.php/saude/1055-segundo-a-oms-mocambique-consome-menos-alcool-na-cplp>).

Apesar de escassez de dados oficiais sobre o fenómeno de consumo de álcool, há indicações que mostram que o uso destas substâncias pelos adolescentes e jovens tem vindo aumentar principalmente nas imediações das escolas de diferentes cidades de Moçambique.

Neste aspecto os Directores das escolas mostram-se cada vez mais a sua preocupação perante este fenómeno. Tem-se constatado que os alunos das escolas públicas da cidade de Maputo, tendem cada vez mais comprar bebidas alcoólicas, cigarros e outras drogas e consume-as no recinto da escola ou na sala de aulas (<http://www.verdade.co.mz/soltas/48187-consumo-do-alcool-ainda-agasta-directores-de-escolas-em-maputo>). Apesar do fenómeno não ser recente, tem havido esforços pela parte do MEDH de se desenvolver actividades de carácter educativo preventivo nas escolas não só pelo Departamento da Saúde Escolar, mas em coordenação com o Ministério da Saúde, Departamento da Saúde Escolar.

É no âmbito da Saúde Escolar, o extinto MEC e actual MEDH e MISAU firmaram acordos de cooperação multisectorial, na qual debateram e planificam questões de como operacionalizar a estratégia de saúde escolar (MEC & MISAU, 2010). Nesse sentido as duas instituições têm estado a trabalhar em conjunto, com vista a desenhar programas que estão viradas com a saúde escolar do adolescente. Os proponentes do programa elegeram a escola como um lugar promotor da saúde. Considerando que o estado de doença que adviria da ausência da saúde, diminuiria a capacidade de aprendizagem, provocando o absentismo escolar e, conseqüentemente o índice de reprovações e progresso escolar. O impacto disso, se reflectiria na redução da capacidade da população em prosperar como pessoa e como sociedade em geral (MEC & MISAU, 2010).

A abordagem de comportamento de risco na adolescência é essencialmente um tratado que se dá através da compreensão dos factores de risco e de protecção. Apesar dessa abordagem ser de cariz que se enquadre no âmbito de psicologia de desenvolvimento, ao se fazer a referência aos comportamentos de riscos implicitamente transmite a ideia de prevenção e intervenção naquilo que seria aspectos considerados prejudiciais a saúde na vida presente e futura dos adolescentes e jovens. Por isso, considerou-se pertinente trazer a discussão do construto de saúde servindo como um elo de ligação para a compreensão para o desenvolvimento saudável neste período de vida.

2.1.1 Adolescência e saúde

A adolescência é considerada como um período de vida crítico em que podem ocorrer maiores riscos de saúde. Porém esses riscos estão dependentes, muitas vezes das escolhas, cujo impacto poderá ter repercussões na saúde e as mesmas perdurarem ao longo do tempo, mediante as decisões que são tomadas neste período de vida (Dowdell, 2002;

McManus, 2002). Por este motivo, que as pesquisas têm se interessado em compreender as transições e os problemas comportamentais decorrentes deste período da vida.

Na década dos anos 80 e 90 do século passado, os estudos realizados buscavam compreender o desenvolvimento do adolescente (Steinberg & Morris, 2001). Actualmente tem-se a concepção de que apesar de adolescência ser marcada por momentos de crises, a mesma, pode-se ultrapassar sem que o indivíduo apresente maiores dificuldades em termos sociais, emocionais ou comportamentais. Com isso, não quer dizer que adolescentes não sejam susceptíveis às doenças ou mesmo a outras condições de vida consideradas negativas que possam ser prejudiciais à saúde, capazes às vezes de serem confrontados com problemas mais graves que leve à morte (Simões, 2007). Nessa perspectiva uma quantidade maior de estudos tem vindo a demonstrar que adolescentes com comportamentos de risco, podem apresentar domínios das suas vidas que sejam funcionais. Esta funcionalidade depende em parte, quando estes são direccionados a atingir determinadas metas e objectivos, apresentando-se desta forma um desenvolvimento que mais correspondem as expectativas sociais (Jessor, 1991). Porém, o desenvolvimento atípico nem sempre está relacionado com as condições de vivências dos indivíduos, mas sim, em certa medida depende de uma série de factores de natureza individual e contextual.

A compreensão dos factores que estão implícitos para com a saúde dos adolescentes é uma das grandes conquistas para redução e prevenção de morbilidade dos jovens. As mortes em adolescentes e jovens no mundo têm estado relacionado predominantemente com os factores sociais e comportamentais. Devido a este interesse em querer compreender as causas destes problemas, estiveram na origem de realizações de extensas pesquisas com vista a identificar os comportamentos que predis põem ao indivíduo ao *status* negativo para a saúde em curto prazo durante a adolescência e ao longo prazo na idade adulta. Nesse esforço de querer explicar e compreender a etiologia dos problemas relacionada à saúde que se identificou que o maior perigo da saúde pública na actualidade era a chamada epidemiologia comportamental e as suas causas eram sociais (Jessor, 1991). Essas abordagens começaram a ser evidentes a partir dos meados do século XX, no âmbito da saúde, tornando-se mais preocupantes nos países desenvolvidos. O foco central destas abordagens eram compreender as doenças que mais contribu íam para aumentos das elevadas taxas de morbididades e mortalidades. A empregabilidade clássica destes termos na actualidade considerados simplesmente como comportamentos que podem comprometer a saúde e bem-estar ou o desempenho social (Cowan, Cowan & Schulz, 1996; Jessor, Van Den Bos, Vanderryn, Costa, & Turbin, 1995). Por esta razão que Matarazzo (1984), considerou esta nova epidemia de

comportamental, como a que mais está associada aos problemas de saúde nos tempos actuais. Ou seja, os comportamentos individuais, que se reflectem através de estilos de vida, contribuem grandemente naquilo que são os padrões de vida e conseqüentemente podem ter impactos positivos ou negativos na saúde da pessoa.

A nova abordagem orientada para identificar as causas da saúde e da doença, fez com que houvesse o deslocamento de eixo até então vigente, do modelo biomédico para o reconhecimento do comportamento humano como a principal causa de morbidade e mortalidade, analisada a partir da perspectiva ecológica (Ogden, 1999; Ribeiro, 1998), assim como da influência dos factores psicológicos e sociais na saúde física da pessoa (McIntyre, Soares & Silva, 1997). Em relação às principais causas que se configurava, como sendo àquelas que estão associadas à mortalidade em adolescentes, tem sido na maior parte associado ao comportamento e aos contextos sociais (Blum, Mcneely, & Nonnemaker, 2002). Os comportamentos relacionados com a saúde, para além, de ter enorme influência naquilo que se designa de "*continuum*" saúde e doença, os mesmos têm um grande impacto para os comportamentos futuros (Simões, 2007). Este facto tem sido demonstrado por diversos estudos de que o comportamento anterior pode ser capaz de prever o comportamento a posterior (Conner & Sparks, 1996; Ogden, 1996).

Existem perspectivas diferentes na literatura em que alguns investigadores consideram a adolescência como um período de saúde e bem-estar e outros não. Estas evidências têm sido demonstradas por numerosos estudos sobre a morbidade e mortalidade em adolescentes que documenta a tendência da deslocação das causas biológicas para as causas sociais. Essa visão tradicional tem vindo a ser desmentida que concebe a adolescência como uma etapa de vida de saúde e bem-estar (Resnick, Harris, & Blum, 1993). Porém, há tendências que reportam um aumento cada vez mais de crianças e adolescentes que vivem em condições de pobreza, abandono escolar, o impacto das desigualdades sociais e de oportunidades limitadas económicas. Esses aspectos estruturais e conjunturas actuais, confere um carácter urgente de se responder às necessidades desta população com projectos que correspondam aos anseios da educação, saúde dos jovens (Matos & Carvalhosa, 2001; Resnick et al., 1993).

O conhecimento de aspectos que estão na origem da saúde e da doença são imprescindíveis para traçar estratégias eficazes para à sua prevenção e intervenção principalmente neste período de transição da infância para adolescência considerada por alguns como época da vida em que os aspectos biopsicossociais se tornam mais evidentes. A partir desta perspectiva os subsídios da psicologia de saúde constituem o interface para a

compreender o comportamento de risco, baseando-se na abordagem biopsicossocial (mente e corpo). Esta abordagem reconhece que as forças biológicas, psicológicas e socioculturais agem em conjunto para determinar aquilo que seria a saúde e a vulnerabilidade do indivíduo à doença, ou seja, aquilo que seria saúde e doença mediante a conjugação de múltiplos factores contextuais e pessoais em interacção (Straub, 2014). Por isso, ao se realçar aspectos biopsicossociais trazem ao entendimento a dinâmica que concorre para a manutenção da saúde ou da doença nos vários micro-sistemas ecológicos.

2.2 *Comportamentos de risco, factores de risco e factores de protecção*

O construto de comportamento de acordo com Ribeiro (2007) foi introduzido *a priori* no campo de saúde por Kasl e Cobb (1966). Este construto foi posteriormente redefinido por Harris e Guten (1979) no qual definiram que o comportamento de saúde compreenderia como qualquer actividade praticada por uma pessoa, que se crê a si própria para ser saudável, para efeitos de prevenção de doenças ou de detectar em estágio assintomático. Este construto se distingue da doença e de doentes pela função que o comportamento desempenha. Segundo Santos (2008) esta definição viria a ser requalificada, pois, era considerada incompleta, não colocava em evidência o ponto de vista das pessoas, mas centrava-se mais na doença. Considerando que o comportamento de saúde desejável seria aquele que adoptasse um comportamento que os agentes da saúde definem como adequado para a saúde (Ribeiro, 2007). Segundo Ribeiro (2007), a concepção que se tem acerca de comportamentos protectores de saúde é definida como qualquer comportamento praticado por uma determinada pessoa, independentemente do estado de saúde deste, que pensa ou almeja tê-lo com objectivo de proteger, promover ou manter a saúde, mesmo que o referido comportamento seja, ou não objectivamente desejável para ao alcance da meta preconizada.

Nesta pesquisa tomar-se como ponto de referência a definição que considera que o comportamento associado à saúde seria o comportamento de bem-estar (*wellness*), que se manifestaria num comportamento preventivo de saúde, comportamento esse que se traduziria na redução de risco, promovendo comportamentos associados aos cuidados pessoais. Esses cuidados se traduziriam em comportamento de saúde parental, planeamento familiar, comportamento social ligado à saúde, hábitos de saúde e as respectivas praticas (Ribeiro, 2007).

O conhecimento do comportamento de risco, de factores de risco e de protecção em áreas, tanto, ao nível pessoal (valores morais, auto-estima, auto-eficácia, criatividade,

religiosidade) como do contexto (rede de relações, apoio social familiar, afectivo e comunitário), constitui em aspectos relevantes para o estudo sobre a vida de jovens em situação de vulnerabilidade social (Koller, Morais e Cerqueira-Santos, 2009; Jessor et al., 1995).

Um quadro de alternativas positivas em busca de um desenvolvimento saudável de adolescentes e jovens que expressam comportamentos de risco (uso de drogas, comportamento sexual de risco, problemas com a justiça, gravidez precoce, entre outros) ou que enfrentam adversidades em suas vidas (pobreza, falta de estrutura e baixa qualidade de funcionamento de sua rede de apoio social, vitimização pela violência, desemprego) deve ser delineado. Estes contextos sociais comprometem o bem-estar e a qualidade de vida (Simões, 2007).

Os estudos realizados no Brasil por Amparo, Galvão, Alves, Brasil e Koller (2008) tomaram em geral como base abordagem Bio-ecológica da Psicologia do Desenvolvimento, destacando os processos de protecção como sendo aqueles que interagem com os impactos de factores de risco, a fim de proporcionar alternativas de enfrentamento dos problemas vivenciados no dia a dia ao risco comportamental e social. Os aspectos relacionados com a auto-estima, auto-eficácia e do fortalecimento das relações de rede apoio pode ser considerados moderadores para a reversão do estresse (Branden, 1998; Rutter, 1987; Werner & Smith, 1982).

Para este estudo serão tomados em conta como factores de risco, aspectos sociais, como contextos de desenvolvimento, como renda/formação/ocupação/educação pessoal e dos membros da família, e dimensões pessoais (deficiência, auto-estima, auto-eficácia, optimismo, entre outros) e os contextos distais, como os Índice de Desenvolvimento Humano, pares, comunidade, violência, entre outros. A articulação desses indicadores ajudará a compreender como poderão estar associados aos comportamentos de risco, factores de risco e de protecção na juventude moçambicana.

O risco pode ser definido como uma consequência livre e consciente, resultado de uma decisão pessoal ou colectiva, ao se expor às situações, cuja trajetória pressupõe a possibilidade de perda ou dano físico, material ou psicológico (Schenker & Minayo, 2005; WHO, 1986). O risco refere-se, em geral, à chance de ocorrências de situações desfavoráveis que podem afectar determinados domínios, nomeadamente individual ou colectivo, físico, psicológico e social (Martins, 2004). A ideia de risco não se circunscreve apenas a uma área de conhecimento, sendo o seu domínio aplicável a vários contextos humanos, como económico, médico, rodoviários, psicológico, social e físico (Martins,

2004). É neste âmbito que Schenker e Minayo (2005), afirmaram que viver significa correr risco, remetendo por isso à incerteza característica de um aspecto essencial da própria existência humana e associado ao conceito de risco. Não obstante, o risco não está relacionado à existência de um determinado perigo concreto, mas que por meio dele pode explicar o aparecimento de comportamentos e situações que sejam indesejáveis e prejudiciais à saúde e à integridade física e moral (Hillesheim & Cruz, 2008). Por isso, de alguma forma a existência humana é indissociavelmente ligada aos riscos comportamentais e sociais, sejam vindos do próprio indivíduo ou do seu contexto.

O risco pode ser interpretado a partir de duas perspectivas na literatura científica. A primeira perspectiva considera o risco como algo ligado necessariamente a aspectos negativos. Nisso o risco poderá desencadear comportamentos não esperados, consoante à sua gravidade, duração, frequência ou mesmo intensidade. O risco pode ser percebido como uma opção de escolha individual frente às situações nas quais pode dar-se bem ou mal (Minayo & Adorno, 2013). A segunda perspectiva sustenta que o risco pode estar associado com a própria vida, perante os desafios referentes ao desenvolvimento universal, pessoal e do mundo (Minayo & Adorno, 2013).

Inicialmente, as investigações centradas ao risco tiveram a sua origem no modelo biomédico, refletindo a sua preocupação para resultados adversos que podem acentuar ou inibir a doença e a deficiência ou estarem ligados à mortalidade (Grunspun, 2002, 2006; Jessor et al., 1995; Simões, 2007). O deslocamento do modelo biomédico de risco para psicossocial e comportamental ocorreu a partir de década 1980, com a associação do risco aos estudos sobre o desenvolvimento humano (Delvan, Becker, & Braun, 2010). A partir da Psicologia do Desenvolvimento Social, a epidemiologia tem encontrado subsídios que permite investigar as relações existentes entre multiplicidades factores, como determinantes para maior ou menor risco que está associado no envolvimento de comportamento de risco na adolescência (Jessor, 1991,1993). O objectivo desses estudos era identificar os factores de risco ou adversidades no desenvolvimento de adolescentes e, de forma particular, organizar intervenções para a redução de problemas de comportamento (Haggerty, Sherrod, Garmezy, & Rutter, 2002; Jessor, 1991). No campo de saúde, o risco é operacionalizado pelo conhecimento e experiência que se acumula sob a forma de perigo individual ou colectivo de pessoas sofrerem de alguma desadaptação/doença. É um construto central na área de epidemiologia, referindo-se às situações concretas que potenciam ou que sejam capazes de produzir efeitos negativos dependendo da exposição sofrida a elas pelos indivíduos (Schenker & Minayo, 2005).

Risco consiste em problemas que se acumulam desde as variáveis associadas aos aspectos genéticos, biológicos e psicossociais (Sapienza & Pedromônio, 2005). O construto de risco não pode ser considerado *a priori*, ou seja, a presença de risco pode ser interpretada como ameaça ao desenvolvimento normal, mas não como determinante, pois, deve ser percebido como um processo (Luthar, 1993). Partindo desta perspectiva de risco como processo, os impactos podem ser atenuados pelas características individuais e do contexto, diante os factores de risco e de protecção.

A presença de uma situação adversa na vida dos adolescentes pode ser modificada e produzir efeitos positivos. É nesse âmbito que muitos autores consideram que a vivência do risco não pode limitar apenas ao universo individual, mas ser percebido e negociado dentro das relações sociais (Deslandes, Mendonça, & Caiaffa, 2002). As características individuais e associadas à rede de apoio familiar e comunitário positivo podem reduzir os impactos dos riscos, através de percepção das capacidades cognitivas, habilidades sociais e auto-estima sobre si e do mundo em seu redor.

2.2.1 *Comportamentos de risco*

O comportamento de risco na adolescência e na juventude pode estar vinculado às relações pessoais e contextuais (Jessor, 1991). Os contextos sociais para além de denotar fragilidades nas suas relações impõem dificuldades que resultam em risco e vulnerabilidade aos seus integrantes. Os riscos e as vulnerabilidades resultam de vínculos deficitários no contexto familiar, associada à baixa coesão, aliada ao exercício do poder centralizado na figura parental (De Antoni, 2005). Além do contexto familiar, contribui também a organização social de certas comunidades/bairros, escola e até sociedades para desencadear comportamentos de risco. Principalmente os contextos que denotam desorganização tendem a constituir risco e expõe os seus membros à vulnerabilidade. Neste aspecto, Hawkins et al., (2000) consideram que a desorganização comunitária como um dos principais factores de risco que prediz o envolvimento de adolescentes e jovens em comportamentos de risco.

O comportamento de risco é um conjunto de atitudes comportamentais individuais considerados prejudiciais à saúde. Desta forma o comportamento de risco refere-se a todas às acções que se caracterizam como ameaças ao desenvolvimento sadio dos adolescentes e jovens que se encontram nestas condições (Alves, Amparo, & Frajorge, 2006; Igra & Irwin, 1996). Nesta perspectiva o comportamento como factor de risco é uma dimensão importante que subsidia o entendimento da epidemiologia comportamental. Sendo os principais problemas relacionados ao comportamento de risco na adolescência e juventude, por

exemplo, fumar, beber precocemente e depois conduzir, uso de drogas ilícitas, relação sexual desprotegido com risco de infecções de doenças sexualmente transmissíveis, gravidez precoce, comportamentos anti-sociais (Jessor, 1993; Souza & Oliveira, 2011).

Alguns dos comportamentos de risco constituem respostas aos acontecimentos estressantes da vida, estando moderadamente associados aos sintomas de depressão. Os comportamentos externalizados são mais frequentes aos indivíduos do sexo masculino quando são confrontados com estresse do que do sexo feminino que apresentam comportamentos internalizados (Simões, 2007). Na maior parte desses comportamentos que ocorrem na adolescência, apesar de ser muitas vezes de carácter exploratório, aparecem associados ao contexto social (família, amigos, escola, lazer, entre outros), para além de potencial genético e as características psicológicas individuais (Noto, Sánchez, & Moura, 2011).

Simões (2007) afirmou que são múltiplos factores que estão relacionados à saúde do indivíduo. Sendo um desses factores o comportamento com ele relacionado. Na perspectiva da autora, o estilo de vida não saudável é caracterizado por modos de comportamentos não saudáveis, que a princípio são susceptíveis de alguma forma ao risco para a saúde, que podem repercutir-se no tempo e em vários contextos. Os comportamentos relacionados com a saúde são vistos como aqueles que visam a promover aspectos positivos, prevenindo risco e a detenção precoce da doença ou da deficiência. Alguns exemplos de comportamentos de saúde podem ser manifestados no uso de cinto de segurança, sexo protegido, higiene pessoal, entre outros. Enquanto os comportamentos de risco podem se traduzir em aspectos negativos à saúde. Estando neles atrelados às variáveis relacionadas com a personalidade que podem explicar atitudes como, por exemplo, fumar, beber, dirigir e manter relações sexuais desprotegidas, suicídio, que em si mesmo predispõe aos resultados negativos à saúde (Steptoe & Wardle, 1996).

Particularmente ao comportamento de risco relacionado com o consumo de substâncias psicoativas, parece que há um certo consenso na literatura científica que demonstra que os factores de risco e de protecção a ele relacionado são antecedentes de comportamentos anti-sociais em adolescentes e jovens. Tais comportamentos constam de condutas que não se enquadram em padrões socialmente aceites, como a delinquência, violência juvenil, evasão escolar, gravidez precoce e comportamento sexual de risco (Noto et al., 2011).

O estudo realizado por Guimarães (2012), com o objectivo de estudar o auto-conceito e autoestima e sua relação em comportamento desviante, verificou que a diminuição do

autoconceito percebido aumentava os comportamentos desviantes. Constatou ainda que os jovens que apresentavam comportamentos desviantes tinham baixa competência escolar. A baixa competência, a evasão escolar tem sido associada, não só aos comportamentos desviantes, assim como ao uso de drogas pelos jovens.

Diversos estudos epidemiológicos no Brasil, em Portugal e Moçambique mostraram que os homens fazem uso mais frequente de diferentes drogas, por exemplo, tabaco, álcool e outras drogas ilícitas. Os estudos têm demonstrado que constituem factores de risco predisponentes à iniciação precoce ao consumo de substâncias psicoativas na adolescência a falta de suporte familiar, a indisciplina, uso pelos pais, a atitude permissiva dos pais em relação aos filhos, monitoramento deficiente e consumo pelos irmãos ou amigos (Pechansky, Szobot, & Scivoletto, 2004; Ribeiro, 2011; Souza & Martins, 1998). Sendo os contextos mais mencionados na literatura sobre o início do uso na adolescência, entre eles: familiares, amigos, namorado(a) e festas (Alves et al., 2006; Negreiros, 1996; Poelen, Engels, Van Der Vorst, Scholte, & Velmurst, 2007).

A partir de dados apresentados sobre as circunstâncias que estão na origem de uso precoce de diversas substâncias psicoativas tem constituído preocupação partilhada por diversos investigadores. Neste aspecto, existem consensos que os contextos sociais e a disponibilidade dessas substâncias têm sido apontados como factores que estão associado ao início precoce. A Organização Mundial de Saúde (WHO, 2002a) no seu Relatório de 2002 indicou que quase dez por cento do prejuízo causado por doenças provêm do uso de substâncias psicoativas. Referem ainda que grande parte do prejuízo atribuível ao uso ou a dependência química é resultado de variabilidades de problemas sociais e de saúde incluindo ao comportamento de contrair o vírus de imunodeficiência adquirida humana (HIV).

Embora esses comportamentos não sejam sinónimos de resultados negativos (Blum et al., 2002), podem estar associados aos factores de risco. Exemplos de tais factores seriam *déficit* nas habilidades sociais e intelectuais, pobreza, baixa auto-estima e auto-eficácia, assim como indivíduos vivendo de alguma deficiência física ou intelectual, exposição ao abuso sexual, fragilidade de suporte social e afetivo (Koller, 2000; Paludo & Koller, 2005; Siqueira, Betts, & Dell'Aglio, 2006).

Outro comportamento de risco na adolescência associado às condições sociais é ter uma renda baixa. Estima-se, ainda que no mundo anualmente 7.3 milhões de meninas tenham filhos antes de completar 18 anos de idade. Deste número têm sido reportados que dois milhões têm filhos antes dos 15 anos (UNFPA, 2013). Segundo a *World Health Organization* (WHO, 2005a) os jovens que se encontram em países em desenvolvimento

apresentam altas taxas de gravidez precoce e doenças sexualmente transmissíveis. Na África Subsaariana, as tendências apontam para uma pequena queda de gravidez na adolescência, no período de 1990 e 2011 de 23% para 20%. Em relação à África Austral, (Comunidade para o Desenvolvimento da África Austral - SADC), Moçambique continua sendo o país que apresenta mais altas taxas de prevalência de gravidez na adolescência. Por exemplo, 40,2% dos jovens relataram ter tido filhos antes dos 18 anos e 7,8% antes dos 15 anos.

De acordo com Ministério da Saúde de Moçambique e Instituto Nacional de Estatística (2011), os adolescentes que são mães ou estão grávidas pela primeira vez, situam-se na faixa etária entre 15 a 19 anos de idade. Há evidências de que os casamentos prematuros resultem de gravidez precoce. Em termos de distribuição regional, as províncias do Norte de Moçambique apresentam elevadas taxas de casamentos prematuros. Os factores associados à gravidez precoce na adolescência são o baixo estatuto sócio-econômico dos pais, evasão escolar e o baixo monitoramento parental (UNFPA, 2013).

Nas pesquisas mostram que as adolescentes que moram nas zonas urbanas para terem sustento para si e para os seus filhos são obrigadas a procurar inserção no mundo de trabalho precário e a constituir famílias chefiadas por mulheres (Almeida, Aquino, & Barros, 2006; Dias & Aquino, 2006; Fukuda, Brasil, & Alves, 2009). A gestação neste período é de risco, tanto para mãe, quanto para o recém-nascido. Portanto, a gravidez precoce tem sido considerada como um problema de saúde pública, para além, de estar associado com a pobreza, menor grau de escolaridade, problema de saúde da adolescente e do recém-nascido. Tais problemas reflectem-se ao nível de negligência e maus-tratos na infância, como podem acarretar ônus aos estados para fazer face aos atendimentos nos serviços de saúde (Carniel, Zanolli, Almeida, & Morcillo, 2006; East, Matthews, & Felice, 1994). Comumente tornar-se mãe na adolescência pode desencadear outros riscos quer resultante da exclusão social ou pela dificuldade de se deslocar à consulta pré-natal temendo represálias. Esses factores se associam a outros, como a baixa escolaridade, falta de recursos materiais e económicos. Isto, muitas vezes, leva às infecções urinárias, anemia, ameaça de parto prematuro, toxemia gravídica. Outros riscos podem estar associados aos partos demorados, envolvendo a técnica cesariana, que envolve risco de ruptura do útero e que influi diretamente nas taxas de morbimortalidade materna e perimaterna (Alegria, Schor, & Siqueira, 1989; Osório, 2007).

Tomar responsabilidades precoces como as impostas pela gestação, concomitantemente ao processo de desenvolvimento pode resultar em pais adolescentes despreparados para assumir responsabilidades, tanto psicológicas, sociais e económicas. O estudo desenvolvido por Reis e Oliveira-Monteiro (2007) com 1,228 jovens mães com idade

compreendida entre 12 e 19 anos das periferias das cidades brasileiras, constataram que a gravidez neste período da vida acarreta repercussões emocionais negativas em pelo menos dois terços dos participantes, estando associadas fortemente ao sofrimento psíquico e à auto-desvalorização pessoal, de forma particular as jovens em situação de vulnerabilidade social.

O estudo realizado no Brasil e Portugal por Diniz (2009), com objectivo de investigar as características biossociodemográficas associadas à gravidez na adolescência com base no banco de dados do QJB. Foi usada uma amostra de 452 adolescentes de dez cidades brasileiras. Os dados obtidos deste estudo demonstraram que a maioria das adolescentes que estava grávida tinha maior número de reprovações escolares e estudava no turno da noite. Outros aspectos apontados foram não uso de contraceptivos, menor apoio e confiança na família e dos amigos. Tanto no Brasil como em Portugal os resultados sugerem que a gravidez durante a adolescência é fruto das relações instáveis e inesperadas no contexto social foram apontadas no estudo como factor de risco.

Assim, são considerados comportamentos de risco, por se tratar de ameaça ao bem-estar pessoal e colectivo, auto-destrutivos quando estão associados de forma directa ou indirecta na alienação dos adolescentes e jovens. Tornando-se deste modo um comportamento potencialmente perigoso na medida em que leva aos indivíduos a se distanciar da sua comunidade, impossibilitando de partilhar os interesses com as pessoas próximas, às vezes se sentido rejeitado pela própria sociedade (Simões, 2007). Esses comportamentos são considerados de risco, pois, alguns ocorrem num período de vida em que em princípio não ocorreriam, como por exemplo, o consumo de drogas, início precoce de vida sexual e outros comportamentos considerados inadequados à idade.

2.3 Factores de risco

Na literatura tem havido menos consenso acerca de quais os factores de risco e de protecção que influenciam o comportamento de risco dos jovens (Jessor et al., 1995; Santos, 2006). Nesse sentido o dissenso está relacionado à questão de operacionalização dos factores protectores. Protecção tem sido definida às vezes como simplesmente ausência de risco (Jessor et al., 1995). Rutter (1987) afirmou, no entanto, que tanto os factores de protecção e de risco devem ser tratados como construtos distintos, em vez de como fins opostos de uma única dimensão. Pois, essa visão é partilhada pela maioria dos investigadores da área psicossocial actualmente que os consideram como variáveis independentes (Felix-Ortiz & Newcomb, 1992; Hawkins, Catalano, & Miller, 1992; Jessor, 1991; Luthar & Zigler, 1991; Pellegrini, 1990).

Outro aspecto que levanta a discussão na literatura sobre os factores de risco e protecção é pelo facto de não existir um critério único e definitivo pelo qual uma variável particular possa apenas ser considerada como risco ou protecção. Isto se explica, pelo facto, que uma variável que pode funcionar como uma protectora contra um determinado acontecimento e de risco em outro (Libório, Coêlho, & Castro, 2011; Luthar & Zigler, 1991; Paludo & Koller, 2005). Tanto os factores de risco quanto de protecção são variáveis flexíveis e mutáveis (Poletto & Koller, 2008).

Os acontecimentos da vida são potencialmente estressores com impactos diferenciados, variando de pessoa e de contextos (Poletto & Koller, 2008). Nesse aspecto, há certo consenso em afirmar que os eventos estressantes da vida são avaliados de forma subjectiva pelos indivíduos (Kristensen, Dell'Aglio, Leon, & D'Incao, 2004; Yunes & Szymanski, 2001). A adaptação será, portanto, dependente dessa avaliação subjectiva, dos momentos circunstanciais da vida e do tipo de evento que desencadeia o estresse, podendo levar a um resultado positivo ou negativo. No entanto, a presença de um factor de risco, em si pode não gerar resultados negativos no comportamento. Para constituir um risco é necessário que haja uma interacção de situações anteriores e posteriores, que associadas ao evento actual fazem emergir um risco (Dell'Aglio & Santos, 2011). De acordo com Gauy e Junior (2005) factores de risco no contexto podem estar associados a interacções que influenciam o funcionamento humano em dimensões variadas e se refletem no desenvolvimento.

Factores de risco são todas as condições ou variáveis querem sejam individuais ou contextuais, que aumentam a probabilidade de ocorrência de resultados negativos e indesejados ao desenvolvimento humano, envolvendo às vezes comportamentos que comprometem a saúde, o bem-estar, assim como o desempenho social (Jessor et al., 1995; Koller, Morais, & Cerqueira-Santos, 2009; Pesce, Assis, Santos, & Oliveira, 2004). Nesta perspectiva, os comportamentos de risco dizem respeito às condições pessoais que possam comprometer e provocar o aparecimento desses problemas (Feijó & Oliveira, 2001; Hutz & Koller, 1997; Jessor, 1993). O construto de factores de risco distingue-se do comportamento de risco, pelo facto do primeiro se referir às condições presentes no meio social em que se encontra o indivíduo, enquanto o segundo se refere à condição pessoal, que possa pôr em causa a saúde do indivíduo envolvido no ato (Feijó & Oliveira, 2001).

Assim, esses acontecimentos aos quais estariam expostos os indivíduos aumentariam a possibilidade de colocá-los em situação de vulnerabilidade social e comprometeriam o seu percurso normal de desenvolvimento. Por isto, em algumas pesquisas, a terminologia

vulnerabilidade social tem sido usada em contraposição aos grupos de risco (Guareschi, Reis, Hunning, & Bertuzzi, 2007). Nesse sentido, a vulnerabilidade social pode ser considerada como um resultado de um processo social que remete à ideia de condição de vida relacionada ao suporte social esperado que seja advindo dos pais, da comunidade ou do estado. Enquanto a noção de risco tende mais a individualizar e personificar às condições de vida adversas que se relacionam a um tipo de conduta ou comportamento que pode comprometer a saúde/doença (Morais et al., 2010). Assim, vulnerabilidade e risco são dois processos que estão relacionados com resultados negativos. Na literatura partilham de mesmos pressupostos de que a vulnerabilidade social como resultado de processo social está associado as condições de vida das pessoas e aos apoios de que necessitam. Particularmente durante a infância e adolescência as circunstâncias que colocariam a esse grupo a vulnerabilidade social estaria associado a ausência de garantias de direito e oportunidades de acesso à educação, saúde e protecção social, envolvimento com drogas e aspectos relacionados a violência seja no âmbito doméstico e comunitário (Malvasi, 2008; Moaris et al., 2010). A ocorrência destes dois factores depende da sua interacção com os eventos adversos da vida que podem ser observados, aspectos que influenciam o risco, assim como o que predispõe a vulnerabilidade (Cecconello, 2003).

Ao longo do desenvolvimento humano, as pessoas enfrentam de alguma forma múltiplos desafios que os coloca à prova e desencadeiam (ou não) estratégias individuais ou colectivas para a resolução de problemas vivenciados. Alguns desses desafios presentes nos contextos do desenvolvimento humano podem estar marcados por inúmeros riscos, desde individuais e sociais, que de certa forma podem comprometer o ajustamento mental e social sadio nas suas trajectórias desenvolvimentais (Simões, 2012). Os efeitos de números significativos de acontecimentos adversos na vida considerados como factores de risco constituem ameaça ao bem-estar e ao ajustamento psicossocial. Os estudos que se tem sido desenvolvidos para a compreensão dos factores de risco e de protecção ao longo do desenvolvimento aparecem como interface de várias ciências desde a Psicologia do Desenvolvimento, Psicopatologia do Desenvolvimento e da Psiquiatria Infantil. Não obstante, os factores de risco em si não são os únicos que podem desencadear a psicopatologia, mas ao conjunto de mecanismos e processos complexos que justificam um desajustamento ao longo do desenvolvimento (Bastos, Urpia, Pinho, & Filho, 1999; Maia & Williams, 2005).

Por um lado, os estudos sobre os factores de risco possibilitam o conhecimento das variáveis individuais e ambientais que potenciam aos grupos considerados vulneráveis aos

riscos sociais e comportamentais. Por outro lado, o conhecimento dos factores de protecção permite traçar programas de prevenção aos grupos de população-alvo considerada de alto risco (WHO, 2001; 2005b). Nesse aspecto, os estudos sobre factores de risco ao longo do desenvolvimento propõem-se não apenas a identificar influências destes na trajectória desenvolvimental, mas principalmente traçar planos concretos para intervenções, com intuito de reduzir o impacto desses no desenvolvimento, potencializando factores que se considerem protectores, seja sobre as características da personalidade como contextuais.

Os factores de risco podem ser classificados em três grupos, nomeadamente individuais, familiares e sociais/ecológicos (Bronfenbrenner & Ceci, 1994; Luthar, 1993; Oliveira, 1998, Rutter, Silberg, O'connor, & Simonoff, 1999a, 1999b). No sistema da personalidade constitui factores de risco, baixa expectativa sobre o futuro e baixa auto-estima (Jessor et. al. 1995). A esses factores se associa aos aspectos do sexo, a idade, estado do temperamento e impulsividade (Burke, Lobber, & Birmaher, 2002; Hill, 2002).

Os factores familiares são considerados contextos de desenvolvimento se referindo a todas às situações de vulnerabilidades que colocam os indivíduos em risco aquelas que estão presentes na família. Tais factores podem estar relacionados com autoridade parental, violência intrafamiliar, famílias numerosas, alcoolismo, transtornos mentais, pobreza, ausência de apoio social e afectivo, isolamento e baixa escolaridade e sistema de punição. Outros aspectos que se associam ao risco social que podem ter impactos no desenvolvimento do adolescente estão relacionados com a configuração familiar, pertencer minoria social, desemprego dos pais, acesso à educação deficitária e da saúde (Sapienza & Pedromônico, 2005).

Haggerty, Sherrod, Gamezy e Rutter (2000) afirmaram que os riscos estão presentes quase em qualquer que seja a estrutura familiar, mas que o impacto dos factores de risco é maior em famílias pobres. Garbarino e Barry (1997) consideram que alguns dos problemas existentes nas sociedades, como por exemplo, a violência, comportamentos antissociais, podem ter a sua causa nas desigualdades sociais. Apesar de esses autores inferirem essa preposição, parece que não é sensato afirmar categoricamente que a condição social dos indivíduos seria a causa única e principal que estaria na manifestação de comportamentos antípicos. Apesar de que o baixo estatuto sócio-económico que as famílias se encontram e potencialize o empobrecimento social, nem sempre ocorre o enfraquecimento das relações dentro da família, tornando o sistema vulnerável às situações do estresse. Ferreira e Marturano (2002) referem que os factores relacionados com problemas nas relações interpessoais, supervisão parental deficitário e a falta de suporte aos jovens, constituem

indícios de pouco investimento e marcados por atitudes punitivas dos pais aos filhos. Nas famílias onde ocorrem esses tipos de eventos, poderiam de certa forma contribuir para o aumento para agudizar cada vez mais a situação social dos jovens.

Nesse âmbito foi desenvolvido estudo por Conger, Elder, Lorenz e Simons (1994) que visava a analisar como as condições de pobreza e o estilo parental coercivo na família como factor de risco podia desencadear comportamento problema em adolescentes. Os resultados deste estudo mostraram que os factores que actuavam como estímulos aversivos tinham impactos negativos, tanto no comportamento como nas qualidades dos relacionamentos em nível familiar, qualificadas como ineficazes ao desenvolvimento. A presença desses factores aumentava conseqüentemente o risco, assim como o aparecimento de problemas de comportamento ao longo da adolescência.

Para além de factores já referenciados existem outros que são citados na literatura como riscos sociais distais. Estes factores se referem a todas às situações contextuais consideradas básicas, nomeadamente de nutrição, moradia, de lazer, escola, bem como as experiências de privação, violência e religiosidade (Gauy & Junior, 2005). Essas variáveis têm sido apontadas, como sendo as que mais podem estar associadas à probabilidade de aumentar a vulnerabilidade dos seus integrantes. Estudos realizados por Wailselfisz (2002) mostram que os homens são mais vulneráveis aos factores de riscos sociais, traduzindo-se em comportamentos de risco, como o abuso de substâncias lícitas e ilícitas, delinquência, assassinatos, homicídios. Não obstante, que tais práticas nas sociedades actuais tendem a ter o seu enfoque nas dimensões públicas, cujo principal actor é a figura masculina (Wailselfisz, 2002).

O período de adolescência tem se revelado potencialmente vulnerável cognitivamente e socialmente, no que enfatiza a necessidade do estudo do gênero e das desigualdades sociais nesta fase do desenvolvimento como factor de risco social. Neste aspecto, o gênero está actualmente ancorado sobre as diferenças marcadamente pelas injustiças sociais. Este facto encontra o seu eco na desvalorização das mulheres marcada entre a pobreza, a maternidade e a violência doméstica, estando os aspectos económicos de submissão, algumas vezes associados às diferentes violências emocional, física e psicológica. No que diz respeito à situação de risco, os dados da literatura mostram que as meninas vivenciam mais eventos estressores do que os meninos, particularmente ao risco da vivência da sexualidade (Fukuda, Brasil, & Alves, 2009). Por exemplo, o estudo desenvolvido pela WHO (2012), em muitos países, sobre a saúde da mulher e a violência doméstica mostrou que de três a 24% das mulheres relataram ter tido a sua primeira experiência sexual forçada

e na sua maioria das participantes ocorreu durante a adolescência. A WHO ainda destaca que a violência sexual tende a ocorrer nas idades mais jovens, particularmente nas escolas, colégios e tráfico de mulheres para exploração sexual. Assim, as mulheres com baixa ou nenhuma escolaridade têm de duas a cinco vezes mais chances de serem acometidas de violência (WHO, 2012).

A pesquisa realizada por Sameroff, Seifer, Barocas, e Greenspan (1987), teve como objetivo compreender como diferentes variáveis, como por exemplo, a doença mental, ansiedade materna, as perspectivas parentais limitadas, interação limitada entre os membros da família, baixo nível educacional parental, famílias monoparentais, eventos estressores e família numerosa, com o objetivo de verificar a associação entre factores de risco e a coeficiente da inteligência (QI) em crianças. Os resultados desta pesquisa mostraram que a presença de múltiplos factores de risco, de um modo geral, implicava no desenvolvimento saudável dos adolescentes. Masten e Coatsworth (1998) entrevistaram crianças com baixo (QI), baixo estatuto socioeconômico e estilos parentais não positivos, e verificaram que essas crianças tinham maior probabilidade de apresentar comportamentos disruptivos perante altos níveis de estresses. A presença de um único acontecimento adverso estressante na vida da família, independentemente do tipo de evento, por exemplo, divórcio, perda de um ente próximo, doença, pais deprimidos, podem ter repercussões mínimas, diferentemente de múltiplos eventos cumulativos (conflitos diários na família, miséria, drogas e violência no bairro, exploração sexual) que podem interferir no ajustamento psicossocial dos jovens (Forehand, Biggar, & Kotchick, 1998).

Outras pesquisas sobre os factores de risco constataram, por exemplo, que crianças que vivem em ambientes de famílias monoparentais (Bramlett & Blumberg, 2007), conflito intra-familiar (McFarlane, Groff, & O'Brien, 2003; Montgomery, Bertley, & Wilkinson, 1997), doença mental e a depressão materna (Stevens, 2006) e, os níveis de violência na comunidade (Bailey et al., 2005), contribuíam para um desenvolvimento atípico. Na perspectiva desses autores ambientes que apresentavam essas características mostraram estar associado de forma cumulativa com problemas de saúde comprometendo a trajetória do desenvolvimento normativo, independentemente de esta pertencer ou não a família de baixa renda, educação dos pais, ou raça/etnia dos mesmos. Factores de risco não agem de forma isolada, mas existem em complexas relações (Atzaba-Poria, Pike, & Deater-Deckard, 2004).

Efeitos de risco contextuais costumam desencadear adaptação não normativa em adolescentes e jovens. Embora tenham sido propostos diferentes construtos conceituais e estatísticos que mostram como os efeitos de risco ambientais tendem a se acumular nas

famílias (Masten & Gewirtz, 2005; McLoyd, 1998), muitos estudos realizados por diferentes pesquisadores reiteram o facto de considerar os factores de risco nas suas múltiplas dimensões inter-relações. Tal facto exige cada vez mais análises de seus efeitos no todo e não de forma isolada (Sameroff & Fiese, 2000).

Embora a análise de múltiplos factores de risco seja uma noção importante no processo de ajustamento social de jovens, pois essa hipótese tem sido testada por vários estudos sobre o risco cumulativo, há evidências de que o número de factores de risco e não, tanto o tipo ou ao grupo de factores são capazes de desencadear psicopatologia em adolescentes e jovens (Daeater-Deckard, Dodge, Bates, & Pettit, 1998; Forehand et al., 1998; Gorman & Pollitt, 1996).

Na actualidade, emerge outro factor de extrema preocupação em vários segmentos da sociedade, tanto nos países desenvolvidos, quanto em desenvolvimento: a problemática do desemprego. Essa preocupação é cada vez mais visível nas camadas sociais economicamente baixas. Sendo os jovens uma parcela da sociedade que mais recente desta problemática, tornando-os amiúde vulneráveis, sem perspectivas sobre o futuro.

Em Moçambique, essa situação é mais sombria ainda, pois, o índice de desemprego situa-se em 23,2%. Os mais atingidos na sua maioria são jovens que não possuem emprego depois de concluírem o ensino médio, que pretendem ingressar no mercado de trabalho, como aponta o relatório da Organização dos Trabalhadores de Moçambique (OTM) (<http://www.jornalnoticias.co.mz/index.php/politica/3652-desemprego-em-mocambique-jovens-sao-as-principais-vitimas>). Segundo a OTM, a problemática do emprego não advém apenas das exigências do mercado, mas da falta de transparência no processo de absorção da força de trabalho. Afirma ainda que os contratos firmados na maioria deles são precários, que rapidamente as pessoas retornam à situação de desempregados. Essa posição é sustentada por Lima e Minayo-Gomes, (2003) ao afirmar que nas economias baseadas nas políticas neoliberais globalizadas, são caracterizadas de precariedade das relações de trabalho e, conseqüentemente pela instabilidade do emprego e despedimento levando a vulnerabilidade social.

Pese embora, haja pouca disponibilidade de emprego, aliada a fraca qualificação profissional, o problema de transparência reflecte-se mais no processo de selecção através de contactos familiares ou amiguíssimos, apadrinhamento e a falta de política de trabalho, refere o relatório. O acesso ao emprego em Moçambique é cada vez mais difícil, a solução para uma maioria dos jovens para sobrevivência, tanto para si e suas famílias é o sector informal. A adesão ao sector informal, apesar de ser uma alternativa perante níveis

acentuados de pobreza, desemprego, há um nível alto de percepção de exclusão social e econômica da juventude moçambicana.

A constatação sobre a precariedade do mercado laboral em Moçambique pode-se comparar ao contexto de inserção laboral dos jovens Brasileiros que também se mostra desfavorável, um tanto quanto frágil e instável tornando os jovens cada vez mais vulneráveis na inserção no trabalho (Thomé, Telmo, & Koller, 2011). A situação de vulnerabilidade são eventos da vida desfavoráveis a desenvolver comportamentos indevidos diante as crises (Pesce et al., 2004; Sapienza & Pedromônio, 2005), sendo o desemprego umas das situações que expõe ao risco aos jovens. A vulnerabilidade não somente se aplica aos jovens sem contrato laboral, mas também aos que têm uma inserção laboral precário.

Assim, a preocupação pela inserção laboral surge dentro da perspectiva de ter uma identidade neste período de transição de vida. A identificação no aspecto laboral/profissional está associada como fonte de reconhecimento social e de autoestima (Camarano, 2006; Codo, 1992; Erikson, 1950; Jacques, 2003). Incluem-se outras aspirações importantes como: terminar a formação acadêmica, casar e assumir papéis de parentalidade (Goldscheider & Goldscheider, 1994). Deste modo, o processo de transição da juventude para vida adulta nem sempre é pacífico, pois, muitas vezes é marcado por “turbulências” de instabilidade financeira e falta de autonomia.

O estudo realizado por Thomé (2013) no sul do Brasil, com base no QJB visou a investigar a transição para a vida adulta em jovens de diferentes classes socioeconômicos na faixa etária entre 18 a 29 anos de idade, com uma amostra de 547 participantes. Nesse estudo, objectivou a identificar a existência ou não do fenômeno de adultez emergente, em jovens divididos em dois grupos de alto e baixo nível socioeconômico (NSE). Os dados obtidos deste estudo mostram que os jovens com NSE baixo apresentou uma tendência de assumir papéis sociais de ser adulto precocemente do que os que faziam parte de NSE alto. Esse factor foi considerado como aspecto que interferia negativamente neste período de transição de juventude para adultez, aspecto esse que é comum no contexto moçambicano. Nestas faixas etárias era suposto que fosse momento de exploração de suas identidades. Os jovens que pertenciam ao grupo com NSE baixo tinham que ter inserção laboral cedo como forma de ajudar na renda familiar, o que interferia de forma negativa o seu investimento aos estudos. O mesmo grupo apresentava altos níveis de absentismo escolar, maior percentual de casamento ou convivência que deixava transparecer a ideia de ter atingido a vida adulta.

2.3.1 *Factores de protecção*

Os factores de protecção são todas as variáveis que reduzem os efeitos negativos aos quais os indivíduos estão expostos no contexto ecológico (risco) e conseguem ultrapassar essas experiências adversas para uma vida normalizada (Benard, 2004; Paludo & Koller, 2005; Rutter, 2007; Uriarte, 2006). Os factores de protecção como um processo dinâmico que incluem aspectos intrínsecos e extrínsecos podem ser classificados em quatro classes: individuais, familiares, escolares e sociais (Andrade & Tomasini, 2012; Benard, 2004; Cowen & Work, 1988; Heller, Larrieu, D'Imperio, & Boris, 1999; Jadue, Galindo, & Navarro, 2005; Masten & Garmezy, 1985; Masten & Powell, 2007; Paludo & Koller, 2004; Sandler, et al., 1992).

Os factores de protecção individuais caracterizam-se principalmente pelos aspectos que estão estritamente ligados à sociabilidade (Andrade & Tomasini, 2012; Masten & Garmezy, 1985); auto-estima; flexibilidade do pensamento; auto-controle emocional; sentimento de auto-eficácia e auto avaliação; moralidade e alto nível de sentido do humor (Benard, 2004; Masten & Powell, 2007; Uriarte, 2006). Outros factores de protecção associados ao indivíduo estão relacionados à orientação positiva na escola, para a saúde e atitudes intolerantes aos comportamentos que estejam fora das normas socialmente aceites ou desviantes em uma determinada cultura ou sociedade. Os factores de protecção individuais parecem ser fundamentais para diminuir o impacto e o efeito dos problemas com os quais as pessoas são confrontadas. Os indivíduos que apresentarem baixos níveis de factores de protecção pessoal poderão ser mais susceptíveis à vulnerabilidade e ao risco social. Werner e Smith (2001) consideraram que o efeito protector dos factores individuais, tais como a autonomia, maturidade social, competência social e escolar, autoeficácia pode produzir efeitos positivos na vida dos jovens em situação de risco e de vulnerabilidade dos acontecimentos considerados estressantes.

Indivíduos que demonstram auto-controle, auto-estima positiva, flexibilidade no temperamento e afectividade apresentam maior capacidade de se adaptar, mesmo perante a presença de situações consideradas de risco (Souza & Oliveira, 2011). Por exemplo, o estudo desenvolvido por Costa (2012), para relacionar factores de protecção individuais em crianças e adolescentes institucionalizadas em Portugal, constatou que os indivíduos que revelaram uma percepção positiva em relação ao auto-conceito e à auto-eficácia apresentavam maior competências, nos aspectos de desenvolvimento social e afectivo.

No contexto familiar, os factores protectores emergem da coesão e dos laços afectivos no sistema relacional intrafamiliar e da presença de estabilidade emocional no ambiente

familiar (Cowen & Work, 1988; Heller et al., 1999; Jadue et al., 2005; Paludo & Koller, 2004; Sandler et al., 1992), assim como da disponibilidade de apoios em outros contextos, por exemplo, comunitário, escolar ou religioso (Garmezy, 1993; Heller et al., 1999). No caso da importância da família como factor de protecção, os estudos desenvolvidos por Furstenberg, Cook, Eccles, Elder e Sameroff (1999), nos Estados Unidos da América, demonstraram que as relações positivas familiares e a disponibilidade de recursos externos, como por exemplo, escolas, saúde, foram apontadas como factores protectores, que moderavam os impactos adversos e mudavam a trajectória não normativa. Portanto, a presença destes factores, reduzia os impactos percebidos dos baixos recursos parentais, dos riscos do bairro e da vizinhança sobre o desempenho académico, envolvimento em actividades antissociais e, assim como problemas de comportamento.

Em relação aos factores protectivos familiares, um estudo realizado em Portugal por Camacho e Matos (2012) com alunos de sétimo ao 12º ano de escolaridade, no âmbito de aventura social nas famílias, verificou que a maioria dos jovens relatou que passam o tempo com os pais, pois, necessitam de afecto e carinho que lhes prestado. Igualmente as meninas informaram frequentemente estar a fazer actividades em conjunto com as mães. Nesse estudo, verificou-se uma associação entre o carinho que o pai afirma dar e o carinho que o(a) jovem sente por parte do pai/mãe. Constatou-se ainda que quanto maior o índice de carinho que os pais prestam aos seus filhos, maior será a autonomia na vida destes.

Outros factores têm sido destacados na redução de risco, desde a rede social, como por exemplo, a escola, o trabalho, a igreja, a comunidade, assim como ao nível de qualidade prestados pelos serviços de saúde. Essa cadeia de rede de apoio pode contribuir certamente para a manifestação de competências subjacentes ou a manutenção das já manifestadas em outras circunstâncias adversas, como determinantes a nível individual ligada ao um conjunto de sistema de crenças que orientam a vida pessoal (Morais & Koller, 2004; Yunes & Szymansky, 2001).

Apesar de a escola representar um factor protector, por exemplo, com relação ao uso de drogas (Sudbrack & Dalbosco, 2005), existem circunstâncias nas quais representa um factor de risco aos adolescentes, quando é acompanhado pela ausência de relações afectivas entre professores e alunos. Essa situação pode se agravar quando o contexto escolar é marcado pelo ambiente de estigma, sejam na relação entre alunos ou mesmo provenientes por parte dos professores. Ausência de práticas que estimulem criatividade relacionadas com os contextos sociais vividos pelos adolescentes. Outro aspecto que pode influenciar negativamente as relações nestes contextos pode estar relacionado com a deficiente

comunicação de negociações das normas e valores, provocadas pelo desrespeito e a falta de responsabilidade que podem advir por parte dos educadores (Libório et al., 2011).

Os factores de protecção visam essencialmente a reduzir o impacto de riscos. Seja minimizando ou alterando a sua influência às situações adversas. Esses factores surgem como os que ajudam a estabelecer a auto-estima, a auto-eficácia e o optimismo, por meio de relações de afecto e apego seguro (Pesce et al., 2004), nos vários sistemas micro, meso, exo e macro (Bronfenbrenner, 1996; Bronfenbrenner & Morris, 1998). Para tal, são necessários que sejam criadas condições que contribuam para reverter os efeitos de eventos estressantes para ambientes que proporcionem um desenvolvimento psicossocial saudável e normativo. Este facto é associado à percepção de factores de controlos sociais e sanções decorrentes às transgressões, tanto na família, amigos e comunidade, que apresentam comportamento convencional modelo e repudiam comportamentos antissociais, em prol de comportamentos pró-sociais, como dedicação ao trabalho voluntário e actividades familiares (Simões, 2007).

Entre os diversos factores de risco e de protecção, existem aqueles que funcionam como moderadores, isto é, não são nem risco nem protecção. Dependendo das circunstâncias diacrónicas, eles podem contribuir potenciando ou enfraquecendo para a manifestação dos mesmos. Estes factores estão relacionados às condições e aos comportamentos, de natureza psicológica, económica, cultural ou mesmo de origem político e social, que se tornam presentes na vida do indivíduo, podendo ser desencadeados por causas intrínsecas ou extrínsecas (Koller et al., 2009). Portanto, os factores de risco e de protecção são construtos estritamente ligados à adaptação normativa, que permitem mudar o curso de adversidades para uma adaptação positiva e conseqüentemente para o bem-estar psicológico, físico e emocional.

Na abordagem sobre a matéria de comportamentos de risco, factores de risco e de protecção como um construto ligado à doença e a saúde, particularmente do comportamento sexual na adolescência, tem sido investigada os contributos da dimensão religiosidade/religiosidade. A análise dos fenómenos religioso/espirituais como manifestações do ser humano resulta das dinâmicas pessoais e colectivas que tem influência nas esferas subjectivas e sociais das atitudes, acções e do comportamento humano (Cerqueira-Santos & Koller, 2009). Cerqueira-Santos (2008) afirmou que apesar de construtos da religiosidade e espiritualidade serem similares, esses são diferentes. Há ainda incipiente informação na literatura científica sobre uma proposta operacional dos dois termos do que é religiosidade e espiritualidade (Miller & Thoresen, 2003). No entanto, essa dificuldade operacional emerge pelo facto de os dois conceitos

(religiosidade/espiritualidade) poderem ser usados de uma forma só ou de forma separada. De acordo com Cerqueira- Santos (2008) apesar desta dificuldade a maior parte de estudos que investigam os fenômenos de religiosidade e espiritualidade fazem-no de maneira única. Onde a religiosidade se insere no âmbito de acto público e a espiritualidade circunscreve-se na esfera privada dos seres humanos. A explicação entre a religião e a sexualidade das pessoas está ligada aos aspectos de monitoramento e das regras difundidas nas diferentes confissões religiosas de moralização dos crentes e das sociedades que proíbem o sexo antes de casamento e de algumas que incentivam o uso de métodos anticonceptivos (Cerqueira-Santos, 2008).

Assim, a investigação de factores ligados à religiosidade/espiritualidade na saúde é extremamente relevante e tem sido justificada pelos seus resultados positivos clinicamente comprovados. As variáveis religiosidade/espiritualidade permite explorar a sua relação preditiva no comportamento da saúde dos adolescentes de maneira positiva ou negativa (Miller & Thoresen, 2003). Por exemplo, pode ser realizado o cruzamento das variáveis religiosidade/espiritualidade também com aspectos negativos da vida cotidiana dos adolescentes e jovens, como o consumo de substâncias psicoativas (tabaco, álcool, drogas ilícitas), *bullying*, comportamentos sexuais, antissociais, entre outros.

Os estudos realizados no Brasil por Grupta (2000), Longo (2001) e Cerqueira- Santos (2008) apontaram que a frequência religiosa, independentemente de sua filiação religiosa (Católica, Protestante, Evangélico, Espírita Umbandista, Candomblé) estava relacionada com menos iniciação sexual precoce dos jovens. Verificou-se ainda que a frequência aos cultos religiosos estava relacionada com menores chances dos jovens envolverem-se sexualmente. A diferença de gênero em relação à religiosidade mostrou diferença significativa, sendo as mulheres apresentaram uma percentagem alta do que os homens (Cerqueira-Santos, 2008).

Longo (2001) realizou um estudo chamado “prevenir ou remediar” no qual tinha como o objectivo verificar os factores que interferem nas práticas contraceptivas das mulheres jovens de 15 a 24 anos de idade, unidas e não unidas, que já tiveram relação sexual, não estando grávidas. A autora constatou que a actividade sexual entre as mulheres, por exemplo, aumentava de forma exponencial com a idade. Tendo sido encontrada a mesma tendência para aquelas que não estavam unidas a um parceiro. Longo (2001) e França (2008) nos seus estudos identificaram que a filiação religiosa apontava ter correlação com a iniciação de actividade sexual. As mulheres que não praticam nenhuma religião apresentavam maiores chances de iniciar a sua vida sexual mais cedo do que as praticavam.

Cerqueira-Santos (2008), com objectivo de estudar o comportamento sexual e religiosidade em jovens brasileiros na faixa etária entre 14 a 24 anos de idade, constatou que apenas 11,2% nunca usaram nenhum método de contracepção. Outra percentagem de 16,9% afirmou usar de vez quando, enquanto 71,9% indicou usar pelo menos sempre um método de contracepção. No mesmo estudo, constatou que havia uma diferença significativa do uso destes métodos entre meninas e meninos. Sendo mais frequente o uso do método entre meninas, no qual incluía o uso da camisinha. No que refere ao uso de preservativo masculino como método contraceptivo, verificou-se uma diferença significativa em ambos os sexos, em que 95,4% dos rapazes afirmaram que usavam e 84,8% das meninas também. Apesar de filiação religiosa ser um factor protector ao comportamento de risco dos jovens, não se pode afirmar de maneira categórica essa relação. O autor encontrou diferenças significativas no comportamento sexual de risco entre o grupo considerado altamente religioso do grupo que apresentava um nível médio de religiosidade. O grupo com nível alto de religiosidade apresentou maior índice de comportamento de risco do que o grupo médio considerado menos religioso. Apesar de serem óbvias as constatações deste estudo, a maioria da literatura que procura compreender a importância da religiosidade como factor de protecção tem sido amplamente documentada.

Outros factores de protecção discutidos nesta pesquisa são os construtos de auto-estima e auto-eficácia. Esses dois construtos têm estado relacionados com os factores de protecção dos indivíduos perante situações de adversidade (Pesce et al. 2004). Auto-estima é considerada como um conjunto de sentimentos e pensamentos que uma determinada pessoa tem, acerca do seu próprio valor, competência, assim como da atitude, seja ela positiva ou negativa em relação a si, como indivíduo (Rosenberg, 1965). Para Coopersmith (1989) considera que auto-estima como um acto valorativo, a partir da qual o indivíduo é influenciado de modo que lhe proporcione energias que motivam a se dedicar numa determinada tarefa com vista atingir metas, aceitando a si próprio, sem, no entanto, deixar de valorizar o outro e através disso construir as suas expectativas futuras.

O construto de auto-estima relaciona-se com outros construtos psicológicos nomeadamente bem-estar (Sánchez & Barrón, 2003) e com auto-conceito (Martín-Albo, Núñez, Navarro, & Grijalvo, 2007). Este construto tende a ser relacionado com uma orientação positiva através de auto-aprovação ou por uma visão negativa ou de auto-depreciação. Nesta perspectiva a auto-estima constitui a representação mental que a pessoa faz, em relação aos sentimentos gerais e comuns de valor (Hutz & Zanon, 2011). Parece existir controvérsia se auto-estima tende a ser constante ao longo da vida. Hutz e Zanon

(2011), são da opinião que auto-estima tende a ser estável ao longo do tempo em diferentes trajetórias da vida. Outros autores como Cole et al. (2001) sugerem que a auto-estima como atributo pessoal ao longo do desenvolvimento não é linear, apresentando descontinuidades, ou seja, não é estável nas várias etapas da vida.

A auto-estima por se considerada como um dos principais componentes para prever resultados positivos na adolescência mesmo diante à exposição de risco, tem tido implicações em muitas áreas como sucesso nas tarefas ocupacionais, relacionamentos interpessoais e desempenho acadêmico (Trzesniewski, Donnellan, & Robins, 2003). Para além, de a auto-estima ter influência no desfecho positivo na adolescência, tem estado associado também como problemas adversos tais como: a agressão, comportamento anti-social entre outros (Donnellan, Trzesniewski, Robins, Moffitt, & Caspi, 2005).

Normalmente, altos escores de auto-estima têm sido associados a humor positivo e a percepção de eficácia nas diversas dimensões consideradas importantes da vida da pessoa (Branden, 1994). Por isso mesmo, provavelmente as pessoas que apresentam geralmente auto-estima alta, tendem a ter um indicador de saúde mental boa, habilidades sociais e bem-estar (Hutz & Zanon, 2011; Murk, 1995). Para Hutz e Zanon (2011) consideram que auto-estima tem apresentado correlações significativas com o rendimento escolar e aceitação social praticamente em todos os grupos étnicos e das demais culturas. Apesar de estar presente nos diversos grupos étnicos e culturas, a auto-estima como construto de auto avaliação pessoal é uma característica que tem sido utilizada como uma componente importante para a identificação e na prevenção de problemas psicológicos (Sbicigo, Bandeira, & Dell'Aglio, 2010).

Tal como auto-estima, a auto-eficácia é um construto que está associado a uma forte crença na preservação da saúde das pessoas. O conceito de auto-eficácia foi introduzido por Bandura (1977, 1986, 1997) na abordagem da teoria social cognitiva. Logo a princípio foi definido como crença que as pessoas cultivam sobre o seu potencial, de ser capazes de iniciar, executar com desempenho a determinadas tarefas, mesmo que lhe são exigidas perseverança diante dos eventos adversos (Bandura, 1977). De igual modo, que se referiu na auto-estima, a influência de auto-eficácia se traduz na maneira como as pessoas sentem, pensam se comportam, torna-se um aspecto fundamental e determinante para indivíduo que possa alcançar os objectivos, levando-o a realizar com sucesso as tarefas a que lhe são propostas (Bandura, 1997). Deste modo, auto-eficácia como crença que as pessoas têm acerca das suas capacidades e, que através delas são capazes de empreenderem esforços abnegados para atingir determinados objectivos. Assim a auto-eficácia serve de base para a

regulação da acção humana, na medida em que a pessoa é confrontada com um complexo de tarefas ou desafios, no qual traça metas e emprega esforços para atingi-los (Sbicigo, Texeira, Dias, & Dell'Aglio, 2012).

Na literatura se descrevem dois níveis de auto-eficácia. O primeiro nível é caracterizado por ser específica que se manifesta através de um estado motivacional. O segundo nível é geral que se caracteriza por um traço motivacional do indivíduo, não obstante, havendo diferença nesses dois aspectos referenciados (Gardner & Pierce, 1998). A concepção de auto-eficácia proposto por Bandura (1977, 1986), na sua definição analisada a partir de Schwarzer e Jerusalem (1995), afirmaram que a sua efectivação está sujeita a determinadas situações concretas, tais como, tarefas escolares ou ocupacionais. Na auto-eficácia geral é interpretada a partir dos comportamentos e de resultados de estratégias de *coping* num ambiente muito limitado.

Por fim, tanto a auto-eficácia geral quanto a auto-estima vista no âmbito de avaliação psicológica constituem-se como indicadores válidos na área da saúde, consideradas como dimensões que são preditoras de qualidade de vida dos adolescentes e jovens (Kvarme, Haraldstad, Helseth, Sorum, & Natving, 2009). Em razão disso, observa-se a importância de investigar a relação destas variáveis com os comportamentos apresentados por adolescentes e jovens moçambicanos.

2.4. A Teoria Bio-ecológica

A Teoria Ecológica do Desenvolvimento Humano de Bronfenbrenner (1979/1996) permite compreender as dinâmicas das interações das pessoas no meio social no qual se encontram. Neste modelo teórico *a priori* Bronfenbrenner partia do princípio que o ambiente era a variável determinante ao desenvolvimento, relativizando o papel desempenhado pelo indivíduo. De acordo com este construto, a pessoa não só é afectada por suas próprias características individuais, como também pelo ambiente físico e social imediato (micro-sistemas) e pelas interações das várias definições do seu ambiente próximo (ao nível de meso-sistema). O modelo original proposto em 1979 foi alterado depois de crítica por dar maior atenção ao ambiente, em detrimento ao papel activo desempenhado pelos processos individuais no desenvolvimento. O desenvolvimento humano resulta da interação entre as características individuais da pessoa e o seu ambiente imediato que ocorre por meio de processo (Bronfenbrenner, 1999).

Na reformulação do modelo de Bronfenbrenner (1979/1996) de ecológico para bio-ecológico (Bronfenbrenner, 1999; Bronfenbrenner & Ceci, 1984; Bronfenbrenner & Morris,

1998) foram incorporados outros termos implicados na interacção do indivíduo em quatro níveis inter-relacionados, sendo o *processo*, a *pessoa*, o *contexto* e o *tempo* (PPCT). Portanto, a interacção desses níveis PPCT podem ter impactos ao nível do desenvolvimento normativo e não normativo ou psicopatológico dos indivíduos durante o ciclo da vida. Neste modelo, o processo aparece como o construto importante tornando-se responsável pelo desenvolvimento, no qual o organismo interage com o seu ambiente próximo se influenciando reciprocamente. Este processo complexo interactivo permite o desenvolvimento activo do indivíduo, bio-psicologicamente em evolução com as pessoas em sua volta, objectos, símbolos presentes no ambiente cotidiano (Bronfenbrenner & Ceci, 1994). É através dos processos proximais que a pessoa no seu contexto social engajado em diferentes actividades possibilita e incrementa o desenvolvimento humano. Para a consecução deste desenvolvimento é necessário que efectivamente a interacção ocorra de forma regular e dentro de um determinado período de tempo. Nesta complexidade de interacção as actividades que nelas são desenvolvidas devem ser cada vez mais progressivamente complexas com o tempo e, por isso, que torna necessário um período relativamente estável. Refere-se ainda a importância das dinâmicas em que ocorre o desenvolvimento ele é marcado eminentemente através de relações inter-pessoais na qual as pessoas intervenientes neste processo se influenciam mutuamente. No entanto, a reciprocidade nas interacções pessoais ocorre mediada por objectos e símbolos que se encontram no contexto social imediato e cultural de uma sociedade que através desta interacção leva a estimulação e atenção com base no manuseio destes (objectos e símbolos presentes) permitindo as aprendizagens que são promotoras do desenvolvimento (Bronfenbrenner, 1999). Salienta-se o facto de desenvolvimento depender necessariamente da forma e da força do conteúdo interagindo com os processos proximais - ambiente imediato, quanto o remoto, assim como mediante as características bio-psicológicas da pessoa. A natureza dessas interacções são as chaves que determinam o resultado do desenvolvimento dinamizando amiúde às mudanças e continuidades sociais na pessoa ao longo do processo histórico e no tempo em que vive (Bronfenbrenner & Morais, 1998).

No caso dos resultados provenientes do processo evolutivo de acordo com Bronfenbrenner e Morris (1998), as interacções proximais podem produzir dois tipos de situações na pessoa: primeiro podem ser capazes de conferir competência, traduzidos na aquisição de conhecimentos, habilidades e capacidades para conduzir o seu comportamento agregando em si, todas as situações e domínios do processo evolutivo, tanto de forma isolada entre vários domínios (intelectual, físico, sócio-emocional e motivacional). O

segundo aspecto, as interações podem produzir disfunções que se manifestem na dificuldade em manter o comportamento desejado. Tanto o estado de aquisição de competências e quanto da disfunção que se traduz na saúde e doença ocorrem através de processos de interação entre a pessoa e o seu ambiente. Salienta-se o papel dos processos que seriam responsáveis por gerar estabilidade e/ou mudanças decorrentes da evolução, assim como da optimização dos recursos pessoais e ambientais, que explicam a deterioração ou não da saúde da pessoa (Bronfenbrenner & Evans, 2000). A condição de saúde remete a ideia dos factores envolvidos no processo de desenvolvimento, que podem ser capazes de promover a resiliência a partir dos factores protectores do indivíduo e do contexto. Os ambientes proximais que ocorrem no micro-sistema familiar marcado por disponibilidade afectiva e emocional, boas relações, supervisão parental e outros apoios proporcionam aos seus membros competências cognitivas e sociais durante a infância, adolescência e mesmo aos papéis que são assumidos na vida adulta.

Na perspectiva bio-ecológica do desenvolvimento humano, tanto a competência, quanto a disfunção são produzidas em função das características bio-psicológicas da pessoa. Além das características da pessoa interferem nesse processo: o tipo de ambiente imediato em que se vive associado à intensidade e a frequência do período em que a pessoa é exposta aos processos proximais e ao ambiente em que tenha ocorrido (Bronfenbrenner & Evans, 2000). Mediante esses processos proximais produtores de competências, tendem a produzir repercussões no desenvolvimento e na saúde, quanto maior e mais frequentes forem marcados por ambientes familiares e sociais estáveis. Neste aspecto, a competência pode ser traduzida como aquisição de conhecimentos, habilidades ou capacidades relativamente estáveis, que servem como guia do comportamento humano em situações e domínios ao longo do desenvolvimento humano.

A *Pessoa* é outro elemento crucial no modelo bio-ecológico de Bronfenbrenner. A pessoa na perspectiva de Bronfenbrenner é considerada pela sua relevância de ser constituído por características bio-psicológicas (Bronfenbrenner 1994). Essas características fazem parte do indivíduo herdada geneticamente através das quais permitirá a interação com ambiente social. Bronfenbrenner (1999) considera que, tanto as características pessoais são resultado do desenvolvimento, como também são produtoras do mesmo, que através de elementos constituintes, a forma e a força, impulsionam o conteúdo latente e dinâmico das relações proximais entre as pessoas. No entanto, essas relações resultam da interação de forma conjugada no seu todo como elementos do sistema, através de processo, à pessoa, ao contexto e ao tempo (PPCT). Essas características pessoais encontram-se divididas em três

dimensões, a qual denominou de *demanda, recurso e força*. Demanda são as características de estímulo pessoal que favorecem ou desinibem as relações que se estabelecem no ambiente social imediato, através dos processos proximais. São considerados atributos pessoais como: idade, gênero, cor da pele, etnia/tribo, aparência física, que são capazes de incentivar ou inibir as reações na sua interação com o ambiente social, de tal forma que possa influenciar ou não as relações interpessoais promotoras do desenvolvimento nos processos proximais e no crescimento psicológico (Bronfenbrenner & Morris, 1998). Assim, o material genético herdado continua e é considerado pelo modelo bio-ecológico de Bronfenbrenner como atributos da pessoa que podem determinar a competência e a disfunção social do indivíduo. Esses aspectos são cruciais para o desenvolvimento mental sadio dos indivíduos na sua trajetória do desenvolvimento influenciados pelos aspectos dos processos proximais e pelos mecanismos através dos quais genótipos se configuram em fenótipos. *Recurso* é uma das características que emerge das exigências da demanda. Enquadra-se no universo percebido bio-psicologicamente, envolvendo experiências passadas de diversas ordens, desde os recursos cognitivos e emocionais referente às habilidades sociais e conhecimentos que sejam necessários, para responder de forma eficaz aos processos proximais que permitem o funcionamento adequado nos diferentes estádios do desenvolvimento humano. Ausência de recursos é interpretada como uma deficiência que compromete a pessoa no uso das suas capacidades de forma a engajar-se de forma efectiva nos processos proximais, colocando limites à funcionalidade do organismo através de inibição. Essa limitação ou inibição pode resultar de problemas de ordem física, mental, genéticos, etc. As competências pessoais são recursos que permitem aos indivíduos de forma efectiva colocar ao dispor as suas habilidades, conhecimentos de tal maneira que os ajude a ampliar não apenas as experiências já conhecidas, mas dedicando-se cada vez mais aos processos proximais de forma construtiva e de forma significativa. Finalmente a *força* caracteriza-se pelos aspectos que estão relacionadas com as diferenças individuais tais como: temperamento, motivação e persistência que constituem base de sustentabilidade dos processos proximais, mesmo perante a presença de obstáculos. Na perspectiva de Bronfenbrenner, essas disposições individuais são as características que determinam que pessoas com os mesmos recursos, tomem rumos totalmente diferenciados nas suas trajetórias de vidas. Essa diferença pode advir de motivação, persistência na tarefa e ser bem-sucedida, enquanto a outra pessoa que não está motivada na tarefa poderá desistir e não ser bem-sucedida.

O outro elemento no modelo bio-ecológico refere-se ao *Contexto*. Assim, o contexto surge como espaço onde ocorrem as interações entre a pessoa e os processos proximais, envolvendo quatro sistemas inter-relacionados, tanto o contexto imediato, quanto o remoto (micro-sistema, meso-sistema, exo-sistema e macro-sistema). Estes quatro sistemas estão de tal forma inter-relacionados constituindo uma estrutura concêntrica um sobre o outro tornando o meio ambiente ecológico. Ao nível do micro-sistema envolve todas as relações inter-pessoais na qual a pessoa em desenvolvimento participa através de actividades e papéis sociais no contexto (Bronfenbrenner, 1979/1996, 1994). Neste micro-sistema, a pessoa, para além, de estar engajado nas actividades diárias é lá onde passa a maior parte do seu tempo, dando significado às vivenciais construindo desta forma o seu próprio desenvolvimento, sustentada por visões subjectivas e objectivas do meio. No micro-sistema compreende as redes de relações sociais, está à família com a qual se estabelece interações directas primárias. Depois da família aparecem os amigos, vizinhos, colegas da escola, professores que dentro destes micro-sistemas ocorrem relações nos aspectos físicos, sociais e simbólicos através de interações nos processos proximais acarretando recursos e demandas pessoais que podem favorecer ou desfavorecer o desenvolvimento. Neste âmbito, as interações no micro-sistema, a amizade (Hartup, 1996), a relação entre irmãos (Dunn, Slomkowski, Beardsal, & Rende, 1994), a relação entre pais e filhos (Shaw, Owens, Vondra, Keenan, & Winslow, 1996) e o estilo de vida parental (Smets & Hartup, 1988) têm sido associados ao comportamento problema na adolescência.

O meso-sistema engloba vários micro-sistemas em interação. O meso ocorre em diferentes ambientes nos quais a pessoa faz parte e existindo uma inter-dependência recíproca entre eles, ou seja, a pessoa influencia e, é influenciado pelo ambiente (Bronfenbrenner, 1986). Em diferentes ambientes sociais, a mesma pessoa pode ser adolescente na escola, pai/mãe em casa, trabalhador na empresa, namorado/a, etc. Os papéis sociais que a pessoa assume em diferentes interações influenciam na forma de pensar, sentir, agir, assim como com os quais interagem na sua vida (Bronfenbrenner, 1979/1996). Alguns desses meso-sistemas podem ser marcados por fortes relações entre elas e outras não. Por exemplo, família-amigos na vizinha estarem marcadas por fortes relacionamentos cujos pais conhecem os amigos do filho e estar fragilizado pelo desconhecimento destes quem são os colegas da escola. Este desconhecimento por parte dos pais quem são os colegas/pares da escola, os professores podem constituir um factor de risco, através de empobrecimento das relações que torna, às vezes, aos adolescentes uma vida dividida entre a família e os colegas. Nestas circunstâncias, há momentos em que os pais ficam à margem

das actividades diárias dos seus filhos, incrementado ainda mais pela ausência parental durante o dia em casa devido ao trabalho.

Exo-sistema é um ambiente no qual a pessoa não possui o papel activo, constituído pela comunidade ampla onde o adolescente e jovem vive. Embora o adolescente não participe activamente na vida deste sistema, as decisões tomadas nele têm impactos seja de forma directa ou indirecta. A situação de emprego da família, a rede de apoio parental, o sistema educativo e os aspectos organizacionais comunitários que podem ter interferência na vida familiar por estar desprovidos de recursos necessários para satisfazer às demandas dos adolescentes. A arquitetura do exo-sistema em muitas circunstâncias tem influência na qualidade do micro-sistema e no meso-sistema em diversos aspectos. O estatuto social dos pais, por exemplo, o tipo de emprego, o salário, a habitação, são variáveis que podem ter impactos na vida dos seus membros.

O macro-sistema é constituído por um conjunto de valores culturais, políticos, sociais, religiosos, económicos e educacionais, formas de governação e subculturas presentes no contexto onde se encontra o adolescente que influencia na sua trajectória do desenvolvimento (Bronfenbrenner, 1979/1996). Não obstante, apesar deste nível de sistema não ter uma interferência directa na vida do adolescente, se reflecte a sua influência em outros sistemas.

O *Tempo* é último elemento no modelo bio-ecológico. Na abordagem de Bronfenbrenner é no tempo que ocorrem as mudanças no indivíduo, caracterizados por sucessivas transformações contínuas, por exemplo, nascimento, puberdade, casamento, morte de um parente que poderão se traduzir em fortes impactos sejam positivos ou negativos na vida. O tempo tem sido analisado a partir de três níveis na perspectiva do modelo bio-ecológico. 1) O *micro-tempo* refere-se a continuidade e descontinuidade dos acontecimentos durante às relações interpessoais nos processos proximais. Nele ocorre a interacção recíproca, consoante os processos proximais cada vez mais complexos de maneira regular num determinado tempo. Pontua-se a questão de regularidade destas interacções em ambientes relativamente instáveis através de imprevisibilidades dos acontecimentos. 2) O *meso-tempo* refere-se à periodicidade dos acontecimentos nos processos proximais, diferenciados por períodos de tempo, por exemplo, dias, semanas, mês, etc., que ao conjunto desses acontecimentos que ocorrem no tempo e na pessoa podem ter impactos diferenciados e produzir resultados capazes de dinamizar o desenvolvimento ou não. 3) O *macro-tempo* enquadra-se dentro do que seriam as expectativas e dos eventos que são capazes de trazer

mudanças na sociedade ao longo das diferentes gerações, sejam através de eleições, guerra, por exemplo, que tais resultados sejam susceptíveis de afectar o desenvolvimento da pessoa.

No modelo bio-ecológico as relações que se vão desenvolvendo ao longo do tempo ao nível intra e inter sistemas podem incrementar alguns riscos que possam afectar o ajustamento global no desenvolvimento dos adolescentes. Os vários sistemas apresentam crenças e valores que colocam o indivíduo dividido em relação às normas a seguir. Um exemplo mais claro é das relações de amizade criadas pelo adolescente no grupo de pares, cujas normas e valores partilhados por eles se distanciam completamente daquelas que são difundidas ao nível familiar. A falta de harmonização destas crenças e valores dentro e fora de casa às vezes acaba colidindo, levando as tensões no mesossistema que o obriga consequentemente a escolher entre os valores com os quais mais se identificar, neste caso que são o do grupo de amigos.

A partir do modelo bio-ecológico do desenvolvimento humano permite compreender as diversas dinâmicas sociais e pessoais inseridas dentro de uma determinada sociedade marcadas pelas diferenciações de classes, desemprego, a pobreza, violência intra-familiar e extra pode ter impactos no desenvolvimento do indivíduo. Na perspectiva de Bronfenbrenner e Evans (2000), é a partir desta dinâmica contextual que permite analisar como as pessoas estão expostas aos riscos significativos, tanto na família, quanto na sociedade, marcados por eventos que podem interferir no desenvolvimento e adaptabilidade das pessoas. Os autores referem que em vários sistemas parecem ser caracterizados por uma imprevisibilidade dos acontecimentos, sistemas caóticos e que podem ter repercussões na vida diária das pessoas. Estes acontecimentos que ocorrem em diferentes sistemas ambientais na maior parte deles podem ter implicações adversas no funcionamento da pessoa, comprometendo não apenas no seu desenvolvimento como na manutenção das relações interpessoais, gerando processos que são capazes de levar a disfunção. Ao vivenciar acontecimentos adversos na família, pobreza, conflitos familiares, divórcios, doença, desemprego dos pais, podem constituir desafios nos processos proximais entre pais e filhos, fazendo emergir conflitos por parte parental de baixa responsividade ao seu papel social de atender às necessidades dos seus membros (Bronfenbrenner & Evans, 2000).

Nesse âmbito os estudos que foram desenvolvidos no contexto brasileiro por De Antoni, Medeiros, Hoppe e Koller (1999), De Antoni e Koller (2000) e Cecconello, Krum e Koller (2000) destacaram a importância das relações próximas familiares mediadas com base segura que permitem proporcionar o desenvolvimento em dimensões tais como: auto-estima, empatia e competência social. Isso mostra que as relações proximais estabelecidas de

forma efectiva, pelo apoio social e as redes de relações ajudam os adolescentes a enfrentar ou minimizar os efeitos de estresses, quando são confrontados com situações de riscos ou similares.

2.5 Processo de protecção e de vulnerabilidade

Neste trabalho de tese procura compreender os diversos contextos sociais a partir do estatuto social dos participantes para trazer ao entendimento como as condições sociais poderiam estar associados aos impactos positivos ou negativos no desenvolvimento. Para elucidar esse entendimento se propôs recorrer ao modelo de vulnerabilidade social proposto por Blum et al. (2002) que nos parece melhor traduz e resume a complexidade do processo de protecção diante das adversidades ao longo do desenvolvimento humano.

O construto de vulnerabilidade é considerado como um conjunto de factores cuja natureza pode ser biológico, epidemiológico, social e cultural, que a partir da interacção destes podem ampliar ou reduzir o risco ou a protecção de qualquer indivíduo, seja por causa de uma determinada doença, risco ou dano (Pessalacia, Menezes, & Massuia, 2010). Rutter (1987) distingue entre processos ou mecanismos de protecção, da vulnerabilidade e de risco. Na perspectiva desta autora o construto mecanismo de protecção pode ser usado quando uma trajectória de risco é mudada para outra com maior probabilidade de consequências adaptativas. Diferentemente de processos de risco que pressupõe logo desordem. Os processos de vulnerabilidade ou de protecção operam de maneira inversa, ou seja, indirecta, através de interacção das diferentes variáveis pessoais e contextuais e de risco. A figura 1 que se segue, pretende mostrar os diferentes níveis de interacção destas variáveis nos sistemas ecológicos do adolescente ao longo do desenvolvimento humano nos seis domínios (individual, familiar, colegas, escola, ambiente social imediato e, ambiente de nível macro). As consequências que podem advir de um determinado nível de vulnerabilidade, tanto a curto, médio e longo prazo, não pode ser previstas a partir deste modelo ecológico, igualmente sabendo que os processos de protecção que operam podem reduzir o impacto de risco/vulnerabilidade (Blum et al., 2002). Empiricamente existem estudos que de forma consistente têm vindo a demonstrar evidências sobre quão é fundamental que os processos de protecção desempenham para reduzir ou servir de *buffer* perante o risco. Apesar de estes dados mostrarem essas evidências através de estudos longitudinais, ainda é menos claro e provavelmente há poucos conhecimentos sobre como esses factores de protecção actuam para diminuir ou anular os resultados negativos em positivos, promovendo adaptação (Jessor, Turbin, & Costa, 1998; Rutter, 1993).

No processo de protecção os mecanismos que anulam os factores de risco são explicados a partir de três proposições gerais que actuam como mecanismo de protecção e, por sua vez, como estes se interagem para mitigar ou anular resultados negativos a saúde dos adolescentes (Blum, et al., 2002). Neste processo abrange vários contextos, desde os níveis individual, familiar, assim como outros adicionais que operam ao nível ambiental (escola, vizinha e grupo de pares). Enquanto que os processos de protecção ao nível macro seriam a condição mais provável que intervêm ao nível individual como mecanismos de protecção diante do risco. Esta constatação é embasada por estudos realizados por Sampson, Raudenbush, & Earls, (1997), em que verificaram que os adolescentes foram menos susceptíveis de praticar actos infraccionais nos seus bairros e/ou bairros adjacentes àqueles que tinham um elevado nível de auto-eficácia colectiva. Embora não houvesse interacção entre as variáveis, é possível que os factores ambientais, neste caso a auto-eficácia colectiva depende de acumulação de vulnerabilidade e de factores de protecção ao nível individual. Por exemplo, um determinado ambiente pode ser protectora para alguns indivíduos e não sê-lo, mas aumentar as vulnerabilidades para as outras. Para tal, que isso aconteça, depende em certa medida dos atributos que cada indivíduo pode possuir. Por isso, que os processos de protecção perante as adversidades variam entre domínios de funcionamento pessoal. Alguns ambientes sociais podem ser considerados altamente estimulantes ao aspecto cognitivo, promovendo um desenvolvimento intelectual (Guo & Harris, 1999), mas não sendo necessariamente capaz de ser protector para outros desfechos considerados negativos a saúde, como por exemplo, o início precoce de relações sexuais (Blum et al., 2002).

Em outro âmbito de análise que se faz em relação aos factores de protecção e vulnerabilidade é que o processo de protecção depende ou varia entre processos de risco. Este pressuposto considera que as características do indivíduo ou de um determinado ambiente podem constituir como factor de protecção para um desses processos de risco, mas não noutro. Por isso, que o processo de protecção pode operar para apenas um grupo de adolescentes em situação de risco, em relação a um determinado resultado (Blum et al., 2002). O funcionamento destes processos de protecção está associado às variáveis, tais como, gênero, temperamento, as relações positivas e amistosas na família, suporte material, as experiências escolares, perda precoce dos pais entre outros.

Apesar de este modelo ecológico explicar em que medida pode ocorrer uma adaptação positiva, parece dar mais ênfase aos aspectos ambientais do que aos factores individuais, como o modelo bio-ecológico de Bronfenbrenner. Por exemplo, Resnick et al. (1997) desenvolveram uma pesquisa com adolescentes, verificou-se que os adolescentes que se

sentiam cuidados por pessoas da sua escola e, que percebiam que eles faziam parte da escola era menos propensos de fazerem usos de substâncias psicoativas, de se engajarem em violência e apresentavam elevados níveis de bem-estar emocional.

Como foi referenciado que a Figura 1 pretende resumir os modelos de risco e de vulnerabilidade *a priori* desenhado por Jessor (1991), e posteriormente desenvolvido por Blum et al. (2002) que procura sintetizar a partir de representação esquemática de como ocorrem os processos de interação nos sistemas ecológicos. Este modelo parece traduzir de forma implícita a teoria de Bronfrenbrenner (1979, 1997). Os autores comugam de mesmos pressupostos ao destacar a importância dos espaços e das relações que nelas se desenvolvem, como promotoras de desenvolvimento e no meio delas podem ocorrer riscos e protecção.

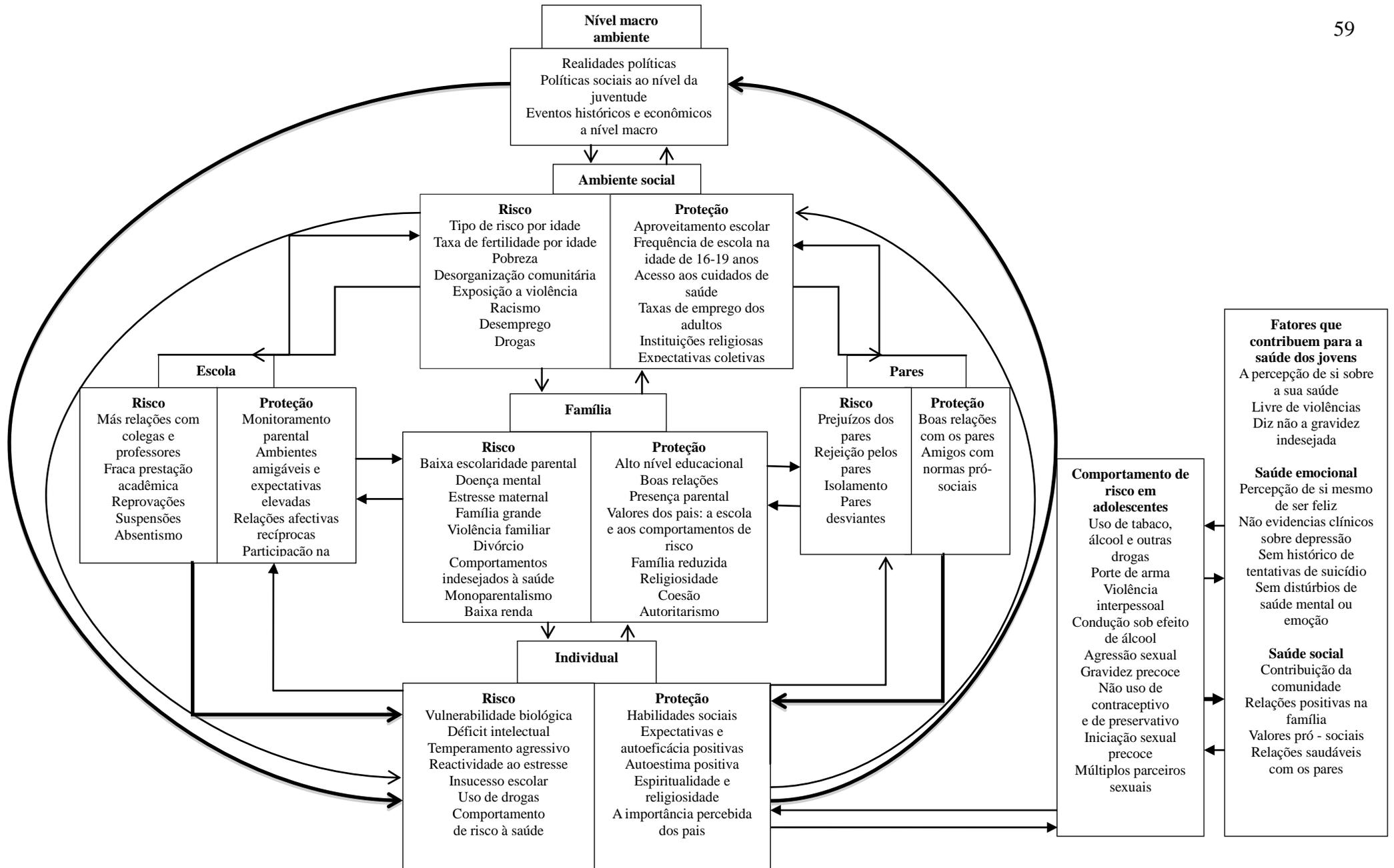


Figura 1 Adaptado do modelo ecológico de Blum et al.(2002) antecedentes de infância factores e comportamentos de risco e de protecção.

2.5. 1 Ajustamento psicossocial como indicador de adaptação

A abordagem de factores de risco, tem estado associado a um vasto conhecimento que busca compreender quais as influências negativas que advém de estressores psicossociais como resultado à exposição a estes sobre o ajustamento. Esses eventos estressores são considerados potenciais factores para o desajustamento psicossocial ao longo do desenvolvimento, principalmente na transição da infância para adolescência (Anderson, 2005; Lussance, 2005; Luthar, Cicchetti, & Becker, 2000; Masten, 2001; Morais, 2009). Os eventos estressores que ocorrem nesta etapa de desenvolvimento tende a se associar aos problemas emocionais e de comportamentos (Morais, 2009). Assim os eventos estressores que se verificam em diversos contextos culturais, podem despoletar ou não o aparecimento de transtornos psicopatológicos, para além de outras características inerentes ao risco (Masten, 2006). Neste aspecto, às vezes a presença de múltiplos factores de risco ao longo do desenvolvimento, estão associados a inúmeros problemas comportamentais. Esses problemas comportamentais predizem ao consumo de substâncias psicoativas, tais como álcool, tabaco e drogas ilícitas, assim como ao comportamento anti-social, o início precoce de actividade sexual, e normalmente, tende a se correlacionar de forma positiva (Donovan, Jessor, & Costa, 1998). Existem estudos que demonstram que o número de factores de risco, como indicador importante para a compreensão de desajustamento ou de inadaptação (Semeroff, Seifer, Zax, & Barocas, 1987). Na perspectiva de Haggerty et al. (2000), parte do princípio que, tanto crianças como adultos quando estão em exposição extremo de risco, podem se recorrer do seu repertório, designadamente às competências utilizando-as como um elemento de protecção contra eventos estressores pelos quais estão atravessando. Neste caso não se coloca em causa o número de eventos considerados de riscos. Abaid (2013) afirma que neste processo de adaptação à pessoa recorre-se de uns vastos e amplos meios e recursos, tais como: estratégias, habilidades e competências aos vários níveis desde as inatas e adquiridas dentro de um processo de adaptação. É necessário referenciar que os juízos que se fazem sobre o processo de ajustamento na adolescência, dever-se-ia tomar em consideração atributos que estão relacionados com engajamento na escola, comportamento pró-social e auto-estima (Infante, 2005; Morais, 2009). Em pesquisas realizadas com crianças e adolescentes em diversos contextos de desenvolvimentos é muito frequente ao uso de termos como “adaptação” e “ajustamento” comportamental (Pereira, 2009). Sendo que na Perspectiva Transaccional Desenvolvimental, parece haver consenso ao uso do termo adaptação. Este construto é utilizado para se referir, que

ocorreu adaptação/ajustamento, quando a pessoa é capaz de corresponder às expectativas sociais referentes à sua etapa de desenvolvimento (Infante 2005; Masten, Hubbard, Gest, Tellegen, Garnezy, & Ramirez, 1999; Morais, 2009). Apesar de adaptação se considerar como a capacidade individual de responder de forma positiva as tarefas desenvolvimentais de cada etapa de vida. Pode parecer difícil de determinar exactamente que expectativas sociais nutrem crianças e adolescentes com níveis sócio-económicos diferentes. Neste aspecto, Masten (1999) e Infante (2005) partem do pressuposto de que o ajustamento bem-sucedido deve satisfazer a expectativa social, atendendo às exigências inerentes aos aspectos culturais. Mesmo havendo expectativas sociais universalmente aceites, existem aquelas que são particulares em cada cultura específica. Neste aspecto, estar-se-ia de acordo com Infante (2005) e Morais (2009) que afirmaram que para evitar viés em termos ideológicos e reducionista, em termos classificatório e preconceituoso do termo adaptação/ajustamento, seria importante que estudos desenvolvimentos nesta área pudessem detectar padrões específicos para cada contexto. Por exemplo, estudar adolescentes e jovens que provêm de famílias economicamente desfavorecidas, alguns dos quais moram em famílias monoparentais, ou são responsáveis pelos seus irmãos mais novos, porque os pais morreram pelo HIV e SIDA. Ao analisar estes adolescentes que se encontram em situação de múltiplos riscos podem apresentar modelos de adaptação diferenciados.

Em seguida descreve-se o delineamento da pesquisa. Este delineamento procura descrever as razões que levaram a realização desta tese e posteriormente os objectivos que conduziram e orientaram os dois estudos.

2.6 Delineamento da justificativa e objectivos da pesquisa

Nesta secção que segue foram delineados a justificativa, os objectivos que orientaram a realização desta pesquisa no contexto moçambicano. Esta pesquisa visou essencialmente descrever os indicadores de comportamentos de risco, factores de risco e de protecção a partir de perspectivas da teoria de risco/vulnerabilidade e bio-ecológica de desenvolvimento.

O interesse em desenvolver esta pesquisa com adolescentes e jovens moçambicanos, justifica-se pelo facto de querer perceber o impacto do fenómeno da vulnerabilidade social e o comportamento de risco presente em adolescentes e jovens. Partindo de pressuposto de que a vulnerabilidade social é aspecto que pode constituir como um factor de risco. Associado a isso, outro interesse desta pesquisa é perceber de que forma às demandas pelos quais os adolescentes e os jovens moçambicanos, estão

enfrentando, desde as mudanças bio-psicossociais, as condições sociais, podem constituir factores de risco ou de protecção. Para além destes interesses a pesquisa justifica-se pela sua pertinência, porque no contexto moçambicano existem poucos estudos de abrangência nacional que fazem levantamentos ou caracterização de comportamentos de risco com uma periodicidade.

Os estudos até aqui realizados têm sido da autoria do Ministério da Saúde e Instituto Nacional de Estatística (MISAU & INE, 2011). Esses estudos objectivam fazer levantamentos epidemiológica na área de HIV e SIDA e outras doenças. No entanto, através da parceria entre o Ministério da Educação e Cultura, Programa Geração - Biz e Fundo das Nações Unidas para a População (MEC, PGB/FNUAP, 2007), foram realizados estudos pioneiros sobre o comportamento de risco em adolescentes e jovens escolarizados e fora dela em oito províncias moçambicanas, principalmente para investigar o impacto do uso de drogas lícitas e ilícitas nos comportamentos, atitudes e percepções em vários níveis das suas vidas.

A lacuna de estudos desenvolvidos na área para mapear os comportamentos de risco em adolescentes e jovens, incentivou a realização do presente estudo para identificação dos indicadores de comportamento de risco, factores de risco e de protecção. A identificação destes comportamentos de risco ajudará desenvolver projectos educativos para a prevenção, intervenção em comportamento de risco junto aos adolescentes e jovens moçambicanos nas diferentes escolas e comunidades.

2.6.1 Objectivos gerais da pesquisa

A presente pesquisa se orientou por seguintes objectivos gerais: no estudo I visou a realizar adaptação transcultural do Questionário da Juventude Brasileira para o contexto moçambicano; no estudo II objectivou a Identificar os indicadores de comportamentos de risco, factores de risco e de protecção; Em relação aos objectivos específicos, o estudo I procurou em: 1) Descrever as etapas da adaptação do QJB do português do Brasil para o português de Moçambique; 2) Verificar as evidências das propriedades psicométricas de construtos, através de validade factorial exploratória e confirmatória do Questionário da Juventude Moçambicana versão adaptada; 3) Verificar a consistência interna das Escalas adaptadas e compará-las com as versões originais do Brasil.

No que diz respeito aos objectivos específicos do estudo II visou à: 1) Descrever os principais factores de risco individuais e ambientais que podem estar associados ao comportamento de risco em adolescentes e jovens no contexto moçambicano; 2) Analisar como os comportamentos de risco, factores de risco e de protecção se relacionam inter-

actuando nos diferentes contextos ecológicos; 3) Compreender como os diferentes adolescentes e jovens encontrando-se em situação de risco/vulnerabilidade apresentam modelos de adaptação diferenciados; 4) Explicar como as variáveis bio-sociodemográficas se associa com os factores de risco, de protecção e comportamentos de risco.

CAPÍTULO III. ESTUDO I - PROCESSO METODOLÓGICO - TEÓRICO DE TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO DO QUESTIONÁRIO DA JUVENTUDE BRASILEIRA (QJB) PARA O CONTEXTO MOÇAMBICANO

Este capítulo descreve o processo de tradução e adaptação de instrumento de avaliação psicológica. O processo de adaptação transcultural do instrumento da “juventude brasileira”, utilizado para a pesquisa de comportamentos de risco, factores de risco e de protecção (2005, 2009, 2011, 2013), para o contexto moçambicano foi realizado através de evidências e a equivalências do instrumento original para o contexto onde foi aplicado (*International Test Commission - ITC*, 2010).

O QJB é um instrumento amplamente utilizado no contexto brasileiro que tem por objectivo colectar informações acerca de factores de risco e de protecção em que os adolescentes e jovens podem estar expostos. Estes podem estar relacionados ao comportamento, aos factores externos de condições de vida, na família, na comunidade e na sociedade em que vivem. A opção pela utilização deste instrumento prende-se, pelo facto, de no contexto moçambicano não existir um instrumento adaptado e validado para a colecta de dados na área de vulnerabilidade social dos jovens. Por esta razão que para a colecta dos dados houve uma necessidade de adaptar o instrumento, cujo processo foi adequação cultural, que incluiu o preparo deste para que seja usado em outros contextos.

Devido ao aumento crescente de adaptação de instrumentos para aplicação em outros contextos culturais, tendo em conta aos intercâmbios internacionais de investigação científica, criaram-se directrizes para o uso correcto destes instrumentos de avaliação psicológica. Nesse âmbito a *International Test Commission* (ITC, 2003), através destas directrizes busca encorajar melhores práticas no processo de avaliação psicológica nos diferentes contextos culturais.

O construto *adaptação cultural* é utilizado nesta secção para descrever um processo em que são analisados, tanto a língua como os aspectos culturais correspondentes. Neste processo de preparação do questionário para que seja aplicado em outro contexto. A adaptação transcultural do questionário autoaplicável para seu uso em outro país requer que seja do alcance de uma aceitação cultural e linguística, assim como procedimentos metodológicos rigorosos de modo que atenda os quesitos de equivalência entre o questionário original e a população-alvo (Beaton, Bombardier, Guillemin, & Ferraz 2007).

O processo de adaptação de um instrumento que está sendo utilizado num determinado contexto para outro, pode apresentar inúmeras vantagens, em detrimento de construção de um novo que seja específico para a população - alvo. Ao optar em adaptar ao invés de construir um novo instrumento, poderão ser comparados os dados obtidos do estudo, a partir de diferentes amostras e contextos, com vista a melhor equidade de avaliação. Esta avaliação permite com que se avalie o construto, partindo do pressuposto que é a mesma medida e tendo como base uma mesma perspectiva teórica e metodológica. Outra vantagem de utilizar um instrumento já existente tem a ver com a possibilidade de maior capacidade de generalização, assim como ajuda para uma investigação de diferentes populações cada vez mais diversificada (Hambleton, 2005; Vivas, 1999). Estes instrumentos que são utilizados em diversas culturas, os itens para além, de serem traduzidos linguisticamente, requerem que sejam adequados culturalmente, para manter a validade de conteúdo do instrumento para as culturas na qual se destina ser adaptado (Beaton et al., 2007).

3.1 Etapas do processo de adaptação transcultural de instrumento

Apesar do instrumento em referência não ter sido traduzido do idioma de origem (português brasileiro) para o idioma - alvo (português moçambicano) explicita-se neste estudo alguns dos processos mencionados na literatura sobre as etapas e procedimentos metodológicos de tradução e adaptação do instrumento. Este processo é considerado complexo, pois exige do pesquisador cuidado acrescido para que se possa obter uma versão final do instrumento que seja adequado para o novo contexto, para além, de ser congruente com a versão original (Borsa, Damásio, & Bandeira, 2012). Apesar de própria literatura considerar que o processo de tradução e adaptação ser um procedimento complexo, este estudo procurou conciliar a proposta de Herdman, Fox-Rushby e Badia (1998) e de Borsa (2012). Tanto Herdman et al. (1998) quanto Borsa (2012) propõe fundamentalmente seis etapas.

Como não havendo uma clareza sobre exactamente as etapas a serem seguidas na tradução e adaptação transcultural do instrumento pelos diversos autores, optou-se por conciliar às propostas de Herdman et al. (1998) e de Borsa (2012), que resultou na seguinte orientação: 1) adaptação; 2) síntese; 3) avaliação das equivalências conceitual e de itens; 4) semântica; 5) operacional; 6) mensuração; 7) funcional; 8) avaliação pelo público – alvo. Além disso, foi realizada a descrição do instrumento, assim como o estudo – piloto.

Caracterização das etapas de adaptação

Adaptação

O processo de adaptação consistiu fundamentalmente em entregar a dois juízes independentes que possuem profundos conhecimentos na variante de língua portuguesa e fizeram uma adequação de cada item que compõem o instrumento de modo que fosse mais acessível e compreensível. Este processo consistiu em verificar em cada domínio/escala palavra por palavra do instrumento original – QJB aquelas que não correspondiam ao uso cotidiano no contexto moçambicano e por sua vez substituí-las por outras correspondentes. Neste procedimento evitou-se que este processo fosse uma substituição literal dos itens que compõem o instrumento. A substituição de uma palavra do instrumento original para o adaptado se orientou com base nas expressões comumente utilizadas pelo público - alvo, assim como pela maioria das pessoas destas comunidades.

De seguida com o instrumento original e o adaptado foram entregue a uma terceira pessoa especialista em Psicometria (construção, adaptação e validação de instrumentos psicológicos). Objectivo desta etapa foi revisar e comparar o instrumento original ao adaptado nos aspectos de adequação de palavras com conotações diferentes que podia talvez deturpar o conteúdo das frases que constituem o instrumento adaptado. Neste processo, o especialista não constatou diferenças significativas que pudesse interferir na percepção das questões colocadas aos participantes do estudo, após à sua adequação.

Síntese

Nesta etapa estavam envolvidos dois especialistas de idioma – português do Brasil e de Moçambique e uma terceira pessoa todos com formação superior em língua portuguesa. Estes especialistas procuraram sintetizar as versões dos idiomas de origem para o idioma – alvo. As sínteses produzidas por esta equipe permitiram ter a versão final do instrumento que foi considerada consensual e que estivesse pronto para ser administrado. Após a realização desta etapa, seguiu-se a operacionalização de etapas consideradas imprescindíveis quando se faz uma adaptação do instrumento transcultural, particularmente do mesmo idioma, mas com algumas variantes contextuais que as diferenciam. Essas etapas são avaliadas através de equivalências conceitual, semântica, operacional mensuração e funcional dos itens.

Equivalência conceitual e de itens

A equivalência conceitual consistiu em avaliar se os construtos que fazem parte das dimensões nos diferentes domínios do instrumento original possuem o mesmo significado na população-alvo, onde se destina administrar o instrumento adaptado (Reichenheim & Moraes, 2007). A finalidade deste procedimento é levantar uma discussão entre os especialistas, para que se efectue uma exploração aos diferentes domínios se de facto no instrumento original e na definição dos conceitos de interesse do contexto de onde é proveniente o instrumento o são no novo contexto. A equivalência dos itens investiga a adequação de cada item que compõe o instrumento original se este traduz realmente as dimensões das duas culturas (Herdman et al., 1998).

As duas equivalências foram realizadas através de *experts* mediante uma discussão entre especialista na área de psicometria e de assistência social que trabalha na área de risco e vulnerabilidade social em infanto-juvenil. A discussão entre esses dois especialistas esteve orientada em verificar itens que não tivessem o mesmo sentido conotativo do termo original em relação ao público – alvo aonde se destina o novo instrumento. Ainda verificou-se a questão de adequação conceitual e de diagnóstico nas duas culturas. Outro aspecto tão importante que foi realizado é de procurar se os itens que compõem de facto representavam o domínio abrangido pelo instrumento e finalmente se a adequação conceitual estava de acordo como o perfil biosociodemográficos da população a que se destinava o instrumento.

Equivalência semântica

Esta etapa consiste em traduzir o instrumento de modo que responda às exigências mais próximas das diversas culturas (Herdman et al. 1998). Assim, as 77 questões que compõem o instrumento subdividido em diversas dimensões e escalas nas duas versões anteriormente revistas por *experts* especialistas de formas independentes, permitiram deste modo que se obtivesse a opção para definir os termos que viriam a ser utilizados na versão que veio a ser testada junto ao público – alvo.

Em seguida, as duas versões obtidas de forma independentes foram entregues a outros dois especialistas nas duas línguas que possuem domínios nas variantes do português do Brasil e de Moçambique sem o conhecimento dos primeiros. Existe na literatura autores que sugerem que neste processo de tradução/adaptação os profissionais envolvidos nesta tarefa sejam provenientes

da língua - mãe e cultura sejam pessoas daquelas para as quais se está realizando a tradução (Guillemin, Bombardier, & Beaton, 1993; Herdman et al. 1998).

Na equivalência semântica, segundo Herdman et al. (1998), é constituída por subetapas. A avaliação desta equivalência envolve a capacidade de transferência do significado da língua de origem para outras línguas procurando manter o seu efeito semelhante para o novo contexto. Para tal, precisa atender determinados critérios considerados importantes para satisfazer, designadamente: 1) O significado referencial- pretende-se saber se a nomenclatura atribuída a certos objectos ou ideias tem a mesma correspondência literal em outros contextos. 2) o significado geral conotativo – refere-se a resposta emocional ou afectiva dada, que transcendem na semântica de palavras que se enquadra nos diferentes contextos. 3) o significado social – tem a ver como as diversas palavras como são usadas em contextos sociais específicos de forma inadequada. As palavras podem ter significado social diferenciado na altura de transmissão, pois, alguns aspectos linguísticos seguem os princípios regionais, a língua comumente utilizada, assim como níveis distintos de formalidade da qual depende do público – alvo. 4) significado afectivo – entende que ao enunciar as palavras elas expressem sentimentos que se refletem na escrita. 5) significado reflectido – tem a haver como a palavra soa a ser pronunciadas que pode transmitir a ideia de humor ou de ofensa. 6) significado colocado – a palavra fora do contexto ela pode exprimir um significado corresponde aonde é originário dependendo de certa maneira da sua aplicação e por último 7) significado temático – este é decorrente na medida em que a linguagem se estrutura mediante aquilo em que ela se pretende adequar e procurar saber, pois, ela pode ser alterada dando ênfase dependendo do objectivo que se pretende atingir com o instrumento.

Equivalência operacional

Este procedimento é orientado com vista a assegurar que mesmo depois de ser adaptado para as diversas versões de línguas e contextos possa apresentar as mesmas propriedades psicométricas de onde é originário. O mesmo deve ser capaz de assegurar a confiabilidade, através de poder responder a validade de construto do instrumento nas diversas dimensões que a compõe. A validade do construto foi apreendida consoante as medidas aplicadas antes e durante a administração do instrumento, no primeiro momento mesmo número de questões e opções de respostas utilizadas no instrumento original. No segundo momento foram retiradas algumas questões no domínio referente aos dados bio-sociodemográficos, tendo sido modificadas

questões sobre o “nível de formação dos pais”, “situação laboral”, “saúde”, onde alguns termos foram substituídos por outros equivalentes do instrumento original para o adaptado. O instrumento foi de auto-preenchimento através de pesquisadores e colaboradores devidamente treinados.

Equivalência de mensuração

Nesta etapa basicamente visa avaliar as medidas de confiabilidade e de validade da versão do instrumento adaptado e depois compará-la com a versão original (Moraes, 2001). Pode ser avaliado por sua vez através de mensuração da consistência interna e a estrutura de factores (Avanci, Assis, Santos, & Oliveira, 2007; Beaton et al., 2007; Reichenheim & Moraes, 2007). Para avaliar as propriedades psicométricas de um instrumento, pode ser realizada a Análise de Factores Exploratória e Análise de Factores Confirmatória. Objectivo dessas análises visa verificar a adequação de item ao construto. Outra forma consiste na análise psicométrica que é avaliada através de confiabilidade das escalas, através de consistência interna. Deste modo, com a realização destes procedimentos dão mais a consistência ao estudo de adaptação transcultural (Reichenheim & Moraes, 2007).

Equivalência funcional

Essa equivalência veicula as etapas anteriormente descritas. Considerado como desfecho de todas às outras etapas de equivalência. Objectivo que norteia este processo é de verificar se o modelo original foi bem replicado no contexto alvo, se o instrumento corresponde aos delineamentos previstos no original e por último que os resultados podem ser comparados nas diferentes culturas em estudo (Herdman et al., 1998). Após de realização destas etapas, o instrumento esteve disponível para que fosse submetido a avaliação pelo público – alvo.

Avaliação pelo público – alvo

Após a avaliação pelos juízos a versão síntese do instrumento foi apresentada a 20 participantes com idades compreendidas entre 15 a 18 anos de uma das Escolas Públicas da Cidade de Maputo - Moçambique. A este grupo foi convidado para a primeira avaliação do instrumento, após a adaptação, com objectivo de testar a compreensão dos termos que poderia ser considerados de difíceis, assim como os respectivos significados de itens que compoñham o

questionário. Neste procedimento procurou-se saber dos respondentes quais as passagens que eram incompreensíveis. No campo dos dados biossociodemográficos, por exemplo, as palavras “*código*”, “*cor*” (parda, amarela e indígena) eram itens que dificultavam a compreensão. Esses itens foram substituídos por seus sinônimos sugeridos pelos participantes desta etapa do estudo e algumas palavras que não fazia parte do vocabulário do público - alvo foi eliminado.

Procurou-se verificar o que acreditava em cada resposta dada por eles. O instrumento foi avaliado por um grupo de adolescentes e jovens das mesmas faixas etárias de onde é originário o instrumento. Após este procedimento de avaliação, o instrumento foi considerado pronto para sua aplicação em diferentes populações, cidades, províncias ou distritos. De referir na etapa de avaliação pelo público – alvo, nenhum procedimento estatístico foi realizado, tendo sido realizado apenas o processo de adequação e adaptação dos itens e da estrutura que compõem o instrumento na sua totalidade. Este procedimento visou identificar entre os diferentes termos que constituem o instrumento estavam devidamente claros, se correspondia à realidade a que se destinou e se estava bem escritos. Nos casos em que se constatou qualquer incongruência na compreensão dos itens foram usadas palavras sinónimas que melhor se aproxime ao vocabulário do público-alvo que fizeram parte desse estudo.

Descrição do instrumento

O QJB é um questionário de pesquisa que tem sido amplamente utilizado para estudar “Comportamentos de risco, factores de risco, e de protecção na Juventude brasileira”, desde 2005. Na versão - I o QJB era composto por 106 questões (Pesce, Assis, Avanci, Santos, Malaquias, & Carvalhaes, 2005). A versão II do QJB – é composto por 77 questões (Dell’Aglia, Koller, Cerqueira-Santos, & Colaço, 2011), em diferentes modelos (múltiplas alternativas, de escalas Likert), como na versão primeira, construído a partir da literatura da área e através de instrumentos utilizados em pesquisas ao nível do Brasil e internacional.

Este questionário resulta de um estudo com base de dados bio-sociodemográficos que tem sido usado em outros estudos realizados pelo Centro de Estudos Psicológicos CEP-Rua/UFRGS-Brasil e assim como das escalas correntes sobre factores protectivos e da Escala de Auto-estima de Rosenberg (1979), adaptado por Hutz e Zanon (2011) e, a Escala de Auto-eficácia generalizada, criada por Schwarzer e Jerusalem (1995). Esta última escala foi adaptada por Sbicigo et al. (2012). A Escala de Auto-estima de Rosenberg (1979) adaptada para o contexto

brasileiro (Hutz & Zanon, 2011), avalia auto-estima usando dez questões fechadas relacionada aos aspectos positivos.

O objectivo do questionário é identificar comportamentos de risco, factores de risco e de protecção em jovens, partindo de aspectos de caracterização sociodemográfica dos participantes, assim como nas diferentes dimensões das suas vidas, tais como: educação, família, saúde/qualidade de vida, sexualidade, trabalho, comportamentos de risco (drogas, suicídio, discriminação, institucionalização, vida na rua, conflito com a lei, empobrecimento, separação/perda na família). E os factores de protecção sociais (lazer, rede de apoio social) e pessoais (espiritualidade, humor, auto-estima, auto-eficácia e perspectiva para o futuro). A Escala de Auto-estima apresenta bons coeficientes psicométricos obtidos na escala original e de confiabilidade de 0,90, assim como de outros trabalhos (Hutz & Zanon, 2011) (Anexo G).

Assim, a partir do que foi descrito que os contextos vivenciais dos adolescentes e jovens, podem ser promotores de saúde ou de doença. Além disso, foram descritas todas as etapas consideradas essenciais para o processo de tradução e adaptação do instrumento para uso em outras culturas. O interesse em realizar a adaptação e validar o instrumento a partir das suas propriedades psicométricas para o contexto moçambicano deveu-se aos seguintes objectivos: Objectivo geral: realizar a adaptação transcultural e verificar as evidências de validades psicométricas do instrumento - Questionário da Juventude Brasileira (QJB) para Adolescentes e Jovens Moçambicanos. No que diz respeito aos objectivos específicos do estudo foram: Descrever as etapas da adaptação do QJB do português do Brasil para o português de Moçambique; Verificar as evidências das propriedades psicométricas de construtos, através de validade fatorial exploratória e confirmatória do Questionário da Juventude Moçambicana versão adaptada; Verificar a consistência interna das Escalas adaptadas e compará-las com as versões originais do Brasil e outros países.

Após a descrição dos contextos de vulnerabilidade social das populações consideradas de risco, a etapa que se segue visou fazer menção ao estudo empírico. Nesta secção descreveu-se o método utilizado para a concretização do estudo do campo e os principais achados obtidos que permitiram chegar às inferências sobre a validade dos construtos avaliados no contexto moçambicano.

3.2 Método

Para a tradução e adaptação do QJB para o contexto moçambicano foram observadas todas as etapas previstas na literatura a partir da orientação anteriormente descritas. As referidas etapas estão devidamente explicitadas neste capítulo da presente pesquisa. Antes da colecta de dados definitivos o instrumento esteve disponível para a aplicação num estudo – piloto. Neste estudo participaram um total de 50 adolescentes e jovens dos 12 a 18 anos de idade. Sendo a maioria 61% era do sexo feminino e outros 39% meninos respectivamente.

Participantes

Participaram do estudo de validação um total de 796 de ambos os sexos, sendo que ($n=376$; 47,2%) foram do sexo masculino. Todos eram alunos que se encontravam a frequentar o ensino público geral do 1º Ciclo (8ª, 9ª e 10ª classes) e do 2º Ciclo (11ª e 12ª classes) de três cidades moçambicanas, nomeadamente Nampula na região Norte ($n = 302$; 37,9%), Beira na região Centro ($n = 241$; 30,3%) e Maputo na zona Sul do País ($n = 253$; 31,8%). Os participantes tinham idades compreendidas entre 12 a 17 anos (adolescentes) e 18 a 24 anos correspondentes aos jovens, com Idade Média ($M = 16,8$) e Desvio padrão ($DP = 2,5$) (Ver Tabela 1).

Tabela 1. *Características bio-sociodemográficas dos participantes do estudo*

<i>Variáveis</i>	<i>Características</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
<i>Sexo</i>	Masculino	376	47,2
	Feminino	420	52,8
<i>Idades</i>	12 a 17	556	69,9
	18 a 24	240	30,1
	Média das idades		16,8
	Desvio padrão		2,5
<i>Escolaridade</i>	8ª	51	6,4
	9ª	133	16,7
	10ª	200	25,1
	11ª	311	39,1
	12ª	101	12,7

Instrumento

O instrumento usado para este estudo foi o QJB versão II (Dell'Aglio et al., 2011) composto 77 questões que foi adaptada para contexto moçambicano. A versão aplicada para estudo I de adaptação transcultural foi constituída pelas dimensões sobre Expectativas para o Futuro, Comunidade, Preconceito, Família, Religião, Escola e as Escalas de Auto-eficácia e Auto-estima.

Foi utilizado o levantamento das expectativas quanto ao futuro de indicadores de *Perceived Life Chances* (Jessor, Donovan, & Costa, 1990) versão reduzida, traduzida e adaptada para o Brasil (Gunther & Gunther, 1998). Esta escala possui nove itens, procura saber do adolescente e jovem o que acredita conquistar, tais como: a) *Concluir o ensino médio (12ª classe)*; b) *Entrar na universidade*; c) *Ter uma casa própria*; d) *Ter um emprego que garanta uma boa qualidade de vida*; e) *Ter casa própria; ter trabalho que lhe proporcionará satisfação*; f) *Ter uma família*; g) *Ser saudável a maior parte do tempo*; h) *Ser respeitado na comunidade*; e i) *Ter amigos que darão apoio*. As respostas a essas questões eram em formato de cinco pontos, variando de 1= *Muito baixas* 2=*Baixas*; 3= *Cerca de 50%*; 4= *Altas* e 5=*Muito altas*.

A Escala de Auto-estima de origem inglesa foi adaptada para o português brasileiro por Reppold e Hutz (2000), Giacomoni (2002), e mais recentemente por Hutz e Zanon (2011). Tanto a escala original como a adaptada para o contexto brasileiro apresentou *alfa* de *Cronbach* em 0,92 no estudo de validação e nas pesquisas no Brasil situou-se entre 0,86 a 0,90 (Hutz, 2000, Hutz & Zanon 2011). Esta escala tem dez itens, que procura avaliar aspectos positivos, tais como: “*Eu acho que tenho muitas boas qualidades*” e negativos “*Levando tudo em conta, eu me sinto um fracasso*”, no que diz respeito ao auto valor.

A percepção em relação à religião foi avaliada através da Escala de Religiosidade (Cerqueira-Santos & Koller, 2009) que possui sete itens, com bom *alfa* de *Cronbach* obtido em 0,87. As escalas de Preconceito tem 12 itens que procura saber, se a pessoa se sentia discriminada, por exemplo, “*Por onde mora (bairro)*”, entre outras questões e, de pertencimento à Comunidade com seis itens, sendo uma das questões era: “*Eu sinto que pertença a minha comunidade/bairro*”. Tanto a Escala de Auto-estima como as outras descritas neste parágrafo às opções das respostas estão dispostas em formato de cinco pontos, desde 1=*Nunca*; 2=*Quase nunca*; 3=*Às vezes*; 4 = *Quase sempre* e 5 = *Sempre*.

A Escala de Auto-eficácia Geral Percebida – EAGP (Schwarzer & Jerusalem, 1995) é uma escala de auto relato e possui dez itens. Tanto na Escala de Auto-estima, Auto-eficácia e outras descritas utilizadas neste estudo, não foram sugeridas modificações significativas da versão original - português brasileiro para moçambicano, que pudessem afectar a compreensão. Tendo sido consideradas equivalentes no que diz respeito ao significado dos itens, da instrução e das respostas na sua globalidade.

Como anteriormente foi referido que a aplicação do estudo – piloto permitiu verificar a compreensibilidade dos itens. Não tendo sido constatadas sugestões que levasse às modificações. O valor de fidedignidade da escala obtido, na Escala original foi de 0,84 (Schwarzer & Scholz, 2000) e na escala adaptada para o Brasil foi 0,81 (Souza & Souza, 2004) e 0,85 (Sbicigo et al., 2012), mostrando-se adequado para a versão adaptada. Esta escala às suas respostas está disposta em quatro pontos: 1= *Não é verdade ao meu respeito*; 2= *É dificilmente verdade ao meu respeito*; 3= *É moderadamente verdade ao meu respeito* e 4= *É totalmente verdade ao meu respeito*.

A Escala da Escola é constituída por sete itens que procurava saber, por exemplo, “*Eu me sinto bem quando estou na escola*”, *Gosto de ir à escola*” entre outras. Escala da Família é composta por quinze itens, procurando saber “*Costumava conversar sobre problemas da nossa família*”, *Meus pais raramente me criticam*” entre outras questões. As escalas em alusão possuem opções das respostas do tipo *Likert*, com questões fechadas, com o seguinte formato de resposta, sendo que: 1= *Discordo totalmente*; 2= *Discordo um pouco*; 3= *Não concordo nem discordo*; 4= *Concordo um pouco* e 5= *Concordo totalmente*.

Os participantes responderam a uma variedade de eventos estressores na vida. Assim foram criadas quatro categorias de variáveis e subcategorias para índices de exposição ao risco social através de resposta dicotômica (0=Não; 1= Sim) (Raffaelli, Koller, Cerqueira-Santos, & Moraes, 2007). *Exposição ao risco comunitário*: a) Pobreza; b) Drogas; c) Violência; d) Furtos; e) Assaltos; f) Desemprego. *Risco escolar*: a) Más relações com os colegas e professores; b) Baixo perfil académico; c) Reprovações. *Risco familiar*: a) Baixo nível de escolaridade parental; b) Família numerosa; c) Exposição à violência; d) Divórcio/morte; e) Baixa renda. *Risco individual*: a) Baixas expectativas de futuro; b) Baixa auto-estima; c) Baixa auto-eficácia; d) Realização escolar pobre (abandono da escola).

Neste estudo foram consideradas duas categorias de variáveis e subcategorias relacionadas ao *comportamento de risco*, tais como: a) Uso de tabaco, álcool (uma vez na vida, último ano); b) Idade do primeiro uso; c) Relações sexuais desprotegidas (iniciação precoce antes ou aos 12 anos de idade) usou ou não o preservativo; d) Gravidez precoce; e) Múltiplos parceiros sexuais e f) Comportamento suicida. Tendo sido avaliados ainda se teria praticado algum tipo de *comportamento anti-social* em suas vidas: a) Expulsão da escola; b) Reprovações; c) Envolvimento em brigas com agressão física/violência contra pessoas; d) Destruição de propriedade; e) Assaltar alguém; f) Roubar algo; g) Vender/tráfico; e h) Uso de drogas ilícitas.

Os factores protectivos considerados neste estudo foram três categorias de variáveis subcategorias independentes que envolvia como o adolescente percebia a si próprio e os seus microssistemas. *Factores familiares*: a) Nível educacional elevado; b) Boas relações familiares; c) Presença parental; d) Família reduzida; e) Religiosidade; f) Coesão; g) Rede de apoio. *Factores individuais - orientação*: a) Expectativas de futuro; b) Auto-estima positiva; c) Auto-eficácia positiva; d) Espiritualidade/religiosidade; e) Relações positivas com os adultos; f) Envolvimento em comportamentos sociais, tais como: trabalho voluntário e actividades dentro de sistema familiar. *Factores escolares*: a) Participação na vida da escola (Ver Tabela 2).

Tabela 2. *Categorias e sub-categorias das variáveis independentes e dependentes que foram testadas para verificação de associação*

Categorias	Sub-categorias	Categorias	Sub-categorias
Exposição ao risco comunitário	Pobreza	Comportamento de risco	Uso de tabaco, álcool (uma vez na vida, último ano); uso de drogas ilícitas
	Drogas		Já teve relações sexuais (início antes ou aos 12 anos) com ou sem preservativo
Risco escolar	Violência	Comportamento anti-social	Gravidez precoce
	Furtos		Múltiplos parceiros sexuais
	Assaltos		Comportamento suicida
	Desemprego		Expulsos da escola
	Más relações com os colegas		Reprovações
Professores	Tráfico ou uso de drogas ilícitas		
Baixo perfil académico			
Reprovações			

	Exposição à violência	
	Divórcio/morte	
	Baixa renda	Factores
Risco	Boas relações familiares	protectivos
familiar/social	Presença parental	
	Família reduzida	familiares
	Religiosidade	
	Coesão	
	Baixas expectativas de futuro	
Risco individual	Baixa auto-estima e auto-eficácia	
	Baixa realização acadêmica	
	Expectativas de futuro	
	Auto-estima e auto-eficácia positiva	
Factores protectivos individuais	Relações positivas com adultos	
	Espiritualidade/religiosidade	
	Envolvimentos em comportamentos sociais na família e fora	

Procedimentos éticos e de colecta de dados

Antes de realizar o estudo propriamente, foi entregue uma cópia simplificada do projecto explicando os procedimentos e os objectivos da pesquisa e as cartas de aceitação, através de uma transcrição das respostas devolvidas ao pesquisador e outra apenas mediante o parecer da Direcção autorizando para o efeito (Anexo D, E e F). Após esse primeiro momento foi entregue aos pais/responsáveis dos educandos por intermédios destes os seguintes documentos: carta de apresentação da escola, Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) para aos Senhores Pais e responsáveis pelo adolescente de 12 a 17 anos de idade (Anexo C). Para além, dos pais terem assinado dando o seu consentimento sobre a participação dos seus educandos, eles próprios assinaram individualmente o Termo de Assentimento Livre Esclarecido (TALE) (Anexo A). Os jovens de 18 a 24 anos de idade, assinaram o TCLE por conta própria (Anexo B). Foi lhes garantidos a confidencialidade dos dados por eles prestados, bem como todo o direito de retirar/desistir a qualquer momento durante o processo desta actividade de pesquisa.

O instrumento foi aplicado colectivamente nas salas de aulas nos três períodos, manhã, tarde e noite, após ter sido autorizado pelas Direcções das respectivas escolas. Durante a aplicação contou com a presença do pesquisador principal e de dois auxiliares devidamente instruídos que estiveram presentes durante toda aplicação do instrumento que durou em média entre 60 a 90 minutos.

As questões éticas foram asseguradas mediante o seguimento dos procedimentos preconizados. No entanto, segundo a deliberação dos órgãos do Programa de Pós-Graduação em 2014, os alunos estrangeiros que realizasse as suas pesquisas fora do Brasil ficariam isentos de submeter a Comissão de Ética.

Os participantes deste estudo foram seleccionados recorrendo-se à técnica de amostragem estratificada e conglomerado. Através desta técnica permitiu que determinados grupos que eram do interesse do investigador fizessem parte da pesquisa (Ribeiro, 2010). A escolha das cidades de Nampula, Beira e Maputo deveu-se ao facto das mesmas serem classificadas como as três principais do país pela sua importância política e económica, para além da dimensão da área urbana. Não obstante, a sua aplicação poderia espelhar a realidade dos adolescentes e jovens de Moçambique. O processo de selecção das escolas onde foi administrado o questionário foi através da técnica de amostragem por acessibilidade ou por conveniência (Ribeiro, 2010).

Critérios de participação ao estudo foi encontrar-se a frequentar 8º a 12º ano de escolaridade no ensino público geral no ano lectivo de 2015 e 2016. Possuir idade mínima de 12 e máxima de 24 anos. Outro critério foi estar a frequentar turnos da manhã, tarde ou noite. Critério de exclusão os que não preenchiam os requisitos necessários, tais como ter idade inferior a 12 anos, não estar matriculado em alguma escola, foram excluídos de participar na pesquisa.

Análises dos dados

Foi realizada uma análise factorial exploratória (AFE) utilizando o método de eixos principais com rotação oblíqua para investigar a estrutura das dimensões: Expectativas para o Futuro; Comunidade; Preconceito; Família; Religião; Escola; e Sexualidade. O critério de extração de factores em cada dimensão utilizado foi a análise dos factores de *Eigenvalues*, sendo mantidos factores com *Eigenvalue* maiores do que 1 (Kaiser, 1960).

A análise de carga factorial indica, em percentagem, quanto à covariância existe entre um determinado factor e o item. O valor de carga factorial varia entre -1,00 e +1,00, cujo valor igual

à zero quer indicar total ausência de covariância entre a variável e o factor. A carga factorial indica a qualidade que a variável representa. Sendo que as cargas factoriais maiores com $\pm 0,30$ consideradas como o nível mínimo. Tem sido adoptado o valor de 0,32 como o valor mínimo que permite qualificar o item como adequadamente útil para a variável que está representar, uma vez que este valor corresponde a 10% da variância explica em 0,233 aproximadamente 0,10. Deste modo, quanto maior for a carga factorial, melhor é representada a variável pelo factor (Laros, 2005). As cargas factoriais são consideradas maiores quando situam em: 0,71 são excelentes; 0,63 muito boas; 0,55 são boas; 0,45 razoáveis e 0,32 pobres (Pasquali, 2009). O *Alfa* de Cronbach é uma medida que avalia o grau em que os itens que compõem uma matriz de dados encontram-se correlacionados entre si (Pasquali, 2009). Em regra geral, o índice varia entre 0 a 1, mesmo que não exista um limite mínimo para o coeficiente. Os seus valores que se situam entre $> 0,90$ =excelente; $> 0,80$ bom; $> 0,70$ =aceitável; $> 0,60$ questionável; $> 0,50$ = pobre ; $< 0,50$ = inaceitável (George & Mallery, 2003).

Foram realizadas análises factoriais confirmatórias (AFC) com a amostra total ($n = 50$), como sugere Hair, Black, Babin, Anderson, & Tatham (2006), para investigar a estrutura das escalas de auto-eficácia e auto-estima que compõem a QJB. O método de estimação utilizado foi o *Maximum Likelihood Robust* (MLR) com rotação oblíqua (Geomin), pois este fornece melhores resultados quando a amostra possui uma distribuição normal e não-normal (Costello & Osborne, 2005; Fabrigar, Wegener, MacCallum, & Strahan, 1999). Foi utilizado o método de estimação MLR, por este ser um método de extração robusto para dados sem distribuição normal. A rotação oblíqua foi aplicada, a fim de permitir que os factores se correlacionem em uma solução multifactorial.

A adequação de ajuste das escalas de auto-eficácia e auto-estima foram avaliadas por meio dos seguintes índices: *Comparative Fit Index* (CFI), *Tucker - Lewis Index* (TLI), e *Root Mean Square Error of Approximation* (RMSEA). De acordo com as directrizes utilizadas (Brown, 2006), os valores de CFI e TLI devem estar acima de 0,90. Valores de RMSEA devem estar abaixo de 0,08, sendo que o limite superior do intervalo de confiança (IC) (90%) não deve ser superior a 0,10. Índices de modificação (IM) foram utilizados, também, para buscar fontes de problemas na especificação do modelo. Erros correlacionados com IM acima de 50,00 foram considerados prejudiciais para a estimação do modelo, sendo, portanto, inspecionados.

Foram realizadas análises de correlação de *Pearson* para investigar as relações entre as dimensões do QJB. Esperavam-se relações positivas entre as dimensões auto-eficácia, auto-estima, expectativas para o futuro, comunidade, família, religião; escola, preconceito e sexualidade. Foi esperado que relações apresentassem magnitude moderada. No secção que se seguem são apresentados os resultados do estudo I.

3.3- RESULTADOS DO ESTUDO I

Na parte que se segue são apresentados os resultados do Estudo I. Este estudo preconizou realizar adaptação do QJB para adolescentes e jovens do contexto moçambicano. A partir do instrumento original foram efectuadas algumas modificações de modo que pudesse corresponder ao contexto e realidade da população participante do estudo.

Resultados

No primeiro momento dos resultados são apresentadas as tabelas que procuram ilustrar as alterações efetuadas de alguns itens que compõem o QJB - instrumento original para o adaptado. Em segundo momento são apresentados os achados das escalas que permitiram a adaptação do presente instrumento para o público – alvo.

Os resultados desta primeira secção objectivou apresentar as alterações realizadas em itens julgados convenientes mediante avaliação prévia dos juízes e posteriormente foram sugeridas às modificações pela palavra ou a semântica equivalente nas diferentes dimensões do QJB – instrumento original para o adaptado. Estas alterações foram efectuadas do português falado no Brasil para o português de Moçambique (Ver Tabela 3).

A diferenciação entre indivíduos pela sua “*cor*” da pele é designada por “*raça*”. Os termos cor “*amarela*” e “*indígena*”, o primeiro não é aplicável e último é considerado pejorativo e inadequado para diferenciar os indivíduos (INE, 1999). Em relação ao domínio que se refere à situação laboral, participa em actividades de carácter social e religiosa foram realizadas algumas alterações nos itens das perguntas 19, 21, 22, 25 e 26 (Ver Tabela 4).

No que diz respeito à religião/doutrina, nomeadamente Espírita, Umbandista e Candomblé, foram sugeridas por aquelas que constam do recenseamento da população. O censo de 2007 agrupou as confissões religiosas em Católica e não Católicos Romanos (Anglicana). A religião Islâmica, Sião/Zione e Evangélica/Pentecostal. Este agrupamento de religiões por sua vez inclui as outras conhecidas como facções (INE, 2007).

No domínio de saúde verificou-se que durante aplicação do estudo - piloto, e na aferição das questões a partir da amostra previamente seleccionada mostrou-se que às questões 25 e 26 a maioria dos participantes não havia respondido. As referidas questões pretendia saber “*Qual o serviço de assistência à saúde você recorre?*” e “*Com que frequência acessa o serviço de*

saúde?”. Como foi referido que estas questões foram administradas no estudo – piloto. Os resultados obtidos a partir do estudo – piloto verificou-se que a maioria dos participantes não tinham respondido a essas duas questões. Sendo assim, na aplicação definitiva do instrumento, das questões referidas anteriormente (25 e 26) do instrumento original (QJB) para o adaptado foram eliminadas.

Tabela 3. *Alteração de equivalência conceitual e de item do português do Brasil para o português de Moçambique no domínio bio-sociodemográfico*

<i>Pergunta e/ou item em Português do Brasil- Instrumento original</i>	<i>Pergunta e/ou item em Português de Moçambique- Instrumento adaptado</i>
4. Cor	4. Raça
c) Parda	c) Mulato/Misto
e) Indígena	e) Negra
11. <i>Você ou sua família recebe algum tipo de bolsa ou auxílio (bolsa escola, bolsa alimentação, etc.)?</i>	11. <i>Você ou sua família recebe algum tipo de bolsa ou auxílio (bolsa de estudo, cesta básica, etc.)?</i>
a) Bolsa família	a) Bolsa de estudo
c) Pró-jovem;	b) Cesta básica
d) Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI)	c) Outra
12. <i>Grau de instrução de seu pai e sua mãe</i>	12. <i>Nível de instrução de seu pai e sua mãe</i>
c) Fundamental incompleto 1º, 2º, 3º, 4º, 5º, 6º, 7º, 8º e 9º (1º grau)	c) Ensino primário incompleto: 1ª, 2ª, 3ª, 4ª e 5ª (1º Grau) ; 6ª e 7ª (2º Grau)
(d) <i>Fundamental completo 1º, 2º, 3º, 4º, 5º, 6º, 7º, 8º e 9º (1º grau)</i>	d) Ensino primário completo: 1ª, 2ª, 3ª, 4ª e 5ª (1º Grau) ; 6ª e 7ª (2º Grau)
	Ensino secundário incompleto do 1º ciclo (8ª 9ª e 10ª classe)
	Ensino secundário completo do 1º ciclo (8ª 9ª e 10ª classe)
e) Médio incompleto: 10º, 11º e 12º (2º grau)	e) Ensino médio incompleto do 2º ciclo (11ª e 12ª classe)
(f) Médio completo 10º, 11º e 12º (2º grau)	f) Ensino médio completo dos 2º ciclo (11ª e 12ª)
14. <i>Em qual série/etapa/ano escolar você está?</i>	14. <i>Em que classe você frequenta?</i>
15. <i>Qual o turno em que você frequenta a escola?</i>	15. <i>Qual é o turno/período em que frequenta a escola?</i>
c) Integral	c) Frequentar às aulas no turno da manhã e de tarde

Tabela 4. *Alteração de equivalência conceitual e de item do português do Brasil para moçambicano no domínio laboral, actividades de carácter social, saúde e religiosa.*

<i>Pergunta e/ou item em Português do Brasil – Instrumento original</i>	<i>Pergunta e/ou item em Português de Moçambique - Instrumento adaptado</i>
19. Marque com x todas as opções a seguir que estão relacionadas com a sua situação de trabalho remunerado	19. Marque com x todas as opções a seguir que estão relacionadas com a sua situação de trabalho remunerado
m) Trabalha com carteira assinada	m) Trabalha com contrato assinado
n) Não trabalha com carteira assinada	n) Não trabalha com contrato assinado
21. Qual é sua renda mensal média proveniente de seu trabalho em reais?	21. Qual é sua renda mensal média proveniente de seu trabalho em meticais?
22. Você tem alguma doença crônica (diabetes, AIDS, câncer, insuficiência renal ou outra)?	22. Você tem alguma doença crônica (diabetes, SIDA, câncer, insuficiência renal ou outra)?
25. Qual o serviço de assistência à saúde a que você recorre?	25. Qual o serviço de assistência à saúde a que você recorre?
a) Sistema único de saúde (SUS)	a) Sistema Nacional de Saúde (SNS)
34. Quanto a você, responda às questões abaixo (Tipo de droga)	34. Quanto a você, responda às questões abaixo (Tipo de droga)
(c) Maconha	(c) Suruma/canabis sativa
28. Com relação à sua religião/doutrina/crença, você se considera: (marque mais de uma se for o caso)	28. Com relação à sua religião/doutrina/crença, você se considera: (marque mais de uma se for o caso)
f) Espírita	f) Anglicana
g) Umbandista	g) Islâmica
h) Candomblé	h) Sião/Zione

Na dimensão que se refere às doenças/drogas foram retirados no questionário final, os itens da pergunta 34 do QJB, designadamente os itens (d) tipo de droga “cola, solventes, tinner, lança-perfume e acetona” e (i) “anabolizante”. Apesar dos termos/vocabulários não ser totalmente desconhecidos entre os pares, à maioria dos participantes no estudo – piloto

desconhece a utilidade destas substâncias como drogas. No domínio sobre a “sexualidade” foram realizadas alterações na pergunta 46, relativa ao item (a) “*camisinha*”, tendo sido substituída por um termo equivalente “*preservativo*” ou “*jeito*” e, nas restantes frases onde constasse o mesmo termo. Assim, na pergunta 47, o item (b) “*AIDS*” por “*SIDA*”; na pergunta 51 o item (b) “*busco/recebo na Rede/SUS*”, ficou busco/recebo no “*Sistema Nacional de Saúde/SNS*”.

A dimensão de “*violência/anti-social*” na pergunta 64 item (c) “*envolvimento em pichação*”. Este termo não foi encontrado o equivalente pelos juízes e, tendo sido proposto a sua retirada no instrumento final. Por último, as perguntas 69, 70, 71, 72 e 73, foram administradas no estudo – piloto, no entanto, devido ao elevado número de participantes que não responderam, decidiu-se a sua retirada na administração definitiva do instrumento. Assim, o QJB adaptado para o contexto moçambicano depois desses ajustes ficou com 70 perguntas no total.

A segunda secção procurou descrever os resultados a partir das diferentes análises. Os resultados obtidos através das AFE demonstraram que os itens das escalas que avaliaram expectativas para o futuro, comunidade, preconceito, família, religião, escola, e sexualidade apresentavam cargas factoriais adequadas nas respectivas dimensões. As escalas das dimensões expectativas para o futuro, comunidade, preconceito, religião, escola, família e sexualidade apresentaram uma estrutura unifactorial.

A escala expectativas para o futuro apresentou uma estrutura unifactorial, com *eigenvalue* no valor de 5,7, sendo que o factor explicou 53% da variância do construto. As cargas factoriais dos itens variaram de 0,47 a 0,87. O valor da consistência interna foi de 0,90 (Ver Tabela 5).

Foi observado que a escala da dimensão comunidade teve 55% da variância explicada na solução unifactorial (*eigenvalue*, 3,7). Os itens apresentaram cargas factoriais variando entre 0,66 a 0,83. O alfa de *Cronbach* foi no valor de 0,88 (Ver Tabela 6).

A escala da dimensão preconceito também apresentou uma solução unifactorial, sendo que 47% da variância foi explicada e apresentou índices de consistência interna adequado. O *eigenvalue* do primeiro factor foi 6,1, sendo que a carga factorial dos itens variou entre 0,56 e 0,76. A consistência interna da escala foi no valor de 0,84 (Ver Tabela 7).

Tabela 5. *Escala de Expectativas para o Futuro e a estrutura factorial*

Item	Expectativas para o Futuro	Cargas factoriais
1	Concluir o ensino médio 12 ^a classe	0,67
2	Entrar na Universidade	0,75
3	Ter emprego que me garanta boa qualidade de vida	0,84
4	Ter minha casa própria	0,47
5	Ter um trabalho que me dará satisfação	0,84
6	Ter uma família	0,82
7	Ser saudável a maior parte do tempo	0,87
8	Ser respeitado na minha comunidade	0,84
9	Ter amigos que me darão apoio	0,75
		Valor
<i>Eigenvalue</i>		5,7
<i>Variância explicada</i>		53%
O valor da consistência interna		0,90

Tabela 6. *Escala da Dimensão Comunidade estrutura unifactorial*

Item	Dimensão Comunidade	Cargas factoriais
1	Eu sinto que pertenço a minha comunidade/bairro	0,66
2	Eu posso confiar nas pessoas da minha comunidade/bairro	0,79
3	Eu me sinto seguro na minha comunidade/bairro	0,80
4	Eu posso contar com meus vizinhos quando preciso deles	0,83
5	Eu posso contar com alguma organização/instituição comunitária quando preciso	0,68
		Valor
<i>Eigenvalue</i>		3,7
<i>Variância explicada</i>		55%
O valor de consistência interna		0,88

Tabela 7. *Escala de Preconceito e a solução unifactorial*

Item	Dimensão Preconceito	Cargas factoriais
1	Por morar onde moro (bairro, subúrbio)	0,56
2	Pelo facto de ser homem ou ser mulher	0,75
3	Pela cor da minha pele	0,67
4	Por estudar em uma determinada escola	0,76
5	Por causa do trabalho dos meus pais	0,69
6	Por causa do nível socioeconómico	0,68
7	Por causa da minha religião	0,60
8	Por causa da minha aparência física	0,64
9	Por ser deficiente	0,72
10	Pela minha orientação sexual	0,72
11	Por ter a idade que eu tenho	0,67
12	Por causa do meu trabalho	0,71
		Valor
<i>Eigenvalue</i>		6,1
Variância explicada		47%
O valor de consistência interna		0,84

Na Tabela 8, apresenta a solução unifactorial foi observada na dimensão religião esta solução explicou 35% da variância e o *eigenvalue* foi ao valor de 3,4 e o valor de consistência interna foi de 0,76. Os itens da escala religião variaram entre 0,34 a 0,74.

A dimensão escola apresentou uma estrutura unifactorial, o valor do *eigenvalue* foi de 3,2. A carga factorial dos itens variou de 0,41 a 0,73, sendo que a solução explicou 37% da variância. O *alfa* de *Cronbach* foi no valor de 0,79 (Ver Tabela 9).

Tabela 8. *Escala da Religião e a solução unifactorial*

Item	Dimensão religião	Cargas factoriais
1	A religião espiritualmente tem sido importante para minha vida	0,53
2	Costumo frequentar encontros, cultos ou rituais religiosos	0,64
3	Costumo fazer orações no dia-a-dia	0,68
4	Costumo ler livros sagrados no dia-a-dia (Bíblia, Alcorão, etc.)	0,74
5	Costumo agradecer a Deus pelo que acontece comigo	0,34
6	Peço ajuda a Deus para resolver meus problemas	0,69
7	Costumo fazer orações quando estou em momentos difíceis	0,53
8	Busco ajuda da minha instituição religiosa (igreja, templo, etc.) quando estou com dificuldades	0,49
		Valor
<i>Eigenvalue</i>		3,4
<i>Variância explicada</i>		35%
<i>O valor da consistência interna</i>		0,76

Tabela 9. *Dimensão Escola e estrutura unifactorial*

Item	Dimensão escola	Cargas factoriais
1	Eu me sinto bem quando estou na escola	0,62
2	Gosto de ir para a escola	0,66
3	Gosto da maioria dos meus professores	0,67
4	Quero continuar meus estudos nessa escola	0,52
5	Posso contar com meus professores	0,73
6	Posso contar com técnicos da escola (funcionários, diretores, da turma, ou da escola)	0,61
7	Confio nos colegas da escola	0,41
		Valor
<i>Eigenvalue</i>		3,2
<i>Variância explicada</i>		37%
<i>O alfa de Cronbach</i>		0,79

A dimensão família apresentou uma estrutura unifactorial, sendo que 31% da variância foi explicada e apresentou índices de consistência interna adequados ($\alpha = 0,79$). A carga factorial dos itens variou entre, 0,16 a 0,69 sendo que o valor do *Eigenvalue* foi de 4,7 (Ver Tabela 10).

Os resultados das AFC demonstraram que as escalas auto-eficácia e auto-estima apresentaram propriedades psicométricas adequadas. A escala de auto-eficácia possui dez itens apresentou índices de ajustes satisfatórios para a solução unifactorial ($\chi^2(35) = 99,37$; (CFI) = 0,96; TLI = 0,96; RMSEA (95% IC) = 0,07 (0,06 – 0,08), em conformidade com a escala original (Schwarzer & Jerusalem, 1995). As cargas factoriais dos itens da escala de auto-eficácia variaram entre 0,52 a 0,84. Similarmente, a escala de auto-estima tem nove itens apresentou índices de ajuste adequados para a estrutura unifactorial ($\chi^2(35) = 544,06$; CFI = 0,98; TLI = 0,94; RMSEA (95% IC) = 0,11 (0,09 – 0,13), como observado no artigo de adaptação da versão brasileira da escala (Hutz, 2000; Hutz & Zanon, 2011; Reppold & Hutz, 2002). As cargas factoriais dos itens da escala de auto-estima estiveram entre 0,26 a 0,99 (Ver Tabela 11).

Tabela 10. *Dimensão da Família e a estrutura unifactorial*

Item	Dimensão da família	Cargas factoriais
1	Costumamos conversar sobre problemas da nossa Família	0,41
2	Meus pais raramente me criticam	0,27
3	Raramente ocorrem brigas na minha família	0,16
4	Quando estou com problemas posso contar com a ajuda dos meus pais	0,69
5	Sinto que sou amado e tratado de forma especial pelos pais	0,66
6	Meus pais em geral sabem onde eu estou	0,57
7	Nunca sou humilhado por meus pais	0,27
8	Meus pais raramente brigam entre si	0,32
9	Meus pais dão atenção ao que eu penso e ao que eu sinto	0,60
10	Meus pais conhecem meus amigos	0,53
11	Eu me sinto aceito pelos meus pais	0,62
12	Meus pais me ajudam quando eu preciso de dinheiro, comida ou roupa	0,66
13	Costumo conversar com meus pais sobre decisões que preciso	0,55

	tomar	
14	Meus pais sabem com quem ando	0,53
15	Eu me sinto seguro com meus pais	0,62
		Valor
<i>Eigenvalue</i>		5,7
Variância explicada		31%
<i>O alfa de Cronbach</i>		0,79

Tabela 11. *Cargas factoriais dos itens das Escalas de Auto-eficácia e Auto-estima*

Item	<i>Auto-eficácia</i>	Cargas
1	Se estou com problema, geralmente encontro uma saída	0,52
2	Mesmo que alguém se oponha, eu encontro maneiras e formas de alcançar o que quero	0,76
3	Tenho confiança para me sair bem em situações inesperadas	0,83
4	Eu posso resolver a maioria dos problemas, se fizer o esforço necessário	0,82
5	Quando eu enfrento um problema, geralmente consigo encontrar diversas soluções	0,81
6	Consigo sempre resolver os problemas difíceis quando me esforço bastante	0,83
7	Eu acho que sou capaz de fazer coisas tão bem quanto a maioria das pessoas	0,81
8	Tenho facilidade para persistir em minhas intenções e alcançar os meus objetivos	0,84
9	Devido às minhas capacidades, sei como lidar com situações imprevistas	0,79
10	Eu me mantenho calmo mesmo enfrentando dificuldades porque confio na minha capacidade de resolver problemas	0,78
<i>Auto-estima</i>		
1	Sinto que sou uma pessoa de valor, como as outras pessoas	0,99
2	Eu sinto vergonha de ser do jeito que sou	0,95
3	Às vezes, eu penso que não presto para nada	0,59

4	Sou capaz de fazer tudo tão bem como as outras pessoas	0,99
5	Levando tudo em conta, eu me sinto um fracasso	0,98
6	Às vezes, eu me sinto inútil	0,41
7	Eu acho que tenho muitas boas qualidades	0,44
8	Eu tenho motivos para me orgulhar na vida	0,26
9	De modo geral, eu estou satisfeito(a) comigo mesmo(a)	0,33

Foi observado que as escalas de auto-eficácia, auto-estima, expectativas para o futuro, comunidade, família, e preconceito estavam positivamente relacionadas. Além disso, as dimensões religião e escola não estiveram relacionadas à auto-estima e comunidade. A dimensão escola não se relacionou aos índices de auto-eficácia e nem auto-estima. A dimensão comunidade também não esteve relacionada à dimensão informações sobre sexo, religião e escola. A dimensão preconceito não se relacionou às dimensões expectativas do futuro e comunidade. Por fim, a dimensão preconceito esteve negativamente relacionada às dimensões família e escola. (Ver Tabela 12).

Tabela 12. *Correlações entre auto-eficácia, auto-estima, expectativas para o futuro, comunidade, família, religião, escola e preconceito*

Dimensão	1	2	3	4	5	6	7	8
1) Auto-estima								
2) Auto-eficácia	0,54**							
3) Expectativas do futuro	0,29**	0,30**						
4) Comunidade	0,53**	0,39**	0,27**					
5) Preconceito	0,16**	0,12*	0,01	- 0,01				
6) Família	0,15**	0,22**	0,22**	0,21**	- 0,11*	0,05		
7) Religião	0,03	0,15**	0,19**	0,12	0,14*	0,14*	0,33**	
8) Escola	0,04	0,09	0,28**	0,09	- 0,11*	- 0,05	0,40**	0,34**

Nota: * = $p < 0,05$; ** $p < 0,001$.

Após apresentação dos resultados que foram encontrados no estudo, os mesmos são discutidos a partir da literatura procurando confrontar com base nos achados de outros estudos similares no contexto brasileiro e fora com adolescentes e jovens consideradas estarem em situações de risco e vulnerabilidade social. Essa discussão busca trazer os desencontros e encontrados o que tem sido publicado sobre essa população, tendo em conta a etapa de desenvolvimento e as mudanças bio-psicossociais e seu impacto nas várias esferas destes.

3.4 DISCUSSÃO DO ESTUDO I

Nesta parte é apresentada a discussão dos resultados do Estudo I que descreveu as diferentes etapas do processo de tradução, adaptação do QJB. As referidas etapas foram descritas na secção anterior deste capítulo explicitando todo o processo que foi adoptado para se ter uma versão do instrumento que fosse adequado para o contexto moçambicano.

Discussão dos resultados

O Estudo I teve como objectivo adaptar transculturalmente e verificar as evidências de validades psicométricas do instrumento – QJB para adolescentes e Jovens Moçambicanos. Os resultados deste estudo, depois de realizada AFE verificou-se que as Escalas sobre expectativas para o futuro, comunidade, religião, preconceito, escola e família, apresentaram soluções unifactoriais.

As cargas factoriais da escala comunidade obtidas neste estudo são similares encontrados no estudo da rede de apoio social em situação de vulnerabilidade social (Costa & Dell’Aglia, 2009). Esses resultados satisfazem os critérios propostos por Pasquali (2009), ao referir que as cargas factoriais para melhor explicar factor devem apresentar cargas factoriais acima de 0,30 ou 0,40 de modo que possam melhorar a estrutura factorial obtida. De referir que na dimensão família no seu terceiro item “*raramente ocorrem brigas na família*” apresentou carga factorial abaixo, não satisfazendo os critérios propostos por Pasquali (2009).

Em relação aos índices de consistência interna, todos os factores das escalas obtiveram alfas aceitáveis similares àqueles encontrados nos estudos realizados no Brasil com adolescentes e jovens, como por exemplo, a escala sobre expectativas (Günther & Günther, 1998), da

comunidade (Costa & Dell'Aglio, 2009), de religiosidade (Cerqueira-Santos & Koller, 2009; Marques, Cerqueira-Santos, & Dell'Aglio, 2011), a percepção acerca da escola e da família (Zappe & Dell'Aglio, 2016).

A auto-eficácia é considerada como a crença que as pessoas têm sobre as suas próprias capacidades de executar as actividades ou tarefas com êxito. Numa outra perspectiva a auto-eficácia é um construto que se enquadra num domínio específico, apesar de alguns pesquisadores considerarem que existe auto-eficácia geral. Porém, a auto-eficácia geral é concebida como a crença individual que às pessoas possuem relativamente estável, capaz de se desenvolver, de tal maneira que mobilize as energias necessárias para fazer face aos diversos desafios da vida independentemente das circunstâncias ambientais (Araújo & Moura, 2011).

A escala de auto-eficácia tem revelado propriedades psicométricas adequadas em muitos países (Alemanha, Brasil, Portugal, Espanha entre outros países). Apesar desta constatação verificada nestes países existem estudos que têm revelado uma estrutura unifactorial no Chile e bidimensional na Argentina (Sbicigo et al., 2012). Contrariamente no Brasil, em que a mesma escala (EAGP) forneceu dados de fidedignidade com alfa de *Cronbach* de 0,81 e sua validade externa se correlacionou de forma moderada e fraca com outros construtos, como por exemplo, anomia, satisfação com suporte social entre homens e mulheres (Souza & Souza, 2004).

Neste estudo o ajustamento do modelo factorial da escala de auto-eficácia através de AFC, evidenciou a adequação dos índices de ajustamento em que todos os itens apresentados tiveram pesos factoriais adequados. Com base na covariância entre os erros verificados nos itens 8 e 9 parece ter contribuído para a melhoria global do modelo. Sendo que está covariância parece estar intrinsecamente ligada ao factor conteúdo semântico dos dois itens 8 “*tenho facilidade para persistir em minhas intenções e alcançar os meus objectivos*” e 9 “*devido às minhas capacidades, sei como lidar com situações imprevistas*”, não estarem ligados com pequeno factor ausente. Os resultados obtidos na AFC, neste estudo por serem consistentes com a estrutura unifactorial, corroboram com a estrutura da escala original encontrados por Schwarzer e Jerusalem (1995), e de outros estudos subsequentes (Araújo & Moura, 2011; Sbicigo et al., 2012).

No que se refere à auto-estima é considerado como um construto constituído por um conjunto de sentimentos e pensamentos que um indivíduo tem que se manifesta pelo amor próprio, competência e adequação, que se apresenta através de atitude, seja positiva ou negativa

em relação a si mesmo (Hutz & Zanon, 2011; Rosenberg, 1965). Assim, auto-estima é o juízo individual que se revela através de atitudes que a pessoa tem consigo mesmo, mediante a experiência subjectiva que às pessoas têm por meio de relatos verbais e comportamentais observáveis (Coopersmith, 1967). O aspecto primordial na auto-estima é o acto valorativo, que está associado como o indivíduo procura satisfazer as suas necessidades, elegendo metas, aceitando-se a si mesmo, respeitando à individualidade do outro, que permite a projecção das expectativas para o futuro (Bednar & Peterson, 1995).

Comparando os dados obtidos neste estudo a partir da AFC da escala de auto-estima as cargas factoriais mostraram uma estrutura unifactorial e com índices de ajustes considerados adequados para o modelo. Esses dados *a priori* se mostram serem similares ao do estudo desenvolvido por Sbicigo et al. (2010), com uma amostra de adolescentes e jovens dos seus 14 e 18 anos de idades, das escolas públicas de nove cidades brasileiras. No estudo em referência a AFC foi corroborada através de modelo bifactorial a partir de valores para índices de ajustamento utilizados. Apesar de a solução ter sido bifactorial e para dissipar essa dúvida quanto à estrutura factorial encontrada, foi ajustada de maneira que adequasse aos índices que estivesse abaixo do ponto crítico, através do procedimento de análise unidimensional (Sbicigo et al., 2010). O estudo por apresentar bons índices de ajuste, corroborou deste modo à adequação das escalas de auto-eficácia e auto-estima como sendo medidas fiáveis para avaliação desses construtos.

Esperava-se que neste estudo entre as diversas variáveis auto-eficácia, auto-estima, expectativa para o futuro, a comunidade, família e preconceito não existisse uma correlação positiva. No estudo realizado por Zappe e Dell'Aglio (2016), em que procuravam encontrar às variáveis pessoais e contextuais associadas ao comportamento de risco em adolescentes, verificaram que a auto-eficácia estava intrinsecamente engajada em comportamento de risco. Essa evidência foi encontrada na presente pesquisa. Normalmente a auto-eficácia é concebida como um factor de protecção, no que se refere aos desfechos favoráveis ao longo do desenvolvimento. Isto é, a percepção de competência pessoal tem sido considerada como preditora de um conjunto amplo de variáveis, tais como a qualidade de vida, o bem-estar e a saúde, quando o indivíduo é confrontado com situações adversas da vida consideradas como estressoras (Judge, Erez, & Bono, 1998; Scholz, Doña, Sud, & Schwarzer, 2002; Schwarzer,

1992; Schwarzer & Hallum, 2008; Schwarzer et al., 1995; Schwarzer & Schmitz, 2004; Zappe & Dell'Aglio, 2016).

As correlações positivas observadas nas diversas dimensões neste estudo têm sido consideradas como factores de promotores de saúde para adolescentes e jovens. Estudos têm mostrado que a auto-estima elevada presente durante a adolescência é um importante factor neste período de desenvolvimento humano. Além de que, a sua relação positiva, tem estado associada à preservação da saúde mental, assim como, tem estado correlacionada de forma significativa e elevada com o rendimento escolar e aprovação social, na maioria das etnias e culturas (Hutz & Zanon, 2011). Assim, manifestar alta auto-estima, tem estado associado directamente à saúde mental, além de proporcionar habilidades sociais e bem-estar pessoal (Hutz & Zanon, 2011; Murk, 1995).

As correlações verificadas neste estudo entre auto-estima e auto-eficácia, partindo de pressuposto que esses dois construtos, cujo primeiro revela a auto-percepção de si desde os pensamentos e sentimentos que se traduzem em atitudes e comportamentos (Rosenberg, 1965). A auto-eficácia por seu turno, se expressa, como sendo a capacidade individual de ser capaz de enfrentar às diversidades mobilizando todos os recursos pessoais necessários (Schwarzer & Jerusalem, 1995). Nesse aspecto a relação positiva desses construtos auto-estima e auto-eficácia geral, se correlacionam positivamente, porque todos eles fazem parte de avaliações globais de auto-conceito (Judge et al., 1998). Por se tratar de uma avaliação global de auto-conceito, neste estudo conforme o esperado, a correlação encontrada destas duas variáveis foi moderada, sustentando desta forma com os achados em outras pesquisas (Chen, Stanley, & Eden, 2004; Frank, Plunkett, Otten, 2010; Luszczynska, Gutiérrez-Dõna, & Schwarzeret, 2005). Nestes estudos constatou-se que os altos níveis de auto-confiança demonstravam competência global e conseqüentemente eram acompanhados por altos níveis de auto-estima.

Numa outra análise, as correlações entre auto-eficácia e expectativas para o futuro verificadas neste estudo são consideradas fracas. Deste modo, dados similares foram obtidos por Sbicigo et al. (2012), onde verificaram que as correlações embora, sejam fracas foram todas positivas. As baixas correlações encontradas neste estudo tem a razão de ser, porque as expectativas optimistas de futuro é um construto que se difere da auto-eficácia geral, apesar de o mesmo fundamentar-se a partir de paradigma teoricamente coerente (Sbicigo et al., 2012). A fraca correlação nesses dois construtos se deve ao facto de que as expectativas de futuro

utilizadas, tanto nesse estudo, como o citado, se orientarem por objectivos específicos, como por exemplo, ter um emprego que garanta boa qualidade de vida, contrariamente a auto-eficácia que se baseia numa avaliação geral.

Por último, as correlações verificadas entre a escola e família, podem advir de que as relações que se estabelecem neste âmbito não se resumem apenas no relacionamento com professores e colegas. Estas relações extravasam esse âmbito e sendo extensivas aos familiares e a comunidade. Assim, a escola a sua tarefa não se restringe apenas na transmissão dos conteúdos e lidar com aspectos cognitivos do aluno. Ela vai, além disso, preocupando-se com o desenvolvimento integral do aluno (Marques & Dell’Aglia, 2013).

Depois da descrição metodológica, apresentação das etapas de adaptação do instrumento e a respectiva discussão dos resultados. No capítulo que segue procurou trazer as relações existentes entre as características bio-socioedemográficas, factores de risco e desfechos positivos no desenvolvimento de jovens moçambicanos.

CAPÍTULO IV. ESTUDO II - RELAÇÕES ENTRE AS CARACTERÍSTICAS BIOSOCIODEMOGRÁFICAS, FACTORES DE RISCO E DESFECHOS POSITIVOS NO DESENVOLVIMENTO DE JOVENS MOÇAMBICANOS

Esta secção descreveu o Estudo II, que avaliou as relações entre as características biosociodemográficas, factores de risco e desfechos positivos no desenvolvimento de jovens moçambicanos. Este estudo preconizou estudar os comportamentos de riscos associado às características bio-sociodemográficas e outras variáveis como sexo, reprovações, número de pessoas na habitação entre outras. Os objectivos específicos do estudo II foram: 1) Descrever os principais factores de risco individuais e ambientais que podem estar associados ao comportamento de risco em adolescentes e jovens no contexto moçambicano; 2) Analisar como os comportamentos de risco, factores de risco e de protecção se relacionam interagindo nos diferentes contextos ecológicos; 3) Compreender como os diferentes adolescentes e jovens encontrando-se em situação de risco/vulnerabilidade apresentam modelos de adaptação diferenciados; 4) Explicar como as variáveis bio-sociodemográficas se associam com os factores de risco, de protecção e comportamentos de risco.

4.1 Método

Participantes do estudo

Participaram do estudo 796 alunos de ambos os sexos (masculino e feminino), sendo que 420 (52,8%) era do sexo feminino. Estes alunos estavam frequentando o ensino público geral do 1º Ciclo (8ª, 9ª e 10ª classes) e do 2º Ciclo (11ª e 12ª classes) de três cidades moçambicanas, nomeadamente Nampula na região Norte ($n = 302$; 37,9%), Beira na região Centro ($n = 241$; 30,3%) e Maputo na zona Sul do País ($n = 253$; 31,8%). Os participantes tinham idades compreendidas entre 15 a 18 anos (adolescentes) e 18 a 24 anos correspondentes aos jovens ($M=16,8$; $DP = 2,5$).

Instrumento

Neste estudo foi usado o questionário de factores de risco e de protecção produzido para a "Juventude Brasileira" (Dell'Aglio et al. 2011). O questionário está devidamente descrito no Estudo I. Este questionário resulta de um estudo com base de dados biosociodemográficos que

tem sido usado em outros estudos realizados pelo Centro de Estudos Psicológicos CEP-Rua/UFRGS-Brasil e assim como das escalas correntes sobre factores protectivos e da Escala de Auto-estima de Rosenberg (1979), adaptado por Hutz e Zanon (2011) e, a Escala de Auto-eficácia generalizada, criada por Schwarzer e Jerusalem (1995). Esta última escala foi adaptada por Sbicigo et al. (2012). A escala de Auto-estima de Rosenberg (1979) adaptada para o contexto brasileiro (Hutz & Zanon, 2011). Na versão adaptada para o contexto moçambicano o QJB ficou com 70 questões, como foi amplamente explicado no Estudo I desta pesquisa (Anexo G).

Procedimentos éticos e de colecta de dados

Os participantes do estudo foram seleccionados recorrendo-se à técnica de amostragem estratificada e de conglomerado (Ribeiro, 2010). A escolha das cidades Nampula, Beira e Maputo, para a realização da pesquisa foi por conveniência. Mas, também está associada à importância que elas desempenham, de serem consideradas como sendo as três principais cidades do País. O questionário foi administrado colectivamente nas salas de aulas em tempo considerado vago por um grupo de pesquisadores, após a autorização por parte das respectivas Direcções das escolas. Fizeram parte da administração o coordenador da equipe, que igualmente é o pesquisador principal e, com apoio de dois psicólogos que fazem parte da equipe do laboratório de pesquisa no Departamento de Psicologia, Faculdade de Ciências de Educação e Psicologia da Universidade Pedagógica. Antes deste processo, os mesmos foram explicados sobre os objectivos da pesquisa, assim como os procedimentos a serem observados durante a administração do questionário aos participantes. A administração do instrumento durou aproximadamente entre 60 a 90 minutos.

As questões éticas foram asseguradas através de cartas de apresentação que foram entregues junto às Direcções das escolas onde decorreram às pesquisas. Uma cópia simplificada do projecto explicando os procedimentos e os objectivos da pesquisa e a carta de aceitação, através de uma transcrição da resposta devolvida ao pesquisador que autorizava a realização da recolha de dados. Após esse primeiro momento foi entregue aos Pais/responsáveis dos educandos por intermédios destes os seguintes documentos: carta de apresentação da escola, o TCLE para aos Senhores Pais/responsáveis pelo adolescente com menos de 18 anos e TALE para adolescentes na faixa etária entre 12 a 17 anos de idades (Anexo A C; D, E e F).

Em relação aos jovens dos 18 a 24 anos, tomando em consideração que são maiores de idade, assinaram o TCLE, por si, de que aceitavam em participarem na pesquisa de forma livre (Anexo B). Portanto, foram do mesmo modo explicados que todos os procedimentos relacionados à confidencialidade dos dados por eles a serem prestados estavam salvaguardados, bem como que tinham todo o direito de retirar/desistir a qualquer momento durante o processo de recolha de dados da pesquisa. Foram observados todos os procedimentos relacionados às questões éticas segundo o preconizado e recomendado em pesquisa com os seres humanos.

Análise dos dados

O plano de análise deste estudo foi constituído por uma análise descritiva com o objectivo de investigar as medidas de tendência central, tais como a média desvio padrão e frequência. Foram investigados os dados bio-sociodemográficos (sexo, idade, raça, estado civil, renda, jovem contribui na renda da casa, auxílio financeiro, número de pessoas que moram na mesma casa). Além disso, foi investigado se estas características estavam associadas aos índices de auto-eficácia, auto-estima, expectativas para o futuro, comunidade, família, religião, escola e de preconceito vivenciada pelos adolescentes e jovens. A variável sexo foi relacionada com as outras variáveis por meio da correlação Ponto Bisserial, porque o sexo é uma variável categórica.

A fim de identificar as diferenças entre adolescentes e jovens que apresentavam risco comportamental foram realizados Testes de Qui-Quadrado (χ^2) e Análises de Variância Factorial (ANOVA). O teste de χ^2 investigou se os factores e comportamentos de risco estavam associado ao sexo dos participantes. A ANOVA foi realizada com o delineamento 2 (sexo) x 2 (factor/comportamento de risco) para os índices de auto-eficácia, auto-estima, expectativas para o futuro, comunidade, família, religião, escola e preconceito. O sexo foi estabelecido como variável independente em todas as análises, sendo analisadas em conjunto com ter sido vítima de alguma forma de violência (ameaças ou humilhação, soco ou surra, agressão com objecto, abuso sexual, relação sexual forçada), tentativa de suicídio, foi reprovado no ano lectivo, foi expulso da escola, ter engravidado precocemente ou engravidar alguém precocemente, uso de substâncias lícitas e ilícitas no último ano (álcool, tabaco ou outras drogas), acções criminosas (assalto, roubo e tráfico de drogas). Nas variáveis com mais de dois níveis, foram utilizados o teste *Post-hoc Bonferroni*.

4.2 RESULTADOS DO ESTUDO II

Nesta secção são apresentados os resultados do Estudo II mostrando inicialmente a caracterização dos dados biossociodemográficos dos participantes como foi descrito no método. Os resultados procuram trazer os principais achados deste estudo em relação aos comportamentos, riscos individuais e contextuais aos quais estão expostos os adolescentes e jovens no contexto moçambicano.

Foram analisadas as diferentes variáveis, desde as biossociodemográficas, os eventos estressores, rede de apoio (familiar e comunitário), comportamento de risco (uso de álcool e outras drogas ilícitas), comportamento sexual de risco, comportamento suicida, conflito com a lei, expectativa de futuro) foram calculadas as estatísticas descritivas, como frequências, percentuais, médias e desvio padrão.

Caracterização bio-sociodemográfica dos adolescentes e jovens do estudo

Participaram neste estudo um total de 796 dos quais ($n=376$; 47,2%) foram indivíduos do sexo masculino. A partir da amostra total 556 (69,9%) eram adolescentes na faixa etária entre 12 a 17 anos e 240 (30,1%) era constituída por jovens dos 18 a 24 anos, a média de idade e desvio padrão ($M= 16,8$; $DP=2,5$). A maioria dos participantes do estudo era de raça negra ($n = 778$; 97,8%), ($n = 17$; 2,1%) e ($n = 1$; 0,1%) eram mulato ou branco respectivamente. O estado civil dos participantes até a altura da colecta de dados 775 (97,4%) eram solteiros, 14 (1,8%) moravam juntos com companheiro(a), 5 (0,6%) eram casados e 2 (0,2%) encontravam separados e/ou divorciados(as). As cidades onde foram colectados os dados Nampula 302 (37,9%), Beira 241 (30,3%) e Maputo com 253 (31,8%) respectivamente.

Pergunta 6 procurava saber “*com quem você mora*”? Tendo como alternativas de respostas as seguintes: Pai, mãe, padrasto, madrasta, irmãos, companheiro/a, avô, avó, tios pais adoptivos, filhos entre outros. Tendo sido as respostas nas formas dicotômicas (0 = Não; 1 = Sim). Do total de 796 da amostra 45,1% afirmou não morar com o pai e 54,9% mora com o pai. Observou-se que 31,7% não vivia com a mãe e 68,3% coabitavam juntos; uma percentagem de 4,1 % vivia junto com o padrasto e 3,5% com a madrasta, 66,2% com irmãos(as), 3,1% com companheiro(a); 5,5% e 6,9% com avó versus avô. Numa percentagem de 13,2% morava com

os tios, 0,3% com pais adotivos, 1,6% com filhos e por último 5,8% com outras pessoas respectivamente (Ver Tabela 13).

Tabela 13. *Caracterização biossociodemográfica dos adolescentes e jovens do estudo*

<i>Variáveis</i>	<i>Características</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Sexo	Masculino	376	47,2		
	Feminino	420	52,8		
Idades	12 a 17	556	69,9		
	18 a 24	240	30,1		
	Média (DP)		16,8(2,5)		
Estado civil	Solteiro(a)	775	97,4		
	Mora com companheiro(a)	14	1,8		
	Casado(a)	5	0,6		
	Separado(a) ou divorciado(a)	2	0,3		
Raça	Negra	778	97,7		
	Mulato	17	2,1		
	Branco	1	0,1		
Com quem mora	Pai	Não 359	45,1	Sim 437	54,9
	Mãe	Não 252	31,7	Sim 544	68,3
	Padrasto	Não 763	95,9	Sim 33	4,1
	Madrasta	Não 768	96,5	Sim 28	3,5
	Irmãos	Não 269	33,8	Sim 527	66,2
	Companheiro/a	Não 771	96,9	Sim 25	3,1
	Avó	Não 752	94,5	Sim 44	5,5
	Avô	Não 741	93,1	Sim 55	6,9
	Tios	Não 691	86,8	Sim 105	13,2
	Pais adotivos	Não 794	99,7	Sim 2	0,3
	Filhos	Não 783	98,4	Sim 13	1,6
	Outros	Não 750	94,2	Sim 46	5,8

A pergunta 7 procurava saber “*quantas pessoas moravam em sua casa, incluindo a você*”? Tendo sido propostos os intervalos de idade de zero até cinco anos; seis a catorze; quinze

A pergunta 8 visou saber “*quem são as pessoas que mais contribuía para o sustento da casa*”? a) *Você mesmo* e b) *Outros: quem?* As respostas a essa pergunta estava na forma dicotômica (0=Não; 1=Sim). Observou-se que apenas 6,2% dos participantes do estudo contribuem para o sustento de casa. Aproximadamente 57% e 53,3% disse que os pais (pai versus mãe) eram os principais contribuintes, e 35,7% são os outros que sustentam às famílias. A renda mensal familiar dos participantes variou do mínimo desde seiscentos meticais (600,00 Mts) até em dez mil meticais (10,000, 00 Mts) (Ver Tabela 15).

Tabela 15. *Frequências e percentagens sobre quem contribuem para as despesas de casa e os valores auferidos em meticais*

<i>Quem contibui para as despesas</i>		<i>F</i>	<i>%</i>
Você mesmo		736	
	Não	690	93,8
	Sim	46	6,2
Pai		726	
	Não	316	43,5
	Sim	410	56,5
Mãe		727	
	Não	325	44,8
	Sim	402	55,3
Outros		729	
	Não	469	64,3
	Sim	260	35,7
<i>f</i>	<i>Renda mensal no domicilio em meticais</i>	<i>%</i>	
1	600	0,6	
1	1500	0,6	
1	1600	0,6	
2	2000	1,1	
1	2500	0,6	
3	3000	1,7	
2	3500	1,1	

4	4000	2,2
5	5000	2,8
5	6000	2,8
3	7000	1,7
1	9000	0,6
3	10000*	1,7

*O real brasileiro ao câmbio actual para o metical moeda moçambicana: 1,0 R\$ = 22,8 Mts ; em relação ao dólar americano 1,0 USD=70,1299 Mts.

Foram colhidas informações acerca do domicílio. A questão 10 visou saber “*se na casa tinha banheiro/latrina, quartos, televisores a cores, rádio/aparelho de som, máquina de lavar roupa, geleira, computador e empregada(o) doméstica(o)*”? A resposta desta questão está em formato dicotômico (0 = Não; 1= Sim). A Tabela 16 mostra que 98,7% da amostra disse possuir casa de banho ou banheiro e, apenas 1,3% afirmou não ter nas suas residências. Observou-se que 97,7% disse ter quartos e apenas 2,3% não tem. Aproximadamente 90% diz ter televisão a cores, enquanto 79,4 referiu ter rádio/aparelho de som e apenas 4,9% a máquina de lavar roupa. Outros electrodomésticos existentes em 63,7% e 48,8% afirmou possuir geleira ou geladeira e computador. Por último, em relação a empregada doméstica 18,4% disse ter alguém que ajude nos trabalhos de casa.

A questão 11 perguntava se “*você ou sua família recebe algum tipo de bolsa ou auxílio(bolsa de estudo, cesta básica)*”? A resposta a essa pergunta mostra que a maioria dos participantes 88,4% não recebem e aproximadamente 12% referiram recebem algum tipo de ajuda. Discriminando o tipo de bolsa, aproximadamente 5% recebe a cesta básica (correspondente a bolsa família no Brasil), quase 8% bolsa de estudo e 2% outro tipo de auxílio (Ver Tabela 16).

No que diz respeito ao nível de escolarização dos pais/responsáveis pelos adolescentes e jovens, verificou-se que os homens apresentaram menos percentagens de analfabeto do que as mulheres (1,5% versus, 5,3) respectivamente. Sabe ler, mas não foi à escola verificou-se uma ligeira diferença entre ambos os sexos, homens com 2,3% contra 3,6%, ensino primário incompleto as mulheres apresentaram uma diferença de 3,4%, idem ao nível primário completo em 3,7%. De um modo geral, os indivíduos do sexo masculino apresentaram uma percentagem maior de escolaridade do que as do sexo feminino (Ver a Tabela 17).

Tabela 16. *Frequências e percentagens dos itens existentes na casa e tipo de bolsa*

<i>Itens</i>	<i>Tipo de resposta</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Casa de banho/latrina	Não	9	1,3
	Sim	663	98,7
Quartos	Não	15	2,3
	Sim	640	97,7
TV	Não	72	11,1
	Sim	578	89,9
Rádio	Não	134	20,6
	Sim	516	79,4
Máquina de lavar roupa	Não	614	95,1
	Sim	32	4,9
Geleira	Não	237	36,4
	Sim	415	63,7
Computador	Não	332	51,2
	Sim	316	48,8
Empregada doméstica	Não	523	81,6
	Sim	118	18,4
<i>Recebe algum tipo de auxílio</i>		<i>f</i>	<i>%</i>
		Não	648
		Sim	85
<i>Tipo de bolsa</i>		<i>f</i>	<i>%</i>
Cesta básica		27	4,5
Bolsa de estudo		45	7,5
Outra		12	2,0
Não sabe		520	86,0

Tabela 17. *Frequências e percentagens dos graus de instrução dos pais/responsáveis dos adolescentes e jovens*

<i>Grau de instrução</i>	<i>Pai</i>		<i>Mãe</i>	
	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>F</i>	<i>%</i>
Analfabeto	12	1,5	42	5,3
Sabe ler mas não foi a escola	18	2,3	29	3,6
Ensino primário incompleto	71	8,9	98	12,3
Ensino primário completo	79	9,9	108	13,6
Ensino básico incompleto	31	3,9	46	5,8
Ensino básico completo	49	6,2	48	6,0
Ensino médio incompleto	29	3,6	35	4,4
Ensino médio completo	93	11,7	83	10,4
Ensino Superior incompleto	26	3,3	24	3,0
Ensino Superior completo	58	7,3	25	3,1
Pós-Graduação	38	4,8	16	2,0
Não sabe	90	11,3	65	8,2

A Tabela 18 mostra as respostas dadas em relação a pergunta 26. Essa questão procurava saber “*com relação à sua religião/doutrina/crença, você se considera?*”? Observou-se a maioria era católico em 34,7%, seguido de 18,0% que disse que era evangélica/pentecostal, 17,7% afirmou pertencer a Sião/Zione e 11,6% não estavam afiliados a nenhuma religião, mas que acredita em Deus.

Tabela 18. *Religião/doutrina/crença dos participantes*

<i>Religião</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Não acredito em Deus (ateu)	14	1,7
Sem religião (mas acredita em Deus)	92	11,6
Católico	277	34,7
Protestantes (Anglicana e outras)	50	6,2
Evangélica/pentecostal	141	17,7
Islamismo	33	4,1
Sião/zione	144	18,0
Outra	45	6,0

As análises de correlações indicaram que as variáveis bio-sociodemográficas (sexo; idade; raça; estado civil; renda; contribuir na renda da casa; auxílio financeiro; número de pessoas que moram na mesma casa) não estiveram relacionadas com os índices de auto-eficácia, auto-estima, expectativas para o futuro, comunidade, família, religião, escola e preconceito vivenciado pelos adolescentes e jovens. A idade esteve negativamente relacionada com ao número de pessoas que moram na mesma casa e quanto possuir uma renda familiar mais alta, contribuir na renda da família e receber menos auxílios financeiros governamentais, mas positivamente se relacionava à renda e contribuição na família. Sexo, idade, raça, estado civil, renda, jovem contribuir na renda da casa, auxílio financeiro, número de pessoas que moram na mesma casa não estiveram relacionadas entre si. Por fim, as dimensões de auto-eficácia, auto-estima, expectativas para o futuro, comunidade, família, religião e preconceito vivenciado pelos adolescentes e jovens estiveram positivamente relacionadas entre si (Ver a Tabela 19).

Tabela 19. *Relações entre as características bio-sociodemográficas com os índices auto-eficácia, auto-estima, expectativas para o futuro, comunidade, família, religião, escola e preconceito*

Variáveis	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1. Sexo	-															
2. Idade	0,01															
3. Raça	0,02	-0,04														
4. Estado civil	0,10	0,23*	0,03													
5. Número de pessoas que moram na mesma casa	-0,01	-0,15*	0,01	-0,09												
6. Jovem contribui na renda da casa	-0,01	0,27*	-0,03	0,12	-0,05											
7. Renda	0,04	0,47*	0,00	0,22	-0,06	0,26										
8. Auxílio financeiro	0,05	-0,16*	0,10	-0,03	0,03	-0,01	0,04									
9. Auto-eficácia	-0,02	-0,01	0,05	-0,06	0,05	0,00	-0,04	-0,01								
10. Auto-estima	0,00	-0,01	0,04	-0,08	-0,04	0,00	-0,04	0,01	0,46*							
11. Expectativas Futuro	-0,03	-0,05	0,01	-0,04	0,05	-0,04	0,02	-0,03	0,31*	0,29*						
12. Comunidade	-0,09	-0,02	-0,02	-0,10	0,06	0,03	-0,16	-0,01	0,37*	0,56*	0,27*					
13. Família	0,01	-0,03	0,05	-0,07	-0,05	0,00	-0,03	0,02	0,41*	0,28*	0,26*	0,42*	0,37*			
14. Religião	-0,02	-0,04	0,02	-0,03	0,07	-0,03	0,01	-0,03	0,33*	0,22*	0,22*	0,23*	0,18*	0,21*		
15. Escola	-0,07	-0,01	-0,03	-0,09	0,06	0,02	-0,12	-0,01	0,35*	0,44*	0,25*	0,18*	0,15*	0,09*	0,16*	
16. Preconceito	-0,03	0,00	0,07	-0,02	-0,04	0,07	0,01	-0,04	0,23*	0,21*	0,23*	0,12*	0,13*	0,10*	0,14*	0,11*

Nota: * = $p < 0,05$

Foram pedidos aos participantes da pesquisa para identificarem situações que teriam vivido na família relacionada com uma série de eventos considerados constrangedoras. Essas situações foram avaliadas a partir da pergunta 29, que procurou saber se teriam passado por: “ameaça ou humilhação”; “soco ou bater”; “agressão com objecto (madeira, cinto, fio cigarro, etc.)”, ter “mexido o corpo contra vontade” e “relações sexuais forçadas”. A cada tipo de situação sugerida para que respondessem, tinha por sua vez quatro alternativas de perguntas e sobre a frequência de fenômeno. Sendo a primeira pergunta “já aconteceu”? A resposta a esta questão está disposta de forma dicotômica (0=Não; 1=Sim). “Em geral com que frequência esta situação acontece”? A resposta dessa pergunta apresenta-se na forma de cinco pontos, sendo: 1=Nunca; 2=Quase nunca; 3= Às vezes; 4= Quase sempre e 5= Sempre). Também foram pedidos para que fizessem uma avaliação de quão achavam essas situações através das seguintes alternativas: “Quanto ruim foi para você está situação”? As respostas variaram desde 1=Nada ruim; 2=Um pouco ruim; 3=Mais ou menos ruim; 4=Muito Ruim e 5= Horrível. E por último foram lhes pedidos para que indicasse quem fazia isto com que frequência desses acontecimentos. As alternativas das respostas eram: a) Mãe; b) Madrasta; c) Pai; d) Padrasto; e) Irmãos; f) Avós e g) Outros.

A Tabela 20 mostra que 73,1% do total da amostra disse que não e aproximadamente 27% afirmou que sim, já sofreu ameaças ou humilhação. Se já levou soco ou surra 75,5% disse não e 24,5% ter dito que sim. Em relação à agressão com objecto 88,6% afirmou que não e 11,4% disse ter passado por situação de agressão, cujo agressor usou algum tipo de objecto. Questionados se alguém teria mexido os seus corpos, uma grande maioria situada em 92,3% disseram não e, aproximadamente 8% afirmou que os seus corpos já foram mexidos por alguém sem os seus consentimentos.

Foram perguntados se mantiveram relações sexuais contra suas vontades? As respostas a essa questão observou-se que 97,0% ter dito que não e 3,0% dos participantes afirmaram que sim. Outra questão que foi colocada é sobre se alguma vez engravidou ou ficou grávida, os dados obtidos a partir desta questão mostraram que 73,7% dizem que não e 26,3% aceitaram ter engravidado ou terem estado grávida respectivamente. Questionados se alguma vez já havia pensado em se matar aproximadamente 84% disse que não e, 16,1% da amostra admitiram em querer se matar alguma vez, recorrendo as mais diversificadas formas de pôr o fim à sua própria vida. Em relação às reprovações, constatou-se que 58,1% dos adolescentes e jovens disseram que não e 41,9% admitiram que sim já reprovaram em alguma classe. No aspecto que se refere à expulsão da escola, verificou-se que 98,2% disseram que não e 1,8% ter afirmá-lo que sim já foram expulsos. Com relação ao consumo

de bebidas alcoólicas e cigarro no último ano, constatou-se que 66,7% e 91,4% diz não ter consumido nem bebida e nem cigarro, enquanto 33,3% e 8,6% disseram que já fizeram uso de alguma bebida e tabaco respectivamente. As drogas ilícitas constatou-se que 73,9% afirmaram que não e 26,1% já experimentou algum tipo de droga (Ver Tabela 20).

Perguntados se alguma vez assaltou alguém, uma boa parcela dos participantes aproximadamente 97% disse não e 3,1% admitiram ter praticado este tipo de comportamento. Observou-se que 86,2% disse não roubou e 13,8% afirmou ter cometido. Por último a questão de venda de drogas uma percentagem elevada de 96,2% dos participantes disse que não vende e nunca vendeu drogas e 3,8% disse ter praticado esse tipo de actividade (Ver a Tabela 20).

Tabela 20. *Indicadores de factores e comportamentos de risco*

Já aconteceu		f	%		f	%
Ameaça ou humilhação	Não	541	73,1	Sim	199	26,9
Soco ou surra	Não	542	75,5	Sim	176	24,5
Agressão com objeto (madeira, cinto, fio, cigarro)	Não	619	88,6	Sim	80	11,4
Mexeu no meu corpo contra minha vontade	Não	649	92,3	Sim	54	7,7
Relação sexual forçada	Não	684	97,0	Sim	21	3,0
Você já engravidou alguém/esteve grávida	Não	199	73,7	Sim	71	26,3
Você já pensou alguma vez em se matar	Não	531	83,9	Sim	102	16,1
Você já reprovou	Não	457	58,1	Sim	329	41,9
Você já foi expulso da escola	Não	759	98,2	Sim	14	1,8
Bebida alcoólica no último ano	Não	140	66,7	Sim	70	33,3
Cigarro comum no último ano	Não	159	91,4	Sim	15	8,6
Drogas ilícitas	Não	150	73,9	Sim	53	26,1

Assaltou alguém	Não	279	96,9	Sim	9	3,1
Roubou algo	Não	244	86,2	Sim	39	13,8
Vendeu drogas	Não	276	96,2	Sim	11	3,8

Foram realizados testes de χ^2 para investigar se a presença de factores e comportamentos de risco estavam associados ao sexo. Foi observado que as adolescentes e jovens do sexo feminino foram vítimas de abuso sexual e relação sexual forçada em uma frequência significativamente superior aos adolescentes do sexo masculino (Ver Tabela 21). As adolescentes e jovens do sexo feminino também vivenciaram gravidez precoce e tentaram suicidar-se em frequência significativamente superior aos jovens e adolescentes do sexo masculino (Ver Tabela 21). Por sua vez, os adolescentes e jovens do sexo masculino foram expulsos da escola e usaram drogas ilícitas em frequência significativamente superior as adolescentes e jovens do sexo feminino (Ver Tabela 21). Não foram observadas diferenças significativas entre os adolescentes e jovens do sexo feminino em relação a ser vítimas de ameaças ou humilhação, soco ou surra, agressão com objecto, abuso, uso de substâncias lícitas (álcool e tabaco), reprovação na escola e acções criminosas (assalto, roubo e tráfico de drogas).

A fim de compreender como os diferentes adolescentes e jovens que se encontram em situação de risco/vulnerabilidade apresentam modelos de adaptação diferenciados, foram investigadas as diferenças nos desfechos positivos comparando os jovens segundo o sexo e factores e comportamentos de risco. Devido à ausência de normalidade dos dados, as análises foram realizadas utilizando o *bootstrap* de 1000 casos.

Na dimensão auto-eficácia, foi observado que os jovens e adolescentes que foram forçados a manter relações sexuais apresentavam índices de auto-eficácia significativamente mais baixos em comparação aos que não foram forçados a manter relações sexuais forçadas. Não foram observadas diferenças significativas nas relações das outras variáveis testadas (Ver Tabela 22).

Em relação aos índices de auto-estima, os jovens e adolescentes que foram agredidos por soco ou surra apresentaram índices significativamente mais baixos de auto-estima do que aqueles que não foram agredidos. Similarmente, os jovens que tentaram suicídio apresentaram médias de auto-estima mais baixas em comparação aos que não tentaram. Os jovens que realizaram uso de substâncias ilícitas apresentaram significativamente índices mais baixos de auto-estima do que aqueles que não usaram. Não foram observadas diferenças significativas em relação às outras variáveis comparadas (Ver Tabela 23).

Tabela 21. *Relações dos factores e comportamentos com o sexo dos adolescentes e jovens*

<i>Fator de Risco</i>		<i>Sexo (f)</i>		χ^2
		Masculino	Feminino	
Foi vítima de...				
Ameaças ou humilhação	Não	259	276	1,16
	Sim	87	111	
Soco ou surra	Não	255	284	0,75
	Sim	79	93	
Agressão com objectos	Não	293	321	0,22
	Sim	35	43	
Abuso sexual	Não	310	333	4,00*
	Sim	18	35	
Relação sexual forçada	Não	325	352	4,78*
	Sim	5	16	
Gravidez precoce	Não	108	90	11,62*
	Sim	22	71	
Tentou suicidar-se	Não	268	258	6,41*
	Sim	38	64	
Reprovou na escola	Não	216	237	0,04
	Sim	153	173	
Foi expulso da escola	Não	356	396	3,20*
	Sim	10	4	
Usou álcool no último ano	Não	69	34	0,04
	Sim	69	36	
Usou tabaco no último ano	Não	78	9	0,58
	Sim	79	6	
Usou drogas ilícitas últ. ano	Não	80	69	4,54*
	Sim	69	33	
Assaltou alguém	Não	138	139	0,99
	Sim	6	3	
Roubou alguém	Não	123	120	0,01
	Sim	19	19	
Vendeu drogas	Não	137	137	0,09
	Sim	6	5	

Note: * $p < 0,05$; $gl=1$

Tabela 22. *Diferenças nos índices de auto-eficácia com base no sexo, factores e comportamentos de risco*

<i>Factor de Risco</i>		<i>Auto-eficácia M(DP)</i>		<i>f</i>	<i>Interacção</i>
Foi vítima de...		Masculino	Feminino	0,18	
Ameaças ou humilhação	Não	3,2 (0,1)	3,1 (0,1)	0,50	0,72
	Sim	3,0 (0,2)	3,0 (0,2)		
Soco ou surra	Não	3,1 (0,1)	3,2 (0,1)	0,93	0,65
	Sim	3,4 (0,2)	3,1 (0,2)		
Agressão com objectos	Não	3,2 (0,1)	3,1 (0,1)	0,22	0,20
	Sim	3,3 (0,2)	3,0 (0,2)		
Abuso sexual	Não	3,2 (0,1)	3,2 (0,1)	2,04	0,25
	Sim	2,8 (0,4)	3,0 (0,3)		
Relação sexual forçada	Não	3,2 (0,1)	3,2 (0,1)	5,21*	0,06
	Sim	2,2 (0,7)	2,3 (0,4)		
Gravidez precoce	Não	3,3 (0,2)	3,2 (0,2)	0,19	2,70
	Sim	3,6 (0,4)	2,7 (0,2)		
Tentou suicidar-se	Não	3,4 (0,1)	3,2 (0,1)	0,10	0,03
	Sim	3,4(0,3)	3,2 (0,2)		
Reprovou na escola	Não	3,1 (0,1)	3,2 (0,1)	0,02	1,56
	Sim	3,3 (0,1)	3,0 (0,1)		
Foi expulso da escola	Não	3,2 (0,1)	3,1 (0,1)	1,40	1,10
	Sim	3,2 (0,5)	4,2 (0,8)		
Usou álcool no últ. ano	Não	3,2 (0,2)	3,4 (0,2)	1,89	0,35
	Sim	3,0 (0,3)	3,9 (0,3)		
Usou tabaco no últ. mês	Não	3,2 (0,2)	3,3 (0,2)	0,11	0,90
	Sim	2,9 (0,5)	2,7 (0,7)		
Usou ilícitas no últ. ano	Não	3,1 (0,2)	3,2 (0,2)	0,06	0,14
	Sim	3,4 (0,4)	3,1 (0,3)		
Assaltou alguém	Não	3,1 (0,1)	3,3 (0,1)	0,12	0,63
	Sim	4,1 (1,5)	2,9 (0,8)		
Roubou alguém	Não	3,1 (0,1)	3,3 (0,1)	0,15	0,06
	Sim	3,1 (0,4)	3,1 (0,4)		
Vendeu drogas	Não	3,1 (0,1)	3,2 (0,1)	0,23	0,07
	Sim	3,6 (1,0)	3,3 (0,7)		

Nota: * $p < 0,05$; $gI=1$.

Tabela 23. *Diferenças nos índices de auto-estima com base no sexo, factores e comportamentos de risco*

<i>Factor de Risco</i>		<i>Auto-estima (M(DP))</i>		<i>f</i>	<i>Interação</i>
Foi vítima de...		Masculino	Feminino	0,05	
Ameaças ou humilhação	Não	3,0 (0,1)	3,0 (0,1)	0,52	0,01
	Sim	3,0 (0,2)	3,0 (0,1)		
Soco ou surra	Não	3,2 (0,1)	3,2 (0,1)	3,78*	0,06
	Sim	3,0 (0,1)	3,0 (0,1)		
Agressão com objectos	Não	2,9 (0,1)	3,1 (0,1)	0,62	0,16
	Sim	3,0 (0,1)	3,2 (0,1)		
Abuso sexual	Não	3,0 (0,1)	3,0 (0,1)	2,32	0,32
	Sim	2,7 (0,3)	2,9 (0,2)		
Relação sexual forçada	Não	3,0 (0,1)	3,0 (0,1)	0,97	0,15
	Sim	2,4 (0,5)	3,0 (0,3)		
Gravidez precoce	Não	3,0 (0,1)	3,0 (0,1)	0,51	0,30
	Sim	2,9 (0,3)	2,9 (0,2)		
Tentou suicidar-se	Não	3,2 (0,1)	3,0 (0,1)	3,62*	0,54
	Sim	3,0 (0,1)	2,9 (0,1)		
Reprovou na escola	Não	3,0 (0,1)	3,1 (0,1)	0,30	3,48
	Sim	3,1 (0,1)	2,9 (0,1)		
Foi expulso da escola	Não	3,0 (0,1)	3,0 (0,1)	0,30	0,01
	Sim	3,2 (0,4)	3,2 (0,6)		
Usou álcool no último ano	Não	2,9 (0,1)	3,0 (0,1)	0,35	0,01
	Sim	3,0 (0,2)	3,0 (0,2)		
Usou tabaco no último ano	Não	3,0 (0,1)	3,0 (0,1)	0,82	0,94
	Sim	3,0 (0,3)	2,5 (0,5)		
Usou ilícitas no último ano	Não	3,4 (0,3)	3,2 (0,2)	4,41*	0,93
	Sim	2,9 (0,1)	2,8 (0,1)		
Assaltou alguém	Não	3,1 (0,1)	3,1 (0,1)	0,18	0,02
	Sim	3,9 (0,1)	2,8 (0,6)		
Roubou alguém	Não	3,0 (0,1)	3,1 (0,1)	0,67	0,85
	Sim	3,4 (0,2)	3,1 (0,2)		
Vendeu drogas	Não	3,1 (0,9)	3,1 (0,1)	0,18	0,92
	Sim	3,6 (0,6)	3,5 (0,4)		

Nota: * $p < 0,05$; $gl=1$.

Na dimensão sobre expectativas para o futuro, foi observado que os jovens e adolescentes que utilizavam tabaco apresentavam médias de expectativas para o futuro mais baixas em comparação àqueles que não usavam tabaco. As outras comparações entre sexo, factores e comportamentos de risco não apresentaram diferenças significativas (Ver Tabela 24).

Os jovens e adolescentes que engravidaram precocemente e reprovaram na escola apresentaram índices significativamente mais baixos na dimensão comunidade em comparação aos jovens e adolescentes que não vivenciaram estas situações (Ver Tabela 25). Já os jovens e adolescentes que realizaram roubos apresentavam índices significativamente mais altos na dimensão comunidade em comparação aos que não roubaram. Não foram encontradas diferenças na dimensão comunidade em relação as outras variáveis comparadas (Ver Tabela 25).

Em relação à dimensão família, foi observado que adolescente do sexo feminino que foram agredidas ou sofreram ameaças/humilhações apresentavam índices significativamente mais baixos na dimensão família em comparação aos adolescentes e jovens que não foram agredidas do sexo feminino e masculino, assim como dos jovens e adolescentes do sexo masculino que foram agredidos (Ver Tabela 26). As adolescentes e jovens do sexo feminino que foram agredidas por socos e surras, por objectos, forçadas a manter relações sexuais, tentaram se suicidar e reprovaram na escola apresentaram índices na dimensão família significativamente mais baixos do que os adolescentes e jovens do sexo masculino (Ver Tabela 26). Já os adolescentes do sexo masculino que foram expulsos da escola apresentaram índices na dimensão família significativamente mais baixos em comparação aos adolescentes que não foram reprovados. Entretanto, as adolescentes do sexo feminino que foram expulsas da escola foram as que apresentaram índices significativamente mais altos na dimensão família, quando comparadas aos outros grupos (Ver Tabela 26). Foi observado que as adolescentes e jovens do sexo feminino que assaltaram alguém foram as que apresentaram índices significativamente mais baixos na dimensão família ao serem comparadas aos adolescentes e jovens que não assaltaram e os adolescentes e jovens do sexo masculino que assaltaram. Os jovens do sexo masculino que não assaltaram foram os que apresentaram os índices mais altos na dimensão família, quando comparados aos outros grupos.

Tabela 24. *Diferenças nos índices da dimensão expectativas para o futuro com base no sexo, factores e comportamentos de risco*

<i>Factor de Risco</i>	<i>Expectativas para o futuro</i>		<i>f</i>	<i>Interacção</i>	
	<i>(M(DP))</i>				
Foi vítima de...		Masculino	Feminino	1,00	
Ameaças ou humilhação	Não	4,0 (0,1)	4,0 (0,1)	0,03	0,12
	Sim	4,1(0,1)	3,9 (0,1)		
Soco ou surra	Não	4,0 (0,1)	3,9 (0,1)	1,24	0,55
	Sim	4,1 (0,1)	4,1 (0,1)		
Agressão com objectos	Não	4,0 (0,1)	4,0 (0,1)	0,64	0,01
	Sim	4,2 (0,2)	4,1 (0,2)		
Abuso sexual	Não	4,0 (0,1)	3,9 (0,1)	2,91	0,31
	Sim	4,3 (0,3)	4,4 (0,2)		
Relação sexual forçada	Não	4,0 (0,1)	4,0 (0,1)	0,10	0,64
	Sim	3,9 (0,6)	4,4 (0,4)		
Gravidez precoce	Não	4,2 (0,1)	4,1 (0,1)	3,17	0,57
	Sim	4,0 (0,1)	3,7 (0,2)		
Tentou suicidar-se	Não	4,1 (0,1)	4,0 (0,1)	0,63	3,41
	Sim	3,8 (0,2)	4,1 (0,1)		
Reprovou na escola	Não	4,1 (0,1)	4,0 (0,1)	1,29	0,44
	Sim	3,9 (1,0)	3,9 (0,1)		
Foi expulso da escola	Não	4,0 (0,1)	3,9 (0,1)	0,02	0,01
	Sim	4,0 (0,4)	4,0 (0,7)		
Usou álcool no último ano	Não	4,1 (0,1)	4,0 (0,2)	1,03	0,04
	Sim	3,9 (0,2)	3,8 (0,2)		
Usou tabaco no último ano	Não	4,2 (0,1)	4,0 (0,1)	6,30*	3,30
	Sim	2,7 (0,4)	3,8 (0,5)		
Usou ilícitas no último ano	Não	4,0 (0,1)	3,9 (0,2)	1,13	0,15
	Sim	3,7 (0,3)	3,7 (0,2)		
Assaltou alguém	Não	4,0 (0,1)	4,0 (0,1)	1,88	1,92
	Sim	4,0 (0,6)	2,8 (0,7)		
Roubou alguém	Não	4,0 (0,1)	4,0 (0,1)	2,57	0,22
	Sim	4,4 (0,3)	4,3 (0,3)		
Vendeu drogas	Não	4,0 (0,1)	4,0 (0,1)	0,01	0,32
	Sim	4,3 (0,7)	3,8 (0,5)		

Note: * $p < 0,05$; $gl=1$.

Tabela 25. *Diferenças nos índices da dimensão comunidade com base no sexo, factores e comportamentos de risco*

<i>Factor de Risco</i>		<i>Comunidade (M(DP))</i>		<i>f</i>	<i>Interacção</i>
Foi vítima de...		Masculino	Feminino		
Ameaças ou humilhação	Não	3,2 (0,1)	2,9 (0,1)	0,86	0,60
	Sim	2,9 (0,2)	2,9 (0,1)		
Soco ou surra	Não	3,2 (0,1)	2,9 (0,1)	0,53	0,60
	Sim	3,1 (0,2)	3,0 (0,1)		
Agressão com objectos	Não	3,2 (0,1)	2,9 (0,1)	0,92	0,01
	Sim	3,0 (0,3)	2,8 (0,3)		
Abuso sexual	Não	3,2 (0,1)	2,9 (0,1)	0,26	0,08
	Sim	3,0 (0,4)	2,9 (0,3)		
Relação sexual forçada	Não	3,1 (0,1)	2,9 (0,1)	0,01	0,01
	Sim	3,1 (0,6)	2,9 (0,4)		
Gravidez precoce	Não	3,2 (0,2)	2,6 (0,2)	0,02	0,17
	Sim	3,1 (0,3)	2,7 (0,2)		
Tentou suicidar-se	Não	3,2 (0,1)	2,9 (0,1)	0,44	0,06
	Sim	3,3 (0,2)	3,0 (0,2)		
Reprovou na escola	Não	3,2 (0,1)	2,9 (0,1)	0,01	0,20
	Sim	3,1 (0,1)	2,9 (0,1)		
Foi expulso da escola	Não	3,1 (0,1)	2,9 (0,1)	0,39	0,18
	Sim	3,2 (0,5)	3,3 (0,7)		
Usou álcool no último ano	Não	3,3 (0,2)	2,8 (0,2)	2,21	0,35
	Sim	2,8 (0,2)	2,6 (0,2)		
Usou tabaco no último ano	Não	3,2 (0,2)	2,8 (0,2)	0,26	0,68
	Sim	2,6 (0,4)	2,5 (0,6)		
Usou ilícitas no último ano	Não	2,9 (0,2)	2,8 (0,2)	1,03	0,04
	Sim	3,3 (0,4)	3,0 (0,2)		
Assaltou alguém	Não	3,0 (0,1)	3,0 (0,1)	0,01	1,65
	Sim	4,0 (0,1)	2,0 (0,7)		
Roubou alguém	Não	3,0 (0,1)	2,9 (0,1)	3,00*	0,08
	Sim	3,5 (0,3)	3,3 (0,3)		
Vendeu drogas	Não	3,0 (0,1)	2,9 (0,1)	0,23	0,56
	Sim	3,9 (0,7)	3,2 (0,6)		

Note: * $p < 0,05$. $gl=1$.

Tabela 26. *Diferenças nos índices da dimensão família com base no sexo, factores e comportamentos de risco*

<i>Factor de Risco</i>		<i>Família (M(DP))</i>		<i>f</i>	<i>Interacção</i>
Foi vítima de...		Masculino	Feminino	13,45*	
Ameaças ou humilhação	Não	3,8 (0,1)	3,6 (0,1)	4,00*	4,40*
	Sim	3,7 (0,1)	3,2 (0,1)		
Soco ou surra	Não	3,7 (0,1)	3,5 (0,1)	1,15	0,34
	Sim	3,9 (0,1)	3,5 (0,1)		
Agressão com objectos	Não	3,7 (0,1)	3,5 (0,1)	1,27	1,16
	Sim	4,0 (0,2)	3,5 (0,2)		
Abuso sexual	Não	3,7 (0,1)	3,5 (0,1)	0,02	0,23
	Sim	3,8 (0,3)	3,4 (0,2)		
Relação sexual forçada	Não	3,8 (0,1)	3,5 (0,1)	3,67*	0,42
	Sim	3,4 (0,5)	2,8 (0,3)		
Gravidez precoce	Não	3,9 (0,1)	3,5 (0,1)	2,38	0,66
	Sim	3,5 (0,3)	3,3 (0,2)		
Tentou suicidar-se	Não	3,7 (0,1)	3,5 (0,1)	0,45	0,66
	Sim	3,9 (0,2)	3,5 (0,1)		
Reprovou na escola	Não	3,7 (0,1)	3,4 (0,1)	1,41	0,13
	Sim	3,7 (0,1)	3,5 (0,1)		
Foi expulso da escola	Não	3,7 (0,1)	4,2 (0,1)	0,02	3,93*
	Sim	3,1 (0,4)	3,4 (0,6)		
Usou álcool no último ano	Não	3,7 (0,2)	3,2 (0,2)	0,20	1,02
	Sim	3,5 (0,2)	3,5 (0,2)		
Usou tabaco no último ano	Não	3,8 (0,1)	3,2 (0,1)	1,13	0,31
	Sim	3,2 (0,4)	3,0 (0,5)		
Usou ilícitas no último ano	Não	4,0 (0,1)	3,6 (0,1)	0,58	0,55
	Sim	4,0 (0,2)	3,4 (0,2)		
Assaltou alguém	Não	3,8 (0,1)	3,7 (0,1)	13,08*	10,31*
	Sim	3,6 (0,5)	1,0 (0,6)		
Roubou alguém	Não	3,8 (0,1)	3,6 (0,1)	0,10	0,25
	Sim	3,9 (0,2)	3,6 (0,2)		
Vendeu drogas	Não	3,8 (0,1)	3,7 (0,1)	1,11	2,00
	Sim	3,9 (0,5)	2,9 (0,5)		

Note: * $p < 0,05$; $gl=1$.

Referente à dimensão escola, as adolescentes e jovens do sexo feminino apresentaram índices significativamente inferiores aos adolescentes e jovens do sexo masculino nesta dimensão (Ver Tabela 27). Além disso, as adolescentes e jovens do sexo feminino que foram vítimas de soco ou surra e agressão por objectos apresentaram índices significativamente inferiores aos adolescentes e jovens que foram ou não agredidos nesta dimensão (Ver Tabela 27). Os jovens que tentaram se suicidar apresentaram índices significativamente mais altos na dimensão escola, em comparação àqueles que não tentaram suicídio. Os adolescentes e jovens do sexo masculino que usavam tabaco apresentaram os índices significativamente mais baixos na dimensão escola, seguido pelas adolescentes e jovens do sexo feminino que não usavam tabaco, pelas adolescentes e jovens do sexo feminino que usavam tabaco, sendo que os adolescentes e jovens do sexo masculino que não usavam tabaco apresentaram os índices mais altos na dimensão escola. Os jovens que não assaltaram apresentaram médias significativamente mais altas na dimensão escola, em comparação àqueles que assaltaram. As outras comparações realizadas entre as variáveis não indicaram diferenças de média significativas (Ver Tabela 27).

Referente à dimensão religião, os adolescentes e jovens do sexo masculino apresentaram médias significativamente mais altas em comparação às adolescentes e jovens do sexo feminino (Ver Tabela 28). Os adolescentes e jovens que foram agredidos por meio de soco ou surra e agressão com objectos apresentaram índices significativamente superiores na dimensão religião. Os resultados demonstraram que as adolescentes e jovens do sexo feminino que assaltaram foram as que apresentaram índices significativamente mais baixos na dimensão religião, seguidas pelos adolescentes e jovens do sexo masculino que assaltaram, dos adolescentes e jovens, tanto do sexo masculino, como das adolescentes e das jovens que não assaltaram (Ver Tabela 28).

Na dimensão preconceito, os jovens que sofreram agressões por ameaças ou humilhação, soco ou surra, agressões com objectos e abuso sexual apresentaram médias significativamente mais altas, em comparação aos adolescentes e jovens que não sofreram (Ver Tabela 29). As outras comparações de média realizadas não indicaram diferenças significativas entre os grupos.

Tabela 27. Diferenças nos índices da dimensão escola com base no sexo, factores e comportamentos de risco

<i>Factor de Risco</i>		<i>Escola (M(DP))</i>		<i>f</i>	<i>Interacção</i>
Foi vítima de...		Masculino	Feminino	8,45*	
Ameaças ou humilhação	Não	3,4 (0,1)	3,2 (0,1)	0,01	0,58
	Sim	3,5 (0,2)	3,1 (0,1)		
Soco ou surra	Não	3,3 (0,1)	3,0 (0,1)	10,98*	0,01
	Sim	3,8 (0,2)	3,4 (0,1)		
Agressão com objectos	Não	3,4 (0,1)	3,1 (0,1)	5,80*	0,21
	Sim	3,9 (0,2)	3,4 (0,2)		
Abuso sexual	Não	3,4 (0,1)	3,1 (0,1)	0,11	0,01
	Sim	3,5 (0,3)	3,2 (0,2)		
Relação sexual forçada	Não	3,4 (0,1)	3,1 (0,1)	0,01	0,25
	Sim	3,6 (0,7)	3,0 (0,4)		
Gravidez precoce	Não	3,4 (0,1)	3,3 (0,1)	0,01	0,76
	Sim	3,6 (0,3)	3,1 (0,2)		
Tentou suicidar-se	Não	3,4 (0,1)	3,2 (0,1)	3,64*	0,04
	Sim	3,6 (0,2)	3,5 (0,2)		
Reprovou na escola	Não	3,3 (0,1)	3,0 (0,1)	2,07	0,21
	Sim	3,5 (0,1)	3,1 (0,1)		
Foi expulso da escola	Não	3,4 (0,1)	3,1 (0,1)	0,28	1,10
	Sim	3,1 (0,5)	3,8 (0,8)		
Usou álcool no último ano	Não	3,7 (0,2)	3,3 (0,1)	0,02	1,01
	Sim	3,5 (0,2)	3,5 (0,2)		
Usou tabaco no último ano	Não	3,9 (0,1)	3,8 (0,1)	0,19	5,24
	Sim	2,9 (0,4)	3,1 (0,5)		
Usou ilícitas no último ano	Não	3,6 (0,1)	3,2 (0,1)	0,06	0,07
	Sim	3,5 (0,3)	3,2 (0,2)		
Assaltou alguém	Não	3,6 (0,1)	3,4 (0,1)	2,82*	0,01
	Sim	2,9 (0,5)	2,7 (0,7)		
Roubou alguém	Não	3,6 (0,1)	3,4 (0,1)	0,12	0,31
	Sim	3,6 (0,3)	3,3 (0,3)		
Vendeu drogas	Não	3,6 (0,1)	3,4 (0,1)	0,36	2,30
	Sim	2,9 (0,5)	3,7 (0,5)		

Note: * $p < 0,05$; $gl=1$.

Tabela 28. *Diferenças nos índices da dimensão religião com base no sexo, factores e comportamentos de risco*

<i>Factor de Risco</i>		<i>Religião (M(DP))</i>		<i>f</i>	<i>Interacção</i>
Foi vítima de...		Masculino	Feminino	7,50*	
Ameaças ou humilhação	Não	3,5 (0,1)	3,3 (0,1)	1,73	0,15
	Sim	3,6 (0,1)	3,3 (0,1)		
Soco ou surra	Não	3,5 (0,1)	3,2 (0,1)	4,24*	0,01
	Sim	3,7 (0,1)	3,4 (0,1)		
Agressão com objectos	Não	3,5 (0,1)	3,2 (0,1)	5,00*	1,09
	Sim	3,7 (0,2)	3,7 (0,2)		
Abuso sexual	Não	3,5 (0,1)	3,3 (0,1)	1,41	1,30
	Sim	3,4 (0,3)	3,5 (0,2)		
Relação sexual forçada	Não	3,5 (0,1)	3,3 (0,1)	0,03	1,70
	Sim	3,8 (0,5)	2,9 (0,3)		
Gravidez precoce	Não	3,4 (0,1)	3,3 (0,1)	0,01	0,83
	Sim	3,6 (0,2)	3,1 (0,2)		
Tentou suicidar-se	Não	3,5 (0,1)	3,3 (0,1)	1,72	0,77
	Sim	3,5 (0,2)	3,6 (0,1)		
Reprovou na escola	Não	3,5 (0,1)	3,2 (0,1)	0,66	0,64
	Sim	3,4 (0,1)	3,3 (0,1)		
Foi expulso da escola	Não	3,5 (0,1)	3,3 (0,1)	1,15	2,36
	Sim	3,3 (0,4)	4,2 (0,6)		
Usou álcool no último ano	Não	3,4 (0,1)	3,3 (0,1)	0,19	0,01
	Sim	3,3 (0,2)	3,3 (0,2)		
Usou tabaco no último ano	Não	3,5 (0,1)	3,2 (0,1)	0,14	0,15
	Sim	3,2 (0,4)	3,2 (0,5)		
Usou ilícitas no último ano	Não	3,4 (0,1)	3,3 (0,1)	0,54	0,01
	Sim	3,3 (0,2)	3,2 (0,2)		
Assaltou alguém	Não	3,4 (0,1)	3,6 (0,1)	1,15	4,60*
	Sim	2,9 (0,5)	2,2 (0,7)		
Roubou alguém	Não	3,4 (0,1)	3,5 (0,1)	0,82	0,38
	Sim	3,7 (0,3)	3,6 (0,3)		
Vendeu drogas	Não	3,5 (0,1)	3,5 (0,1)	0,30	0,21
	Sim	3,4 (0,5)	3,2 (0,5)		

Note: * $p < 0,05$; $gl=1$.

Tabela 29. *Diferenças nos índices da dimensão preconceito com base no sexo, factores e comportamentos de risco*

<i>Factor de Risco</i>		<i>Preconceito (M(DP))</i>		<i>f</i>	<i>Interacção</i>
Foi vítima de...		Masculino	Feminino	0,08	
Ameaças ou humilhação	Não	0,57 (0,03)	0,51 (0,03)	6,54*	0,41
	Sim	0,72 (0,06)	0,78 (0,06)		
Soco ou surra	Não	0,57 (0,3)	0,53 (0,3)	6,53*	0,41
	Sim	0,66 (0,6)	0,68 (0,5)		
Agressão com objectos	Não	0,59 (0,3)	0,54 (0,09)	21,04*	1,96
	Sim	0,81 (0,09)	0,95 (0,9)		
Abuso sexual	Não	0,60 (0,03)	0,56 (0,3)	7,00*	0,01
	Sim	0,82 (0,13)	0,80 (0,10)		
Relação sexual forçada	Não	0,61 (0,03)	0,58 (0,03)	0,07	1,14
	Sim	0,42 (0,03)	0,70 (0,14)		
Gravidez precoce	Não	0,58 (0,50)	0,49 (0,5)	0,95	0,69
	Sim	0,59 (0,11)	0,63 (0,7)		
Tentou suicidar-se	Não	0,67 (0,03)	0,64 (0,04)	0,38	0,27
	Sim	0,67 (0,03)	0,71 (0,07)		
Reprovou na escola	Não	0,62 (0,04)	0,55 (0,04)	0,34	2,17
	Sim	0,53 (0,05)	0,59 (0,04)		
Foi expulso da escola	Não	0,58 (0,03)	0,56 (0,3)	0,01	0,79
	Sim	0,42 (0,18)	0,71 (0,29)		
Usou álcool no último ano	Não	0,60 (0,07)	0,79 (0,07)	0,70	0,80
	Sim	0,61 (0,10)	0,65 (0,10)		
Usou tabaco no último ano	Não	0,64 (0,07)	0,74 (0,06)	0,41	0,34
	Sim	0,73 (0,19)	0,47 (0,24)		
Usou ilícitas no último ano	Não	0,67 (0,06)	0,70 (0,06)	3,12	0,64
	Sim	0,90 (0,12)	0,78 (0,09)		
Assaltou alguém	Não	0,76 (0,05)	0,86 (0,50)	2,85	3,50
	Sim	0,72 (0,24)	1,61 (0,34)		
Roubou alguém	Não	0,76 (0,05)	0,89 (0,05)	0,23	0,17
	Sim	0,75 (0,14)	0,79 (0,14)		
Vendeu drogas	Não	0,76 (0,05)	0,86 (0,05)	1,87	1,81
	Sim	0,76 (0,24)	1,35 (0,26)		

Note: * $p < 0,05$; $gl=1$.

Depois de apresentação destes resultados nesta parte, na secção que se segue são discutidos esses dados. A discussão visa trazer à compreensão à luz do que a literatura aborda permitindo melhor o conhecimento de modo a traçar estratégias de como preveni-los junto à comunidade de adolescentes e jovens no contexto moçambicano.

4.3 - DISCUSSÃO DO ESTUDO II

Neste secção pretendeu apresentar a discussão do estudo II, procurando elucidar os achados do campo de pesquisa e analisando-os a partir do que outros autores teriam encontrado, em relação aos principais comportamentos de risco, factores de risco e de protecção nas quatro dimensões. As referidas dimensões são: comportamento sexual de risco consumo de substâncias psicoativas, cometimento de actos infraccionais e comportamento suicida.

Discussão dos resultados

O estudo II teve como objectivo identificar os indicadores de comportamentos de risco, factores de risco e de protecção em adolescentes e jovens no contexto moçambicano. Os resultados deste estudo em relação à constituição da família são similares ao estudo realizado no Brasil com Souza e Oliveira (2011), em que a maioria dos adolescentes e jovens quase nas mesmas faixas etárias que a pesquisa em referência dos 14 e 24 anos de idade encontravam-se a morar juntos das mães contra uma percentagem relativa baixa que afirmou viver com o pai. Os pais são os maiores contribuintes na renda familiar, estudos semelhantes no Brasil demonstraram essa tendência (Costa & Dell'Aglio, 2009).

Os dados sobre os salários auferidos pelos adolescentes e ou jovens que estejam a prestar algum tipo de trabalho ou os seus responsáveis, uma percentagem reduzida de 2,8% dos participantes disseram receber um valor que variava entre cinco mil meticais (5000,00 Mts e 10,000,00 Mts), aproximadamente duzentos e cinquenta reais (250,00 R\$) e quinhentos reais brasileiros (500,00 R\$) ao câmbio actual. Esses salários mostram estarem acima dos salários mínimos em vigor em Moçambique que rondam em 3.298,00 meticais (http://www.plmj.com/xms/files/newsletters/2016/junho/Mocambique_-_Salarios_minimos_nacionais_2016-2017.pdf). Não obstante, a maioria que respondeu a essa questão totalizando 8,5% recebem um salário considerado muito abaixo do mínimo praticado em Moçambique, pois, este é diferenciado mediante o sector em que a pessoa está exercendo à sua actividade.

Quanto aos itens ao domicílio, a maioria dos participantes pesquisada tinham nas suas habitações, casa de banhos, quartos, TVs, rádios, geleiras ou geladeiras e computadores. As percentagens baixas revelaram-se no itens relacionado a máquina de lavar roupa e possuir empregada doméstica. Estes dados são similares aos do censo de 2007, no que se refere aos bens duráveis como rádio, televisor excepto computador cujo posse desse bem na cidade de Maputo nessa altura era de 14,5% contra os observados neste estudo que, por exemplo, aproximadamente de 82% dos participantes disseram tê-lo. No censo em referência fez levantamentos de outros indicadores que neste estudo não foram tomadas em conta, como carro, telefone fixo, bicicleta entre outros indicadores (INE, 2007).

O nível de escolaridade dos pais deste estudo é considerado baixo, com uma diferença entre pais e mães de 3,4% que não possuem nível primário completo e 3,7% completou o ensino primário e havendo uma ligeira diferença ao nível médio onde os homens apresentaram uma percentagem relativamente um pouco mais acima do que as mulheres. Estes dados são similares aos do penúltimo censo realizado em 2007, em que observou-se que os níveis de analfabetismo eram superiores aos indivíduos do sexo feminino em comparação ao do sexo masculino (INE, 2007). Uma das principais causas que explica o baixo nível de escolaridade de mulheres do que dos homens está relacionada com questões de gênero. Existe uma ideia que é partilhada nas diversas regiões de Moçambique de que a mulher está mais para fazer filhos e cuidar de trabalhos domésticos principalmente nas zonas rurais que ainda prevalece esse pensamento de machismo.

Os dados desta pesquisa mostram que nas três cidades pesquisadas a maioria dos participantes professavam a religião católica. Esses resultados são similares com a da província/cidade de Nampula em que a maioria é católica em 39,0% e, se diferem das restantes províncias/cidades em que, por exemplo, em Sofala/cidade da Beira, a maioria 33,2% disse não professar nenhuma religião e na província/cidade de Maputo afirmou professar a religião Sião/Zione, em 26% respectivamente (INE, 2007). No entanto, apesar destas disparidades em termos das cidades investigadas, pode-se dizer que a maioria da população moçambicana está filiada à religião Católica (INE & MISAU, 2012).

Neste estudo, a idade esteve estatisticamente correlacionada numa intensidade fraca com o estado civil. Apesar desta relação ser fraca, esta evidência do estado civil e a idade dos participantes pode ser apoiada através de dados divulgados que mostram que em Moçambique é o décimo país no mundo com uma elevada prevalência de casamentos prematuros. Os dados mostram que 14% das mulheres entre os 20 e 24 anos de idade, casaram antes de 15 anos e, 48% casaram antes dos 18 anos de idade. Os casamentos

prematturos são impulsionando pela pobreza, considerado como um dos factores determinantes, tal como a violência e a discriminação baseada no gênero. Os factores que contribuem para que esse fenómeno aconteça na sociedade moçambicana é a discriminação de gênero, sustentado a partir de aspectos ideológicos, simbólicos, jurídicos e práticos, resultando no casamento prematturo de crianças de sexo feminino (República de Moçambique, 2015). Os aspectos culturais vigentes no contexto moçambicano são factores que estão por detrás de casamentos prematturos. Partindo desse pressuposto, considera-se a procriação como uma das metas previamente traçada a ser materializada, pois ela faz parte da essência da existência humana (Mariano, 2014). Está constitui uma entre tantas razões que justificam a precocidade das meninas em moçambique se casarem cedo, para além do factor pobreza.

A idade esteve positivamente associada à renda ao domicílio, neste estudo. Isso pode ser considerado um dado importante que adolescentes e jovens estejam a trabalhar para contribuir na renda familiar. Por exemplo, o Censo de 1997 mostrou que aproximadamente 35% de crianças e adolescentes em Moçambique exerciam alguma actividade para ajudar nos rendimentos familiares. Essa tendência era maior com a idade e tendo atingido 49,4% nas faixas etárias de 15 a 18 anos de idade. Nesse estudo a diferença entre sexo era muito pequena (INE, 2000). Este cenário, na concepção de Campos e Francischini (2003) mostra que o contexto de pobreza em que se encontram determinadas famílias, concorre para um discurso da inserção precoce dos adolescentes e jovens ao mercado de trabalho, naturalizando-o cujos promotores negam os evidentes prejuízos que advém desta entrada na actividade laboral.

Os resultados deste estudo mostraram que as variáveis auto-eficácia, auto-estima, expectativas para o futuro, relações com a comunidade, família, religião, escola e preconceito estiveram positivamente relacionados. Embora a relação entre auto-eficácia e auto-estima seja fraca, esses achados têm sido observados em outras pesquisas (p.ex.: Chen, et al. 2004; Luszczynska et al., 2005; Lightey Jr., Burke, Henderson, & Yee, 2006; Frank et al., 2010; Sbicigo et al., 2012), sugerindo que esses construtos tendem a estar associadas. A sua correlação positiva explica-se, pelo facto, dessas variáveis tem a ver com auto-avaliações gerais, constituídos por aspectos cognitivos e afectivos e motivacionais (Judge et al., 1998; Schwarzer & Jerusalem, 1995). No entanto, auto-eficácia e auto-estima estão intrinsecamente relacionadas com as características da personalidade que permitem explicar as diferenças entre as pessoas naquilo que seria a motivação, atitudes, aprendizagem entre outros aspectos. Em relação às expectativas sobre o futuro os resultados deste estudo estão

de acordo com Sbicigo et al. (2012), em que essa variável se correlacionou com auto-eficácia e auto-estima. Importa realçar que os adolescentes e jovens que apresentam níveis elevados destas variáveis, tende mais a ser persistentes nas suas tarefas, na aprendizagem e, se motivam mais para atingir os seus objectivos futuros (ex: concluir ensino médio, entrar na universidade, ter emprego e constituir família, entre outros). As correlações sobre expectativas para futuro deste estudo são francas. Isto se explica, pelo facto, de que a variável expectativa sobre o que será no futuro é uma componente que se difere de auto-eficácia geral, mesmo que as suas construções teóricas partam de uma base coerente (Sbicigo et al., 2012).

Alguns achados mostram ser menos ancorados em relação ao papel que a religião desempenha como factor de protecção diante de situação de vulnerabilidade social. Alguns mostram que indivíduos que se consideram altamente religiosos, tendem a ter comportamentos de risco em relação aos que menos ou não frequentam nenhuma crença ou doutrina. Neste estudo mostrou-se positivamente correlacionada com outras variáveis. Esses resultados são apoiados pelo estudo realizado por James (2002), em que encontrou correlação positiva entre auto-estima e apoio familiar, assim como a religiosidade e apoio dos membros da família, dando a entender que o apoio destes, permite com que os jovens mais religiosos construam positivamente a sua relação que advém da família. Murk (1995), por exemplo, afirmou que há uma relação entre os indivíduos que apresentam baixa auto-estima e comportamentos sexuais de risco. A religiosidade tem sido apontada como uma dimensão que actua indirectamente na vida dos adolescentes e jovens através dos seus pais (Marques et al., 2011). Assim, a adesão religiosa dos responsáveis pela família, aumenta a expectativa moral e a supervisão sobre os comportamentos dos filhos, que pode resultar na redução de exposição aos comportamentos de risco.

Evidências encontradas neste estudo sobre a satisfação do apoio da família com outras variáveis estão positivamente relacionadas, são consideradas importantes pelo seu impacto no desenvolvimento saudável dos jovens. Os mesmos achados foram observados na pesquisa realizada por Souza e Oliveira (2011) com jovens de baixa renda, na faixa etária de catorze aos 24 anos de idade, no Brasil.

O estudo mostrou ainda que os indicadores de factores e comportamentos de risco a violência no ambiente familiar foi elevada. Aproximadamente 27% relataram ter sofrido alguma ameaça ou humilhação. Com relação a soco ou surra em 24,5%. Estes dados corroboram em parte com os resultados obtidos no Brasil com adolescentes e jovens nas mesmas faixas etárias (Braga & Dell'Aglio, 2012; Colaço et al., 2013). Quanto ao consumo

de bebidas alcoólicas, os dados mostram que 33,3% ou quase três quarto da amostra ter usado alguma vez nas suas vidas bebidas alcoólicas, o tabaco e drogas ilícitas. Estudos similares apontam essa tendência dentro e fora do Brasil (Muza, Bettiol, Muccillo, & Barbieri, 1997; Junior et al., 2009; Costa & Dell'Aglio, 2011; Ribeiro 2011). Nesse aspecto, lembrando que a maioria dos participantes do estudo foi constituído por adolescentes dos 12 a 17 anos de idade. Diante destas constatações, pode se afirmar que o consumo precoce destas substâncias pode ser considerado como um factor de risco. Não obstante, o consumo de substâncias psicoativas por adolescentes e jovens pode ser considerado como indicador de vulnerabilidade individual, contextual e de risco.

A venda de bebidas alcoólicas, tanto em Moçambique como no Brasil, é proibida a menores de dezoito anos (BR, I Série, nº 80 de, 7 de Outubro de 2013). Não obstante, para além deste decreto, o consumo de substâncias precoce tem sido uma preocupação no cenário do contexto moçambicano, a partir dos relatos sobre o uso e consumo de drogas por parte dos adolescentes e jovens nas escolas públicas de Moçambique, através das constatações dos directores das escolas.

Quanto ao envolvimento aos comportamentos infraccionais, os resultados deste estudo apresentaram uma ligeira diferença nas três variáveis assaltou, roubou alguém e vendou drogas, com o estudo de Colaço et al. (2013) realizado no Brasil. Essa diferença é notável na variável roubar em que se verificou uma percentagem aproximadamente de 14% que afirmou ter praticado no presente estudo. Provavelmente este fenómeno tenha a ver com o nível sócio-económico dos pais seja baixo, levando-os ao cometimento desses tipos de actos infraccionais por parte dos jovens. Estes comportamentos tem a sua razão de ser, pelo facto, de que a maioria da população prisional em Moçambique é composta por adolescentes e jovens com idades abaixo de 26 anos. Por exemplo, em 2009, 61% dos prisioneiros eram jovens e mais de 80% tinham uma escolaridade abaixo da 7ª classe (Reisman & Lalá, 2012), ou seja, nem tinham o ensino fundamental completo. Este nível corresponde no sistema de educação brasileiro o ensino fundamental completo.

O envolvimento em comportamentos de risco, analisados a partir da perspectiva teórica de Bronfenbrenner (1996), realça-se que no processo de interacção envolve as características da pessoa e do ambiente. A percepção que se desenvolve ao nível do processo interactivo são os responsáveis por manifestação de competência dos seus membros ou da disfunção mediante aos apoios e a comunicação reciproca que se mantêm através da conectividade que é providenciado entre a pessoa e os diferentes sistemas desde à família, escola e à comunidade, que constituem modelos de imitação de valores sociais positivos e

morais a segui-los com vista a evitar o engajamento em comportamentos considerados de risco.

Os resultados deste estudo em relação aos factores e comportamentos com o sexo não foram verificadas diferenças entre homens e mulheres nas variáveis ter sofrido ameaças ou humilhação, soco ou surra, agressão com objectos. Estes achados se diferem do estudo realizado por Abaid (2013), com 113 adolescentes dos seus 12 a 18 anos de ambos os sexos, numa instituição de acolhimento em Porto Alegre. Nesse estudo, constatou-se que as meninas apresentaram taxas elevadas do que os meninos por terem sido vítimas de ameaças/humilhação, soco/surra, agressão, ter sido mexido os seus corpos sem permissão e estava estaticamente significativo, excepto na relação sexual forçada, que neste estudo aparece estatisticamente associado.

O estudo mostrou que as meninas apresentaram uma média alta de ter tido a experiência de gestação do que os meninos que teriam engravidado alguém e estando estatisticamente significativa. Esses resultados tem a razão de ser, pois, em 2011, cerca de dois terços das adolescentes em Moçambique, entre 15 a 19 anos eram sexualmente activas. Desta percentagem, 41% já estiveram casadas alguma vez e 36% já tinham sido mães ou estiveram grávidas (Arnaldo, Frederico, & Dade, 2014). A maternidade precoce tem sido associada a inúmeras consequências negativas, tanto para a própria adolescente, quanto para a criança. Estar grávida neste período de vida acarreta mudanças na vida da adolescente, gerando consequências biológicas, familiares e sociais, cujo impacto, podem se reflectir na vida desta e da sociedade. Há maior risco de ter alta pressão arterial, anemia, hemorragia, parto prematuro, nascimento de crianças de baixo peso ao nascimento, morte fetal, mortalidade perinatal, morbi-mortalidade materna e abortos clandestinos (Arnaldo et al., 2014). Para além, destas consequências existem as sociais que podem resultar em abandono temporário ou total por parte da menina a escola, associado a isso, reduzindo a possibilidade de inserção no mercado laboral formal. Diante destes factores podem concorrer para a manutenção do ciclo de pobreza (Nascimento, 2011; Pelloso, Carvalho, & De Souza, 2002). Em relação à saúde da própria adolescente a iniciação precoce da actividade sexual, para além, de gravidez precoce está associado ao risco de contrair doenças sexualmente transmissíveis. Vários motivos explicam esse tipo de comportamento, não uso de preservativo, por isso, às vezes, não conseguem avaliar as consequências adversas das suas acções. Em resultado disso, surgem gravidezes nas escolas, como consequência de relações sexuais desprotegidas, concorrendo para a transmissão do HIV. O estudo realizado por INSIDA (2009) em Moçambique constatou que 25% dos jovens de 15 a 24 anos de idade,

havia tido relações sexuais antes dos 15 anos de idade. Enquanto 9% das meninas e 15% dos meninos de 12 a 14 também disseram terem tido relações sexuais. Outros na faixa etária de 15 a 24 não casados, nesse intervalo 54% das mulheres e 62% dos homens afirmaram terem praticado relações sexuais nos últimos 12 meses anterior a pesquisa (INS & INE, 2010). Na perspectiva de Bronfenbrenner e Evans (2000), a gravidez precoce pode ser resultado dos processos de interação deficitária que são considerados como responsáveis em gerar mudanças decorrentes do processo de desenvolvimento entre a pessoa e o ambiente imediato. Nesta interação é responsável pela manutenção de comportamento desejável e disfuncional. No caso da gravidez precoce pode ser resultado da disfunção no micro-sistema que se traduziu em comportamento considerado de risco para a saúde dos adolescentes e jovens de ambos os sexos em que este fenômeno ocorreu, partindo de pressuposto à idade em que ficaram grávidas e engravidaram.

Apesar dessas possíveis consequências que podem advir de gravidez precoce, sugere que esse momento de gravidez na adolescência se configure como um marco importante nas suas vidas, servindo como um período de transição no ciclo de vida familiar, em que ela própria muda o seu *status* conjugal e a configuração familiar. A situação de gestão num período da adolescência constituiria aquilo que se considera de uniões estáveis, como uma maneira de estruturação familiar e de modo a assegurar os cuidados ao filho. Neste caso a reorganização familiar, que resulta da gravidez da adolescente, aparece como um aspecto de relevo para as pessoas com níveis sócio-econômicos relativamente baixos (Dias, Diniz, Neiva-Silva, & Koller, 2011).

Em relação ao suicídio constatou-se neste estudo que as meninas apresentaram uma percentagem elevada de ideação suicida do que os meninos e estando significativamente associada. Estes achados colaboram com inúmeras pesquisas em que se têm observado essa tendência (Avanci, Pedrão, & Costa Junior, 2005; Freitas & Botega, 2002; Zappe, 2014; Zappe & Dell'Aglio, 2016). O estudo conduzido por Zappe e Dell'Aglio (2016), observou-se que as meninas apresentaram uma média mais alta com ideação suicida do que os rapazes e estando significativa associada. As tentativas ao suicídio tem se relacionado com os factores psicossociais entre os adolescentes, por exemplo, gênero feminino, hábito de fumar diariamente, uso ilegal de drogas, consumo frequente de álcool, insatisfação de relacionamento com os pais, baixos níveis de auto-estima e apresentar altos indicadores de depressão e comportamentos anti-sociais (Braga & Dell'Aglio, 2013). O maior número de tentativas de cometer suicídio tende a ocorrer entre os adolescentes do sexo feminino (Abasse, Coimbra, Silva, & Souza, 2009; Kinyanda, Kizza, Ndyana-Bangi, & Abbo, 2011).

O sexo aparece como um factor moderador ao comportamento de risco, por ser mais frequente o suicídio entre meninas do que nos meninos.

Outro factor analisado foi número de vezes que foi expulso da sala ou da escola. Os rapazes apresentaram índices mais elevados comparativamente as meninas neste factor de risco. Esse resultado encontra apoio no estudo de Zappe e Dell'Aglio (2016), comparando os dois grupos de meninos e meninas observaram que os indivíduos do sexo masculino mostraram ter mais o comportamento anti-social do que as adolescentes. O comportamento anti-social, pode se expressar em expulsão da escola, assaltar, roubar entre outros, para além, de estar significativamente associado. O mesmo estudo citado encontrou percentagem maior no uso de substâncias nos rapazes do que nas meninas estando mais uma vez em concordância com o presente estudo.

Verificou-se que os indivíduos do sexo masculino apresentaram uma média alta no consumo de drogas ilícitas. Esses resultados estão de acordo com estudo de Zappe e Dell'Aglio (2016), em que observaram que o uso de substâncias psicoativas foi maior em jovens do sexo masculino do que aos do sexo feminino. Nesse estudo constatou-se que o uso destas drogas, as variáveis significativamente associadas foram à presença de eventos estressores, percepção negativa das relações com a escola, religião, ter amigo, familiar próximo que use drogas (Zappe & Dell'Aglio, 2016). Num outro estudo conduzido por Morais et al. (2010) com dois grupos de crianças e adolescentes com idades entre 11 a 18 anos, que viviam em situação de vulnerabilidade social. Destas crianças e adolescentes uns viviam em situação de rua e outros com as respectivas famílias. Os resultados do estudo apontado constatou que o grupo que morava junto as suas famílias relatou que os eventos estressores das suas vidas, como sendo, a obediência às ordens dos pais, ter brigas com os irmãos, ter reprovado na escola e morte de alguém próximo. Ainda neste estudo foram encontradas correlações positivas entre o número de eventos considerados estressores e as diferentes variáveis, como por exemplo, uso de drogas, comportamento suicida entre outros. Os eventos estressores que são encarrados principalmente pelos adolescentes neste período de várias mudanças aos níveis bio-psicossociais têm sido considerados factores de risco. Esses eventos podem estar associados às condições de pobreza, vivência de algum tipo de violência intrafamiliar, doença, perdas de figuras de vinculação (Pesce et al., 2004; Sapienza & Pedromônico, 2005). Neste estudo foram identificados altos índices de reprovações, cujos resultados idênticos foram encontrados no Brasil com adolescentes dos 11 a 24 anos (Alves, Zappe, Patias, & Dell'Aglio, 2015). O baixo desempenho escolar pode ter efeitos negativos na auto-estima desmotivando a sua dedicação aos estudos, concorrendo para a

estigmatização entre os colegas (Amparo, Galvão, Cardenas, & Koller, 2008; Marques e Dell'Aglio, 2013). A partir desses indicadores observou-se que os adolescentes e jovens reprovados têm uma percepção negativa em relação a sua ligação com a escola e conseqüentemente não deslumbram perspectivas risonhas para com o futuro devido ao fraco envolvimento.

No que se refere aos índices de auto-eficácia com base no sexo e factores e comportamento de risco com variáveis como ser vítima de ameaças ou humilhação, soco ou surra, agressão com objectos, abuso sexual, gravidez precoce, tentativa de suicídio, reprovação e expulsão da escola, uso de álcool no último ano e tabaco, drogas ilícitas, assaltar alguém, roubar ou vender drogas não foram encontradas diferenças entre adolescentes e jovens de ambos sexos com excepção ao item relação sexual forçada que esteve significativamente associada, onde as meninas tem uma média ligeiramente superior ao dos meninos. Esses resultados mostram-se diferentes do estudo levado a cabo por Zappe e Dell'Aglio (2016), analisando ao conjunto das variáveis envolvidas no engajamento em comportamento de risco por sexo. Tendo observado que os adolescentes foram os que mais se envolveram em comportamentos sexual de risco do que as meninas. As variáveis que contribuíram e estavam significativamente associadas para este tipo de comportamento foram à idade avançada, elevado nível de auto-eficácia, presença de eventos estressores, percepção negativa das relações com a escola, religião e violência intra-familiar.

Não foram encontradas diferenças nos índices de auto-eficácia entre homens e mulheres em outras variáveis com excepção em ser vítima de relação sexual forçada. Contrariamente, meninos e meninas que disseram não ter sido vítima os índices foram iguais em ambos os sexos. Estudos mostram o facto de ser menina há maior probabilidade de ser acometido pela violência sexual, do que menino, tanto na família, quanto no contexto comunitário. Assim, a taxa de prevalência deste fenómeno em meninas tem sido encontrada em outras pesquisas (Foshee, Benefield, Ennett, Bauman, & Suchindran, 2004; Habzigang & Camila, 2005; Howard, Wang, & Yan, 2007; Irwin & Rickert, 2005; Moraes, Cabral, & Heilborn, 2006; Pinheiro, 2006; Polanczyk, Zavaschi, Benetti, Zenke, & Gammerman, 2003). Outros estudos realizados no Brasil por Kristensen, Oliveira, e Flores (1999) com crianças e adolescentes que foram vítimas de violência sexual realizada em Porto Alegre, constatou-se nesta pesquisa que a maioria era do sexo feminino. A partir destas evidências encontradas em estudos citados foi a mesma tendência encontrada no presente estudo, em que os indivíduos do sexo feminino terem sido vítimas de relações sexuais forçadas.

Os participantes que disseram que não tiveram relação sexual forçada apresentaram índices baixos de auto-eficácia em ambos os sexos. Embora o nível seja baixo, esta variável, muitas vezes é considerada como factor de protecção diante dos riscos. Esta constatação pode ser entendida que a auto-eficácia geral tem sido considerada como aspecto que auxilia para a compreensão de comportamento de risco (Sbicigo et al., 2012). Estudos mostram, por exemplo, que a avaliação da auto-confiança na competência pessoal, surge como factor de protecção em contextos de risco, estando associado na preservação da saúde (Oei, Hasking, & Phillips, 2007).

Existe uma discussão na literatura sobre as diferenças de gênero em auto-estima nas três últimas décadas e não havendo consenso acerca da abordagem deste construto. A partir de 1990 as discussões sobre a temática deu a entender que existem fontes primárias sobre auto-estima entre os homens e mulheres. Por exemplo, neste estudo verificou-se que os adolescentes e jovens que tentaram suicidar-se apresentaram baixa auto-estima, tanto nos meninos, quanto nas meninas. Provavelmente, isso se deve ao facto de que, as pessoas que apresentaram baixa auto-estima, tendem a ter humor negativo, percepção de incapacidade, depressão, ansiedade social (Healtherton & Wyland, 2003), para além de demonstrarem ideação suicida (McGee & Williams, 2000). Diferentemente dos que não tentaram suicidar-se, pois estes se mostram com auto-estima e humor positivo, aspectos que explicam como essas pessoas têm uma percepção de eficácia nos vários domínios do seu funcionamento (Branden, 1994).

Em suma os estudos conduzidos no Brasil mostram que existe uma ligeira diferença de índices de auto-estima entre o gênero masculino e feminino na adolescência, onde tem mostrado escores relativamente superiores em jovens do sexo masculino (Romano, Negreiros & Martins, 2007; Santos & Maia, 2003), corroborando com os achados deste estudo, onde os homens apresentaram escores um pouco superior nas médias, tanto os que afirmaram ter tentado suicidar-se, quanto os que disseram não e assim verificou-se também em relação ao consumo de drogas ilícitas.

Os resultados sobre os índices da dimensão expectativas para o futuro, com base no sexo, factores e comportamentos de risco no presente estudo, os jovens que fizeram uso de tabaco no último ano apresentaram baixas expectativas do que os que não usaram e observou-se uma associação significativa. Esses dados diferem dos resultados de Abaid (2013), em que não se verificou nenhuma associação entre meninos e meninas nos índices de ajustamento psicossocial em relação às expectativas sobre o futuro.

Foram observadas diferenças de índices na dimensão comunidade por sexo, a partir dos factores e comportamentos considerados de risco e, esteve estatisticamente significativo. Estes resultados são similares encontrados por Costa e Dell'Aglio (2009), analisando o apoio na comunidade por sexo e foi significativo, onde a média dos homens foi maior do que a das mulheres. Alguns comportamentos que os adolescentes manifestam é resultado de uma reprodução social. O estudo realizado no Brasil por Costa e Dell'Aglio (2011), com jovens em situação de vulnerabilidade social, rede de apoio e uso de drogas com uma amostra de 7.316 de ambos os sexos, com idade entre catorze e os 24 anos de idade, observaram que havia uma relação entre o apoio familiar, escolar e da comunidade e o uso de drogas. Outro estudo desenvolvido por Zappe e Dell'Aglio (2016), constatou-se que o alto engajamento ao comportamento anti-social dos jovens do sexo masculino estava relacionado as diferentes variáveis, tais existência de eventos adversos, percepção negativa nas relações familiares, violência intra-familiar entre outras.

Os que já sofreram ameaças ou humilhação, soco ou surra, apresentaram baixos índices na dimensão família em ambos os sexos apesar de uma ligeira diferença das médias, onde os meninos estão com as médias relativamente acima e, está estatisticamente significativo. Diferentemente do que disseram não ter sido vítima, apresentaram altos índices na dimensão família. Esses achados são semelhantes que foram encontrados no estudo de Abaid (2013). Neste estudo observou-se que a dimensão família, esteve estatisticamente significativa com a relação sexual forçada. Contrariamente no estudo de Abaid (2013) em que não foi observada essa associação.

Com relação ao uso de álcool, mostrou-se que não houve diferença entre homens e mulheres. Dos que não usavam os homens tiveram médias mais altas que as mulheres e, esteve significativamente associado. Esses resultados parecem ser semelhantes do estudo efectuado por Zappe e Dell'Aglio (2016), em que observaram que o uso de substâncias como álcool e outras estavam associados ao comportamento sexual de risco, anti-social (por exemplo, assaltos e roubos). Embora tenha se verificado uma fraca intensidade de associação a família, este construto, tem sido considerado como um factor de protecção para adolescentes e jovens diante de eventos adversos. O consumo de álcool em idades precoce é considerado um factor de risco. Há quem considere que o apoio e a segurança oferecidos pela família constituem em certa medida atitudes consideradas exageradamente premissas e protectoras, vistas como satisfatoriamente pelos jovens. Nesse aspecto, essas atitudes demasiadamente permissivas de acolhimento que a família proporciona ao nível doméstico, poderiam ser consideradas como factores de risco (Souza & Oliveira, 2011).

Quanto aos índices na dimensão escola, com base no sexo, factores e comportamentos de risco, as variáveis que estiveram estatisticamente associadas foram de humilhação ou ameaça, ter levado soco ou surra, agressão com objecto, onde houve diferenças nos índices. Os homens apresentaram índices relativamente altos do que as mulheres. Esses resultados analisados considerando escore geral sem diferenciar a variável sexo são semelhantes aos encontrados por Braga e Dell'Aglio (2012), onde os adolescentes que se encontravam em instituições de acolhimento relataram ter sofrido mais violência no âmbito familiar. Analisada quanto a diferença por sexo, os resultados são contrários, pois, as meninas apresentaram uma prevalência maior. Por exemplo, no estudo desenvolvido por Poletto, Koller, e Dell'Aglio (2009), identificaram que a escola era considerada uma variável que estava associada aos eventos estressores cujo meninos apresentaram médias mais alta do que as meninas.

Os resultados obtidos neste estudo sobre os índices de tentativas de querer se matar foram significativos e altos na dimensão escola, foram encontrados no estudo no Brasil (Zappe & Dell'Aglio, 2016). Os autores observaram que o envolvimento em comportamento suicida dos jovens estava associado ao elevado nível de auto-eficácia, baixo nível de auto-estima, presença de eventos estressores, percepção negativa das relações com a escola e a família, presença de violências intra e extra-familiar e ter amigo próximo que usa drogas, tendiam a se envolver em comportamento suicida (Zappe & Dell'Aglio, 2016). São apontadas circunstâncias as quais, às vezes, a escola, representa potenciais riscos aos adolescentes, nomeadamente relações afectivas deficitárias entre professores e alunos, presença de comportamentos de estigmas entre alunos, ausências de práticas estimulantes, que estejam associados aos contextos sociais vividos pelos adolescentes, podem constituir como factores de riscos. Diferentemente dos que têm engajamento à escola e a vinculação a família têm sido considerados fundamentais e estruturantes para o desenvolvimento saudável de crianças e adolescentes (Matos, 2005; Morales & López-Zafra, 2009). Os adolescentes e jovens que não se engajam ou abandonam precocemente a escola perdem numerosas oportunidades para as suas vidas, possuindo menos oportunidades de desenvolverem o seu potencial, assim tornando-se mais vulneráveis à pobreza, à exploração, às doenças, com consideráveis repercussões negativas, tanto para si, como para futuras famílias e a sociedade em geral (UNICEF, 2003; WHO, 2002b, 2002c). A isso, se associa ao envolvimento em comportamentos anti-sociais, tais como o consumo de substâncias e actividade sexual precoce (Blum & Nelson-Mmari, 2004). Os jovens que se envolvem mais com a escola possuem mais possibilidades de ter sucessos académicos e tendem a adoptar

comportamentos mais saudáveis (Oddrun, Due, & Freeman, 2004) e se envolviam menos em comportamentos de risco (Murphey, Lamonda, Carney, & Duncan, 2004).

Foi verificado que os índices da dimensão religião com base no sexo, factores e comportamento de risco os rapazes apresentaram médias um pouco acima, tanto os que foram ou não vítima de ameaças ou humilhação, soco ou surra, do que as meninas. Quanto aos que afirmaram ter sido agredido pelo objecto as médias são iguais em ambos os sexos e, se diferem apenas em relação aos que disseram não, nas quais os rapazes apresentaram uma média acima. Em todas essas variáveis mostraram-se estatisticamente significativa. A diferença de índices de religiosidade encontrada neste estudo é idêntica de Cerqueira-Santos e Koller (2009), quando estudaram a dimensão psicossocial da religiosidade entre jovens brasileiros, onde observaram uma diferença significativa entre homens e mulheres. Para além, de terem observado que a média dos homens era maior que as das meninas. Nesse aspecto, existem investigações que demonstram que o crescente envolvimento dos adolescentes e jovens com a religião tem sido considerado como um papel fundamental para o desenvolvimento saudável durante a adolescência (Furrow, King, & White, 2004; Smith, Faris, Denton, & Regnerus, 2003; Wagener, Furrow, King, Leffert, & Benson, 2003). Para além, de a religião servir de código de conduta nesta etapa de desenvolvimento, a participação dos jovens em comunidades religiosas parece prover uma rede de apoio social, cujas prescrições imanadas no Livro Sagrado criarem um ditame de comportamento que podem afectar quando eles se envolverem em condutas de risco e nos seus indicadores de desenvolvimento saudável (Wagner et al., 2003).

Por fim, os índices da dimensão preconceito com base nas diferenças de sexo, factores e comportamento de risco, os jovens de ambos os sexos que sofreram ameaças ou humilhações, soco ou surra, agressão com objectos e ter sofrido abuso sexual apresentaram médias altas em relação aos que nunca sofreram preconceito. Esses resultados são apontados num estudo realizado por Rodrigues, Gava, Sarriera, e Dell'Aglio (2014), para avaliar a percepção de preconceito de dois grupos de adolescentes, uns que moravam junto a família e outros numa instituição de acolhimento. Nesse estudo, verificou-se que as médias dos adolescentes em situação de acolhimento institucional se mostraram mais elevadas do que das médias dos adolescentes que viviam com suas famílias. Apesar desse estudo não ter usado uma amostra de adolescentes em situação de acolhimento, a partir dos resultados sugerem que o adolescente e o jovem no contexto moçambicano, que as condições sociais desse grupo, podem estar fortemente marcados pelo preconceito e estigmatização social. As diferenças por sexo na dimensão preconceito, encontradas neste estudo, igualmente foi

observada, no estudo de Rodrigues et al. (2014), sendo que as mulheres apresentaram médias elevadas do que os homens. Estudos mostram que de um modo geral, o preconceito pode criar na pessoa questionamentos sobre seu próprio valor, por vezes, pode tornar-se ódio. O preconceito normalmente correlaciona-se com a depressão, baixa auto-estima, vergonha, culpa, medo, insegurança, ansiedade, queixas psicossomáticas, levando a sentimentos de solidão, frustração, isolamento social, dificuldade de manter relacionamentos amorosos, violência doméstica, comportamento de risco, abuso de álcool e drogas e comportamentos de ideação suicida (Nunam, 2010).

Com relação ao preconceito no contexto moçambicano é aspecto eminentemente urbano do que nas zonas rurais. Tendo o pressuposto da cultura africana e, em particular a moçambicana o preconceito e estigma em famílias de baixa renda economicamente nos parece que não se observa esse fenômeno. Nestas classes sociais as pessoas se unem em torno de objectivos comuns e são muito unidas nas diversas circunstâncias das suas vidas. Diferentemente nos centros urbanos é que este fenômeno está presente por mais diversificadas razões, nas diferentes faixas etárias, seja por questões da sua condição social, etnia ou tribo, língua materna, doença ou ainda por orientação sexual. Essa é a outra face da realidade no contexto moçambicano que está implicitamente presente nas mais diversificadas relações inter-pessoais que afecta a auto-estima de indivíduos de forma directa ou indirecta no seu quotidiano.

A discussão tida nesta parte da pesquisa permitiu aferir os principais riscos que estão associados aos níveis pessoais e contextuais. Ao nível pessoa constataram-se maiores riscos ao comportamento sexual, em consequência disso gravidezes, suicídios nas mulheres do que nos homens. Em relação a expulsões reprovações, ao consumo de substâncias psicoativas, drogas ilícitas e comportamentos anti-sociais os homens apresentaram altos níveis no envolvimento do que as mulheres. Ao nível do contexto, tanto os meninos, quanto as meninas foram vítimas de algum tipo de violência intra-familiar com maior destaque ao grupo de mulheres.

Na secção que segue desta tese procura trazer as considerações gerais dos Estudos I e II. As considerações finais visam traçar em linhas aquilo que se considerou como sendo as principais inferências decorrentes da pesquisa no seu todo, sem no entanto, deixar de referenciar aspectos considerados essenciais para cada estudo.

CAPÍTULO V – CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente tese buscou realizar tradução e adaptação transcultural do QJB e a validação das propriedades psicométricas em relação ao estudo I. O estudo II visou descrever os principais factores de risco individuais e ambientais que podem estar associados ao comportamento de risco em adolescentes e jovens no contexto moçambicano.

O QJB é um instrumento de origem brasileira, de auto-preenchimento para avaliar os comportamentos de risco, factores de risco e de protecção em adolescentes e jovens com idades compreendidas entre 12 a 24 anos de idade. Ao longo do processo de tradução/adequação do instrumento original para o adaptado foram efectuadas alterações aos vários níveis desde equivalência conceitual e de itens, semântica e operacional, que permitiram a compreensão do instrumento por parte dos respondentes. Esse processo foi concretizado, através de substituição de palavras ou conceitos com significados julgados diferentes por outros viavelmente compreensíveis dentro do contexto ao qual se destinava ser aplicado o novo instrumento. Este processo permitiu que às questões descontextualizadas, para além de serem substituídas, algumas consideradas inapropriadas foram eliminadas definitivamente do instrumento final, como foi descrito na secção da discussão dos resultados do estudo I.

A adequação do instrumento foi constatada a partir das análises realizadas segundo os critérios preconizados por Moraes (2001); Reichenheim e Moraes (2007); Beaton et al. (2007) e Avanci et al., (2007), no que se refere a avaliação das medidas de confiabilidade e validade da versão adaptada e comparar com a versão original. As escalas das diferentes dimensões (expectativas para o futuro, comunidade, preconceito, religião, escola e família) que compõem o instrumento original. Analisando os respectivos resultados obtidos para cada escala, a partir das análises das cargas factoriais, covariância e as respectivas consistências internas encontradas estão de acordo com os parâmetros que são relatados na maioria das pesquisas, particularmente no contexto brasileiro, do qual serviu de base para adaptação do instrumento actual.

Depois ter sido realizadas as AFE e AFC do QJM – adaptado, os resultados destes procedimentos estatísticos, indicaram que o instrumento apresentou boas cargas factoriais, preenchendo deste modo os pressupostos ou critérios relatados na maior parte da literatura científica da área. Na análise factorial confirmatória das escalas de auto-eficácia e de auto-estima evidenciaram igualmente bons índices de ajuste de propriedades psicométricas satisfatórias de validade e de fidedignidade.

A estrutura factorial, tanto das EAR, como de EAEP mostraram evidências de uma estrutura unidimensional. Particularmente, a estrutura de EAR deste estudo que é unidimensional está de acordo com os achados da literatura. Os estudos realizados no Brasil, têm evidenciados de igual modo uma tendência unidimensional destas mesmas escalas (Hutz, 2000, Santos & Maia, 2003) e divergindo com outros que apresentaram uma estrutura bifactorial (Avanci et al., 2007; Romano et al., 2007; Sbicigo et al., 2010). Apesar dessa divergência existente na literatura sobre obtenção de estruturas unidimensional e bifactorial, no Brasil, este estudo corrobora com estudo original de Rosenberg (1965), no que se refere à estrutura unifactorial da escala de auto-estima.

Em relação à escala de auto-eficácia, os resultados também demonstraram uma estrutura unidimensional semelhante à do Schwarzer e Jerusalem (1995), o que permite concluir que o presente estudo está de acordo com os propósitos dos autores de ser capaz de avaliar os construtos subjacentes de auto-estima e auto-eficácia em adolescentes e jovens no contexto em que foi adaptado.

Com base nestas inferências julga-se pertinente de que o instrumento adaptado está pronto para avaliar os comportamentos, factores de riscos e de protecção decorrentes na adolescência e juventude no contexto moçambicano. No entanto, apesar de existirem variações regionais entre as cidades onde decorreu o estudo, não foram verificadas incompreensões depois de ter sido aplicado o estudo- piloto e posteriormente administração definitiva do instrumento.

O estudo II teve como objectivo descrever os indicadores de factores e comportamentos de risco que estejam associados as variáveis individuais e contextuais. A partir dos resultados obtidos deste estudo mostraram que uma percentagem elevada de adolescentes e jovens pesquisados até a altura de colecta encontrava-se solteiros e mais que a metade dos participantes moravam juntos das mães e outra situada em menos de 50% com os pais. Esses dados mostram cada vez mais crescente essa tendência não só no Brasil, como em Moçambique resultante das novas configurações familiares, caracterizada por monoparentalismo, em que a mãe aparece como a principal figura responsável da família (Colaço et al., 2013).

Os maiores contribuintes da renda familiar era constituída pelos pais (pai versus mãe) como os mais destacados seguidos de outros que pressupõem que sejam irmãos/irmãs, tios, tias ou cunhados/cunhadas. Em relação à renda mensal, o estudo mostrou que o somatório dos salários desde o mais baixo até ao salário mínimo nacional, constitui a maioria dos participantes desta pesquisa. Com base nisso, inferiu-se que uma boa parcela

dos adolescentes e jovens ou seus pais/responsáveis recebem um salário mínimo ou abaixo disso. A partir desta constatação pode-se dizer que as condições de vida de onde são provenientes esses adolescentes e jovens parecem ser de extrema necessidade material e econômica.

Os níveis de instrução dos pais são baixos a maioria deles com ensino primário incompleto e completo, dados encontrados no censo de 2007 em que os níveis de formação principalmente da população feminina era inferior que a masculina (INE, 2007). Este factor permitiu concluir que a educação feminina no contexto moçambicano muitas vezes é relegada para segundo plano para as mulheres a favor dos indivíduos do sexo masculino.

O estudo inferiu também que apesar de proliferação de novas confissões religiosas no país, nesta pesquisa ficou evidente que a maioria dos participantes do estudo professa a religião Católica Romana. Essa evidência foi observada também a partir do censo populacional ocorrido em 2007, em que verificou-se que havia mais pessoas que professava o catolicismo do que as outras orientações religiosas (INE, 2007).

Os factores de protecção que foram identificados nesta pesquisa são o contexto social, considerado mais amplo, cuja conectividade entre apoio da família, dedicação à escola, relações com a comunidade, aparecem como aspectos que estão associados para o desenvolvimento de auto-estima, auto-eficácia, expectativas sobre o futuro dos jovens. Estas variáveis apareceram neste estudo como àquelas que estando associadas as características pessoais tiveram a função de serem moderadores ou *buffer* diante de possíveis riscos. Em parte, os resultados mostram que quanto maior a satisfação dos adolescentes e jovens através de percepção de apoios que provêm dos diferentes níveis de acolhimento e sentirem seguros nos contextos sociais desde a família, a comunidade, a escola, podem contribuir para que os jovens se sintam mais optimistas, tenham o sentido de vida, sentimento de fazerem parte e, terem perspectivas sobre o futuro (Souza & Oliveira, 2011). Deste modo, a família serve de suporte social na redução de estresse variando de acordo com o nível de auto-estima, em que um factor de protecção pode desencadear outro factor de protecção (Souza & Oliveira, 2011).

A pesquisa identificou como indicadores de factores e comportamentos de risco mais evidenciados pelos adolescentes e jovens que ocorrem nos contextos familiares foram ameaça ou humilhação, soco ou surra e agressão (Braga & Dell'Aglio, 2012; Colaço et al., 2013). A ocorrência destes eventos no contexto familiar pode expor ao risco e concorrerem para maiores probabilidades de efeitos indesejáveis ao desenvolvimento dos adolescentes (Velarde & Martinez, 2008). Esses eventos podem ter contribuído para a gestação precoce,

pensar em se matar ou tentar suicidar. Neste estudo encontrou uma elevada taxa de prevalência de meninas ou meninos que se engravidaram/esteve grávida e ter engravidado ainda em idades menores o que se esperava que nestas faixas etárias estivessem dedicados aos estudos. Esses dados encontram as suas evidências no Inquérito Demográfico e de Saúde de Moçambique (INE & MISAU, 2011).

Outra contribuição do estudo foi de que os contextos sociais em que se encontram os adolescentes e jovens participantes desta pesquisa têm contribuído para o consumo de bebidas alcoólicas, tabaco e outras drogas consideradas ilícitas, pois, os níveis do uso destas substâncias foram elevados. O consumo excessivo de substâncias psicoativas, como por exemplo, o álcool é considerado comportamento de risco à saúde e, é um problema de saúde pública (Junior et al., 2009). O consumo abusivo de álcool e de outras drogas, tanto na adolescência como em adultos é considerado comportamento de risco, tem estado relacionado ao envolvimento em violência, acidentes e comportamentos de risco (Junior et al., 2009).

Os comportamentos anti-sociais identificados no estudo foram elevados nas dimensões de reprovações, expulsão e assaltos com uma frequência baixa e venda de drogas. As reprovações encontradas neste estudo por serem elevadas podem revelar vários cenários possíveis. Um desses cenários a falta de condições económicas dos pais de manter os seus filhos no sistema de ensino e para o caso das meninas pode ter sido motivados pela gestação precoce. As reprovações retardam a progressão escolar e dificultando de certa maneira a inserção no futuro ao mercado de trabalho por falta de qualificações necessárias e por via disso melhorar as condições socio-económicas das famílias (Miguel, Rijo, & Lima, 2012).

Assim, este estudo procurando encontrar as relações existentes entre sexo e os factores e comportamentos de risco, contribuiu igualmente para compreensão das dinâmicas sociais dos adolescentes e das famílias. Foi evidente constatar que ser menina constitui como factor de risco do que ser menino. Neste estudo, observou-se que as meninas foram maiores vítimas de violência intra-familiar, designadamente abuso e relação sexual forçada, para além de tentativas de suicídios. Contrariamente aos meninos que apresentaram mais comportamento de risco no âmbito anti-social, como por exemplo, ter sido expulso da sala/escola e o consumo de drogas ilícitas. Essas evidências mostram as perspectivas teóricas que têm sido defendidas sobre a feminilidade e masculinidade de alguns comportamentos.

O presente estudo verificou que possuir altos níveis de auto-eficácia esteve relacionado em não ser vítima de relação sexual forçada por um lado. Por outro lado, os indivíduos que apresentaram baixos níveis de auto-eficácia foram vítimas de relação sexual

forçada. A ocorrência de gravidez entre os participantes foi mais notória nos indivíduos do sexo feminino do que homens que disseram terem engravidado. Mostrando mais uma vez evidente à questão de início precoce da actividade sexual pelos participantes, o que permitiu inferir que alguma parte da amostra estudada vive com companheiro/a.

Esta pesquisa aponta direcções semelhantes encontradas na literatura sobre o papel de auto-estima como factor de protecção. Tendo em conta um dos focos da pesquisa que era identificar factores de protecção, mesmo na adversidade, constatou-se que os indivíduos que levaram soco ou surra, quanto os que tiveram ideação suicida e o uso de drogas ilícitas, apresentaram baixa auto-estima em ambos os sexos, com índices de diferenças menores entre homens e mulheres. A auto-estima foi maior naqueles que não vivenciaram tais situações. O estudo ainda permitiu chegar a inferência de que os jovens que consumiram tabaco apresentaram expectativas mais baixas sobre o futuro do que os que não usaram.

Outro aspecto que surge como contributo para a compreensão à competência e disfunção são resultados da interacção entre características pessoais e ao ambiente percebido. Com base nessas interacções que ocorrem nestes ambientes, a partir dos achados identificou que o contexto constituiu como factor de risco para as práticas de ilícitos, como roubar. De igual modo, o contexto comunitário, a ausência de apoios está associada aos comportamentos desviantes dos adolescentes que se reflectiu em actos infraccionais.

A família que devia ser considerada um factor de protecção, às vezes, tem sido um lugar de risco para o desenvolvimento saudável dos adolescentes. Nela constatou-se que, tanto os meninos, quanto às meninas foram vítimas de violência no seio da família, com maior destaque ameaças ou humilhação, soco ou surra, nas quais os homens apresentaram valores relativamente superiores que as mulheres estando estatisticamente significativo. De igual modo, o estudo apesar de ter verificado que a maioria vítima de relação sexual forçada ser do sexo feminino, o mesmo apresentou dados inconclusivos. Pois, o mesmo constatou que também houve meninos vítimas de relação sexual forçada, cuja média comparada com as meninas apresentou-se relativamente superior estando significativamente associada. Os adolescentes que fizeram uso de álcool apresentaram índices mais baixos da sua ligação com a família do que os que não usaram. Isso também foi possível notar em relação aos jovens que assaltaram dos que não fizeram e, assim como os que praticaram roubo.

Na dimensão escola, de um modo geral mostrou que houve diferenças entre os ambos os sexos que foram vítimas de ameaças ou soco ou surra, algum tipo de agressão, tentativas de suicídio, consumo de drogas ilícitas e ter praticado assalto. Neste estudo observou que, tanto os que disseram terem passado por essas situações quanto os que não

passaram, os rapazes mostraram médias relativas superiores do que as mulheres apesar de dos índices significativamente baixos. Os dados obtidos a partir deste estudo sobre a religiosidade ajudam a compreender que apesar de os indivíduos admitirem serem crentes de alguma religião, apresentaram altos índices de factores e comportamentos considerados de risco desde ameaças ou humilhação, soco ou surra, agressão com objectos, assim como ter praticado roubo, em relação àqueles que não se consideram praticantes.

A partir dos dados da pesquisa constatou-se que os altos índices de preconceitos estiveram relacionados com algum tipo de violência, como por exemplo, ameaças ou humilhação, soco ou surra, agressão e abuso sexual. O preconceito concorre para a baixa de auto-estima e está relacionada com a depressão e pode induzir a um conjunto de comportamentos de riscos (Nunm, 2010). Enquanto aos índices sobre a sexualidade, mais uma vez, pode-se afirmar que as meninas são mais acometidas pela violência do que os meninos. Assim, conclui-se que as meninas foram mais propensas de serem violadas sexualmente.

O perfil que caracteriza o adolescente e jovem moçambicano, em termos de comportamentos, factor de risco e de protecção nas varias dimensões do seu funcionamento foram evidenciados que nos contextos ecológicos a existência de violência intra-familiar, na dimensão da saúde sexual e reprodutiva os adolescentes e jovens de ambos sexos apresentaram comportamentos de risco nesta área em relação à sua idade. Esses comportamentos manifestaram-se no início precoce de actividade sexual, resultando em grávidas e na maternidade e paternidade. Outro comportamento muito evidenciado e constatado a partir dos resultados é a ideação suicida que foi amplamente referido pelos adolescentes e jovens, principalmente pelas meninas. Em relação consumo de substâncias psicoativas e aos comportamentos anti-sociais, os factores de risco associados a este fenómeno na sociedade moçambicana tem a ver com a conectividade deficitária entre o adolescente e jovens na família, comunidade e escola. Esses elementos aparecem como eventos estressores que estiveram associados ao engajamento a esse tipo de comportamento.

Os factores protectores presentes em adolescentes e jovens moçambicanos se reflectiram através de altos escores de auto-eficácia, auto-estima, expectativa sobre o futuro, na sua conectividade com a família, com a escola e com a religião. Os indivíduos que apresentaram níveis de escores relativamente maiores nestas dimensões mostraram-se menos susceptíveis aos comportamentos de risco mesmo estando diante de risco e de vulnerabilidade social.

Os resultados obtidos a partir desta pesquisa permitirão chamar atenção a sociedade moçambicana e os decisores políticos sobre a necessidade de prestar maior atenção no desenho das políticas públicas viradas aos jovens. Atenção essa deve-se estar virada cada vez mais no investimento na educação e na saúde sexual e reprodutiva dos jovens, através de disseminação da importância da escola na formação do jovem moçambicano, como futuro membro pleno e activo da sociedade, em particular e, assim como faz parte do seu direito universal de receber educação de um modo geral. Com base nestes dados permitirá mapear os principais eventos estressores em que a maioria dos adolescentes e jovens no contexto moçambicano se encontram assolados pela extrema pobreza, incrementada por desemprego dos seus progenitores ou responsáveis, falta de oportunidade presente e futuro que faz deste grupo o mais vulnerável. Outro aspecto, que se achou importante é de que esses resultados poderão ajudar a traçar estratégias multi-sectoriais conjugadas entre o MISAU e MEDH para as campanhas de divulgação, prevenção e intervenção junto as escolas e comunidades sobre a necessidade de apostar na escola evitar a desistência e a iniciação precoce da atividade sexual, consumo de substâncias psicoativas e desencorajar a ideação suicida.

No que se refere ao diário de campo de pesquisa importa referir que os participantes relataram que o instrumento ora aplicado para a colecta de dados juntos aos adolescentes e jovens era extremamente fundamental. Na opinião da maioria dos participantes disse que o mesmo continha informações que abarcava conteúdos inerentes à sua idade e que faziam parte dos anseios e problemas do dia-a-dia dos adolescentes e jovens. Na percepção da maioria a questão da sexualidade, suicídio, consumo de substâncias psicoativas foram apontados como os principais desafios dos adolescentes e jovens questionados. Apesar dessa percepção positiva que uns julgaram pertinentes outros se referiram que o instrumento por eles preenchido era extremamente extenso e que lhes criou cansaço no acto de responder o mesmo.

Depois das inferências gerais do trabalho, considerou-se importante apontar algumas limitações da pesquisa. Tanto no estudo I quanto no II, às limitações verificaram-se em relação às idades ou faixas etárias que não foram homogêneas, abrangendo duas etapas diferentes, adolescentes e jovens. Esses dois grupos apresentam perspectivas diferentes, por exemplo, o seu engajamento à escola, perspectivas em relação ao futuro, ao trabalho. Essa análise parte do pressuposto de que cada grupo (adolescentes e jovens) se orientam a partir de perspectivas e objectivos diferentes, tendo em conta o seu nível de desenvolvimento cognitivo, o contexto social e sexo. Outra análise que se possa realizar é que adolescentes e jovens que provêm de famílias com menos poder económico parece que manter-se por um

longo período na escola não tem sido o mais comum. Por estas razões em que estariam por detrás de alguns dos jovens que se encontram nessas condições sociais, muitas das vezes são aconselhadas a procurar mais cedo a inserção laboral e conseqüentemente formar família.

Outra limitação do estudo está relacionado nesta pesquisa não poder ter explorado todas às variáveis que compõem o instrumento, como por exemplo, idade de início do primeiro consumo de bebidas alcoólicas, de relação sexual, uso de preservativo, número de vezes de tentativas de suicídio, números de filhos entre outras informações. Essas informações ajudariam muito mais a compreender a outra face do cotidiano, em termos de comportamento de risco subjacentes em que estariam envolvidos os adolescentes e jovens no contexto moçambicano.

Ainda no âmbito das limitações, poder-se-à apontar, o tempo previsto para a realização da tese. Durante os quatros anos quase é impossível, dar-se conta e capaz de realizar um trabalho como este, partindo do instrumento como é o caso do QJB que abarca de uma forma transversal várias dimensões da vida destes através de uma vasta quantidade de variáveis. Associado a essas limitações agrega-se ainda a limitação financeira que também constituiu outro factor de relevo que impediu para que não pudesse abarcar um número maior de amostra que seria o ideal, de modo que fosse a mais representativa possível da população jovem moçambicana nas cidades investigadas.

Por fim, espera-se que a partir desta tese mesmo que incipiente, os resultados apresentados possam espelhar a compreensão do fenómeno estudado, trazendo uma visão holística da realidade em que vivem a maioria de adolescentes e jovens de baixa renda, considerado como um grupo vulnerável socialmente. Esperando que trabalhos futuros sejam desenvolvidos com vista a mapear melhor os principais factores e comportamentos de risco, os quais permitirão comparações de adolescentes nas mais diversas situações bio-ecológicas.

REFERÊNCIAS

- Abaid, J. L. W. (2013). *Entre risco e proteção: ajustamento psicossocial de adolescentes em acolhimento institucional*. Tese de doutorado não publicado, Curso de Pós-graduação em Psicologia e Desenvolvimento, Universidade do Rio Grande de Sul, Porto Alegre, RS.
- Abasse, M.L.F.; Coimbra, R.; Silva, T.C.; Souza, E.R. (2009). Análise epidemiológica da morbimortalidade por suicídio entre adolescentes em Minas Gerais, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(1), 407-416.
- Achenbach, T. M. (1990). What is “development about developmental psychopathology? (pp.29-48). In J. Rolf, A. Masten, D. Cicchetti, K. Nuechterlein, & S. Weintraub (Eds.), *Risk and protective factors in the development of psychopathology*. New York: Guilford Press.
- Alegria, F. V. L., Schor, N., & Siqueira, A. A. F. (1989). Gravidez na adolescência: estudo comparativo. *Revista de Saúde Pública*, 23(6), 473-477. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89101989000600005>.
- Almeida, M. C. C., Aquino, E. M. L., & Barros, P. (2006). School trajectory and teenage pregnancy in three Brazilian state capitals. *Cadernos de Saúde Pública*, 22, 1397-1409.
- Alves, C. F. Zappe, J. G. Patias, N. D., & Dell’Aglio, D. D. (2015). Relações com a escola e expectativas quanto ao futuro em jovens brasileiros. *Nuances: estudos sobre Educação*, 26(1), 50-65. <http://dx.doi.org/10.14572/nuances.v26i1.3818>.
- Alves, K. T., Amparo, D. M., & Frajorge, K. C. (2006). Fatores de risco na adolescência: discutindo dados do df. *Paidéia*, 16(35), 377-384.
- Amparo, D. M., Galvão, A. C. T., Alves, P. B., Brasil, K. T., & Koller, S. H. (2008). Adolescentes e jovens em situação de risco psicossocial: redes de apoio social e fatores pessoais de proteção. *Estudos de Psicologia*, 13(2), 165-174.
- Amparo, D. M., Galvão, A. C. T., Cardenas, C., & Koller, S. H. (2008). A escola e as perspectivas educacionais de jovens em situação de risco. *Psicologia escolar e educacional*, 12(1), 69-88.
- Anderson, G. (2005). Family relations, adjustment and well-being study: In longitudinal of children in care. *Child & Family Social Work*, 10(1), 43-56.
- Andrade, E. A. & Tomasini, G. A. (2012). Resiliencia, factores de riesgo y protección en adolescentes mayas de yucatán: elementos para favorecer la adaptación escolar. *Acta Colombiana de Psicología*, 15(2), 53-64.

- Araujo, M., & Moura, O. (2011). Estrutura factorial da General Self-Efficacy Scale (Escala de Auto-Eficácia Geral) numa amostra de professores portugueses. *Laboratório de Psicologia*, 9(1), 95-105.
- Arnaldo, C. Frederico, M., & Dade, A. (2014). Tendências e factores associados à maternidade precoce em Moçambique. In B. M. Cau, & C. Arnaldo (Eds.). *Adolescentes e Jovens em Moçambique: uma Perspectiva demográfica e de saúde* (pp. 87- 110). Maputo: Centro de Pesquisa em População e Saúde-CESPA.
- Assembleia Geral das Nações Unidas (1985). *Regras mínimas das Nações Unidas para a administração da justiça de menores (Regras de Beijing)*. 1985. Acessado em 11 de November de 2016, em: http://www.gddc.pt/direitos_humanos/textos-internacionais-dh/tidhuniversais/dhaj-NOVOregrasBeijing.html.
- Atzaba-Poria, N., Pike, A., & Deater-Deckard, K. (2004). Do risk factors for problem behaviour act in a cumulative manner? An examination of ethnic minority and majority children through an ecological perspective. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45(4), 707-718.
- Avanci, R.C.; Pedrão, L. J., & Costa Júnior, M. L. (2005). Perfil do adolescente que tenta suicídio admitido em uma unidade de emergência. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 58(5), 535-539. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672005000500007>
- Avanci, S., Assis, S., Santos, N. & Oliveira, R. (2007). Adaptação transcultural da Escala de Autoestima de Rosenberg para adolescentes. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 20(3), 397-405.
- Bailey B. N., Delaney-Black, V., Hannigan, J. H., Ager, J., Sokol, R. J., & Covington, C. Y. (2005). Somatic complaints in children and community violence exposure. *Journal of Developmental Behavioral Pediatrics*, 26(5), 341-348.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.
- Bastos, A. C. S., Uripa, A. C. M., Pinho, L., & Filho, N. M. A. (1999). O impacto do ambiente familiar nos primeiros anos de vida: Um estudo com adolescents de uma invasão de Salvador, Bahia. *Estudos de Psicologia*, 4, 239-271.

- Beaton, D. Bombardier, C. Guillemin, F., & Ferraz, M. B. (2007). *Recommendations for the Cross-Cultural Adaptation of the DASH e Quick DASH outcome measures*. Institute for Work & Health.
- Bednar, R. & Peterson, S. (1995). *Self-esteem: paradoxes and innovation in clinical theory and practice*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Benard, B. (2004). *Resiliency what we have learned*. San Francisco: West Ed.
- Blum, R. W., Mcneely, C., & Nonnemaker, J. (2002). Vulnerability, risk, and protection. *Journal of Adolescent Health, 31*, 28-39.
- Blum, R.W., Nelson-Mmari, K. (2004). The Health of Young People in a Global Context. *Journal of Adolescent Health, 35*, 402-418.
- Boletim da República (2008). *I Série, Número 28 de 9 de julho de 2008*. Maputo: Imprensa Nacional.
- Boletim da República (2013). *I Série, Número 80 de 7 de outubro de 2013*. Maputo: Imprensa Nacional.
- Borsa, J. C. (2012). *Adaptação e validação transcultural do questionário de comportamentos agressivos e reativos entre pares (Q-CARP)*. Tese de Doutorado não publicada, Curso de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS.
- Borsa, J. C., Damásio, B. F., & Bandeira, D. R. (2012). Adaptação e validação de instrumento psicológico entre culturas: Algumas considerações. *Paidéia, 22*(53), 423-432.
- Braga, L. L., & Dell'Aglio, D. D. (2012). Exposição à violência em adolescentes de diferentes contextos: família e instituições. *Estudos de Psicologia, 17*(3), 413-420.
- Braga, L. L., & Dell'Aglio, D. D. (2013). Suicídio na adolescência: fatores de risco, depressão e gênero. *Contextos Clínicos, 6*(1):2-14.
- Bramlett M. D., & Blumberg, S. J. (2007). Family structure and children's physical and mental health. *Health Aff (Millwood), 26*(2), 549-558.
- Branden, N. (1994). *The six pillars of self-esteem*. New York: Bantam Books.
- Branden, N. (1998). *Auto-estima: como aprender a gostar de si mesmo*. São Paulo: Saraiva.
- Brasil. (1990). Estatuto da Criança e do Adolescente – Lei Federal 8069/1990. Brasília: Diário Oficial da União.
- Bronfenbrenner, U. (1986). Ecology of the family as a context for human development: Research perspectives. *Developmental Psychology, 22*, 723-742.

- Bronfenbrenner, U. (1996). *A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados*. Porto Alegre, Brasil: Artes Médicas. (Original publicado em 1979).
- Bronfenbrenner, U. (1997). Ecological models of human development. In M. Gauvain & M. Cole (Eds.), *Readings on development of children* (2nd ed., pp.3-8). New York: W.H. Freeman & Company.
- Bronfenbrenner, U. (1999). Environments in developmental perspective: Theoretical and operational models. In B. L. Friedmann & T. D. Wachs (Eds.), *Conceptualization and assessment of environment across the life span* (pp. 3-30). Washington, DC: American Psychological Association.
- Bronfenbrenner, U., & Ceci, S. (1994). Nature-nurture reconceptualized in developmental perspective: A bioecological model. *Psychological Review*, *101*, 568-586.
- Bronfenbrenner, U., & Evans, G. W. (2000). Developmental science in the 21st century: emerging questions, theoretical models, research designs and empirical findings. *Social Development*, *9*(1), 115-125.
- Bronfenbrenner, U., & Morris, P. (1998). The ecology of developmental processes. In W. Damon (Eds.), *Handbook of child psychology* (Vol. 1, pp. 993-1027). New York, NY: John Wiley & Sons.
- Brown, T. A. (2006). *Confirmatory factor analysis for applied research*. New York: The Guilford Press.
- Burke, J., Lobber, R., & Birmaher, B. (2002). Oppositional Defiant Disorder and Conduct Disorder: a review of the past 10 years, part II. *Journal Academic of Child adolescents. Psychiatry*, *41*(11), 1275-1293.
- Camacho, I., & Matos, M. G. (2012). Aventura social nas famílias. In M. G. Matos & G. Tomé (Eds). *Aventura social: Promoção de competências e do capital social para um empreendedorismo com saúde na escola e na comunidade* (pp. 126-139). Lisboa: Placebo.
- Camarano, A. A. (2006). *Transição para a vida adulta ou vida adulta em transição?* Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.
- Campos, H. R., & Francischini, (2003). Trabalho infantil produtivo e desenvolvimento humano. *Psicologia em Estudo*, *8*(1), 119-129.
- Carniel, E., F., Zanolli, M. L., Almeida, C. A. A., & Morcillo, A. M. (2006). Características das mães adolescentes e de seus recém-nascidos e fatores de risco para a gravidez na adolescência em Campinas, SP, Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, *4*, 419-426.

- Cau, B. M., & Arnaldo, C. (2014). *Adolescentes e Jovens em Moçambique: uma perspectiva demográfica e de saúde*. Maputo: Centro de Pesquisa em População e Saúde-CEPSA.
- Cecconello, A. M. (2003). *Resiliência e vulnerabilidade em família em situação de risco*. Tese de Doutorado não publicada, Curso de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS.
- Cecconello, A. M., & Koller, S. H. (2000). Competência social e empatia: um estudo sobre a resiliência com crianças em situação de pobreza. *Estudos de Psicologia*, 5(1), 71-93.
- Cecconello, A. M., Krum, F. M., & Koller, S. H. (2000). Indicadores de risco e de proteção no relacionamento mãe-criança e representação mental da relação de apego. *Psicologia*, 31(2), 81-122.
- Cerqueira-Santos, E. (2008). *Comportamento sexual e religiosidade: Um estudo com jovens brasileiros*. Tese de Doutorado não publicada, Curso de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS.
- Cerqueira-Santos, E., & Koller, S. H. (2009). A dimensão psicossocial da religiosidade entre jovens brasileiros. In R. M. C. Libório & S. H. Koller (Eds.), *Adolescência e juventude: risco e proteção na realidade brasileira* (pp.133-154). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Chen, G., Stanley, G. M. & Eden, D. (2004). General self-efficacy and self-esteem: Toward theoretical and empirical distinction between correlated self-evaluations. *Journal of Organizational Behavior*, 25(3), 375-395.
- Codo, W. (1992). *O que é alienação?* São Paulo: Brasiliense.
- Colaço, V. F. R., Germano, I. M. P., Miranda, L. L., Cordeiro, A. C. F., & Bonfim, Z. A. C. (2013). Conhecendo adolescentes e jovens de escolas públicas de Fortaleza: Concepção, método e procedimentos da pesquisa. In V. F. R. Colaço & A. C. Filgueiras (Eds.), *Adolescência e juventude: conhecer para proteger* (pp. 13 – 51). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Cole, D. A., Maxwell, S. E., Martin, J. M., Peeke, L. G., Seroczynski, A. D., Tram, J. M., Hoffman, K. B., Ruiz, M. D., Jacquez, F. & Maschman, T. (2001). *The development of multiple domains of child and adolescent self-concept: a cohort sequential longitudinal design*. *Child Development*, 72, 1723-1746.

- Conger, R. D., Ge, X., Elder, G. H., Lorenz, F. O., & Simons, R. L. (1994). Economic stress, coercive family process, and developmental problems of adolescents. *Child Development, 65*, 541-561.
- Conner, M. & Sparks, P. (1996). The theory of planned behaviour and health behaviour. In M. Conner, & P. Norman (Eds), *Predicting health behaviour. Research and practice with social cognition models* (pp.121-162). Buckingham: Open University Press.
- Coopersmith, S. (1967). *The antecedents of self-esteem*. San Francisco, CA: Freeman.
- Coopersmith, S. (1989). *Coopersmith Self-esteem Inventory*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
- Costa, A. M. (2012). *Auto-conceito e auto-eficácia em crianças/jovens institucionalizadas*. Dissertação do Mestrado não publicada em Psicologia Jurídica, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Fernando Pessoa, Porto, Portugal.
- Costa, L. G., & Dell'Aglio, D. D. (2009). A rede de apoio social em situação de vulnerabilidade social. In R. M. C. Libório & S. H. Koller (Eds.), *Adolescência e juventude: risco e proteção na realidade brasileira* (pp.219-263). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Costa, L. G., & Dell'Aglio, D. D. (2011). Jovens em situação de vulnerabilidade social: A rede de apoio e o uso de drogas. In D. D. Dell'Aglio, & S. H. Koller (Eds.). *Adolescência e juventude vulnerabilidade e contextos de proteção* (pp. 223-257). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Costello, A. B. & Osborne, J. W. (2005). Best practices in exploratory factor analysis: four recommendations for getting the most from your analysis. *Practical Assessment Research & Evaluation, 10*(7), 1-9 Available online: <http://pareonline.net/getvn.asp?v=10&n=7>.
- Cowen, E. L., & Work, W. C. (1988). Resilient children, psychological wellness and primary prevention. *American Journal of Community Psychology, 16*, 591-607.
- Cowan, P. A., Cowan, C. P. & Schulz, M. S. (1996). Thinking about risk and resilience in families. Em E. M. Hetherington & E. A. Blechman (Orgs.), *Stress, coping and resiliency in children and families* (pp. 1-38). New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Daeater-Deckard, K., Dodge, K. A., Bates, J. E., & Pettit, G. S. (1998). Multiple risk factors in the development of externalizing behavior problem: Group and individual differences. *Development and Psychopathology, 10*, 469-493.

- De Antoni, C. (2005). *Coesão e hierarquia em famílias com histórias de abuso físico*. Tese de Doutorado não publicada, Curso de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS.
- De Antoni, C., & Koller, S. H. (2000). Vulnerabilidade e resiliência familiar: um estudo com adolescentes que sofreram maus tratos familiares. *Psicologia, 1*, 39-66.
- De Antoni, C., Medeiros, F. B., Hoppe, M. M. W., & Koller, S. H. (1999). Uma família em situação de risco: resiliência e vulnerabilidade. *Interfaces: Revista de Psicologia, 2*(1), 81-85.
- Dell'Aglio, D. D., & Koller, S. H. (2011). *Adolescência e juventude: Vulnerabilidade e contextos de proteção*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Dell'Aglio, D. D., & Santos, L. L. (2011). Adolescência em situação de vulnerabilidade: Drogas, risco e resiliência. In E. A. Silva & D. Micheli (Eds.), *Adolescência uso e abuso de drogas: uma visão integrativa* (pp.231-255). São Paulo: Editora Fap-Unifesp.
- Dell'Aglio, D. D., Koller, S. H., Cerqueira-Santos, E., & Colaço, V. F. R. (2011). Revisando o questionário da juventude brasileira: Uma nova proposta. In D. D. Dell'Aglio, & S. H. Koller (Eds.) *Adolescência e juventude: Vulnerabilidade e contextos de proteção* (pp.259-333). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Delvan, J. S., Becker, A. P. S., & Braun, K (2010). Fatores de risco no desenvolvimento de crianças e a resiliência: um estudo teórico. *Revista de Psicologia da IMED, 2*(1), 349-357.
- Deslandes, S., Mendonça, E., & Caiaffa, W. D. D. (2002). As concepções de risco e de prevenção segundo a ótica dos usuários de drogas injetáveis. *Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 18*, 141-151.
- Dias, A. B., & Aquino, E. M. L. (2006). Maternidade e paternidade na adolescência: Algumas constatações em três cidades do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública, 22*, 1447-1458.
- Dias, A. C. G., Diniz, E., Neiva-Silva, L., & Koller, S. H. (2011). Apoio familiar e características psicossociais em adolescentes com experiência de gestação. In D. D. Dell'Aglio, & S. H. Koller (Eds.). *Adolescência e juventude vulnerabilidade e contextos de proteção* (pp. 195-221). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Diniz, E. (2009). *Gravidez durante a adolescência: Como se configura no Brasil e em Portugal?* Dissertação do Mestrado não publicada, Programa de Pós-Graduação em

Psicologia do Desenvolvimento, Instituto de Psicologia da Universidade do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS.

- Donnellan, M., Trzesniewski, K., Robins, R., Moffitt, T. & Caspi, A. (2005). Low self-esteem is related to aggression, antisocial behavior, and delinquency. *Psychological Science, 16*(4), 328-335.
- Donovan, J. E., Jessor, R., & Costa, F. M. (1988). Syndrome of problem behavior in adolescence: A replication. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56*, 762-765.
- Dowdell, E. B. (2002) Urban seventh graders and smoking: health risk behavior assessment. *Issues comprehensive Pediatric Nursing. Issues in Comprehensive Pediatric Nursing, 25*(4), p.217-229.
- Dunn, J., Slomkowski, C., Beardsall, L., & Rende, R. (1994). Adjustment in middle childhood and early adolescence: Links with earlier and contemporary sibling relationships. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 35*, 491-504.
- East, P. L., Matthews, K. L., & Felice, M. E. (1994). Qualities of adolescent mothers' parenting. *Journal of Adolescent Health, 15*, 163-168.
- Erikson, E. H. (1950). *Infância e sociedade*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Fabrigar, L. R., Wegener, D. T., MacCallum, R. C., & Strahan, E. J. (1999). Evaluating the use of exploratory factor analysis in psychological research. *Psychological Methods, 4*(3), 272-299.
- Feijó, R. B., & Oliveira, E. A. (2001). Comportamento de risco na adolescência. *Jornal de Pediatria, 77*(2), 125-134.
- Felix-Ortiz, M., & Newcomb, M. D. (1992). Risk and protective factors for drug use among Latino and White adolescents. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences, 14*, 291-309.
- Ferreira, M., & Marturano, E. (2002). Ambiente familiar e os problemas de comportamento apresentados por crianças com baixo desempenho escolar. *Psicologia: Reflexão e Crítica, 15*, 35-44.
- Forehand, R., Biggar, H., & Kotchick, B. A. (1998). Cumulative risk across Family stressors: Short- and long-term effects for adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*. Retirado em 20/07/2014, de www.findarticles.com.
- Foshee, V.A., Benefield, T.S., Ennett, S.T., Bauman, K.E., & Suchindran, C. (2004). Longitudinal predictors of serious physical and sexual dating violence victimization during adolescence. *Preventive Medicine, 39*, 1007-1016.

- França, M. B. (2002). *Fatores associados à iniciação sexual e reprodutiva na adolescência: um estudo para Belo Horizonte e Recife*. Dissertação de Mestrado não publicada, Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG.
- Frank, G., Plunkett, S. W. & Otten, M. P. (2010). Perceived parenting, self-esteem, and general self-efficacy of Iranian American adolescents. *Journal of Child and Family Studies*, 19, 738-746.
- Freitas, G.V.S.; Botega, N. J. 2002. Gravidez na adolescência: Prevalência de depressão, ansiedade e ideação suicida. *Revista da Associação de Medicina Brasileira*, 48(3), 245-249.
- Fukuda, C. C., Brasil, K. T., & Alves, P. B. (2009). Fatores de risco e proteção: considerações sobre gênero. In R. M. C. Libório & S. H. Koller (Eds.), *Adolescência e juventude: risco e proteção na realidade brasileira* (pp.107-131). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Fundação para o Desenvolvimento da Comunidade (2008). *Violência Contra Menores em Moçambique: revisão de literatura*. Maputo: KULA- Estudos e pesquisas Aplicadas, Ltda.
- Fundação para o Desenvolvimento da Comunidade (2009). *Lei n. 7, de 09 de julho de 2008. Lei de Promoção e Proteção do Direito da Criança. Coletânea de legislação nacional de protecção da criança*. Maputo: Fundação para o Desenvolvimento da Comunidade.
- Fundo das Nações Unidas para a Infância (2003). *Informe Annual*. Retirado em 12/12/2016, de: http://www.unicef.org/spanish/publications/files/pub_ar03_sp.pdf.
- Fundo das Nações Unidas para a Infância (2011). *Situação mundial da infância 2011: Adolescência Uma fase de oportunidades*. New York: UNICEF
- Fundo das Nações Unidas para a População (2014). *O poder de oito milhões: adolescentes e jovens moçambicanos na transformação do futuro*. Maputo/Moçambique: UNFPA.
- Fundo das Nações Unidas para a População (UNFPA, 2013). *Gravidez na Adolescência Moçambique: Desafios e respostas de Moçambique*. Moçambique: UNFPA.
- Furrow, J. L. King, P. E., White, K. (2004). Religion and positive youth development: Identify meaning, and prosocial concerns. *Applied Developmental Science*, 8(1), 17-26.

- Furstenberg, F. F., Cook, T. D., Eccles, J., Elder, G. H., & Sameroff, A. (1999). *Managing to make it: Urban families and adolescent success*. Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Garbarino, J., & Barry, F. (1997). The community contexts of child abuse and neglect. In J. Garbarino & J. Eckenrode (Eds.), *Understanding abusive families: ecological approach to theory and practice* (pp. 56-85). San Francisco: Jessey-Bass.
- Gardner, D. G. & Pierce, J. L. (1998). Self-esteem and self-efficacy within the organizational context. *Group and Organization Management*, 23, 48-70.
- Garnezy, N. (1993). Children in poverty: Resilience despite risk. *Psychiatry*, 56, 127-136.
- Gauy, F. V., & Junior, A. L. C. (2005). A natureza do desenvolvimento: Contribuições das teorias. In M. A. Dessen & A. L. C. Junior (Eds.), *A ciência do desenvolvimento humanas tendências atuais e perspectivas futuras* (pp. 53-70). Porto Alegre: Artmed.
- George, D. & Mallery, P. (2003). *SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference. 11.0 update* (4th ed.). Boston: Allyn & Bacon.
- Giacomoni, C. H. (2002). *Bem-estar subjetivo infantil: Conceito de felicidade e construção de instrumentos para avaliação*. Tese de doutorado não-publicada, Curso de Pós-graduação em Psicologia do Desenvolvimento, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS.
- Goldscheider, F., & Goldscheider, C. (1994). Leaving and returning home in 20th century America. *Population Bulletin*, 48(4), 2-4.
- Gonçalves, S. D. M. (2014). Perfil demográfico e socioeconômico dos adolescentes e jovens em Moçambique. In B. M. Cau, & C. Arnaldo (Eds). *Adolescentes e Jovens em Moçambique: uma perspectiva demográfica e de saúde* (pp. 29-60). Maputo: Centro de Pesquisa em População e Saúde-CEPSA.
- Gorman, K. S., & Pollitt, E. (1996). Does schooling buffer the effects of early risk? *Child Development*, 67, 314-326.
- Grunspun, H. (2002). Violência e resiliência: a criança resiliente na adversidade: Temas em Debate. *Bioética*, 10(1), 163-171. Retirado em 10/06/2014, em <http://scholar.google.com.br/scholar?hl=ptPT&q=Viol%C3%Aancia+e+resili%C3%Aancia%3A+a+crian%C3%A7a+resiliente+na+adversidade&btnG=&lr=>
- Grunspun, H. (2006). *Criando filhos vitoriosos: quando e como promover a resiliência*. São Paulo: Atheneu.

- Grupta, N. (2000). Sexual initiation and contraceptive use among adolescent women in northeast Brazil. *Studies in Family Planning*, 31(3), 228-238.
- Guareschi, N. M. F., Reis, C. D., Huning, S. M., & Bertuzzi, L. D. (2007). Intervenção na condição de vulnerabilidade social: um estudo sobre a produção de sentidos com adolescentes do programa do trabalho educativo. *Estudos e Pesquisas em Psicologia* 7(1), 17-27.
- Guillemin, F., Bombardier, C., & Beaton, D. (1993). Cross-Cultural Adaptation of Health-Related Quality of Life Measures: Literature Review and Proposed Guidelines. *Journal Clinic Epidemiology*, 46(12), 1417-1432.
- Guimarães, J. V. C. (2012). *Autoconceito, autoestima e comportamentos desviantes em adolescentes*. Dissertação do Mestrado não publicada, Instituto Universitário Ciências Psicológicas, Sociais e da vida, Portugal.
- Günther I. A, Günther H. (1998). Brasília pobres, Brasília ricas: perspectivas de futuro entre adolescentes. *Psicologia & Reflexão Crítica*, 11(2), 191-207.
- Guo, G., & Harris, K. M. (1999). The mechanisms mediating the effects of poverty on children's intellectual development. *Demography*, 37, 431-447.
- Habigzang, L. F., & Caminha, R. M. (2005). *Abuso sexual contra crianças e adolescentes: conceituação e intervenção clínica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Haggerty, R. J., Sherrod, L. R., Gamezy, N. & Rutter, M. (2000). *Stress, risk and resilience in children and adolescents: process, mechanisms and interventions*. New York: Cambridge University Press.
- Hair, Jr., Black, W. C., Babin, B. J., Anderson, R. E., & Tatham, R. L. (2006) *Multivariate Data Analysis* (6ª edição). Upper Saddle River, NJ: Pearson Prentice Hall.
- Hambleton, R. K. (2005). Issues, designs, and technical guidelines for adapting tests into multiple languages and cultures. In R. K. Hambleton, P. F. Merenda, & C. D. Spielberger (Eds.), *Adapting educational and psychological tests for cross-cultural assessment* (pp. 3- 38). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Hartup, W. W. (1996). The company they keep: Friendships and their developmental significance. *Child Development*, 67, 1-13.
- Harris, D. M., & Guten, S. (1979). Health-protective behavior: an exploratory study. *Journal of Health and Social Behavior*, 20, 17-29.
- Hawkins, J. D., Catalano, R. F., & Miller, J. Y. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin*, 112, 64-105.

- Hawkins, J. D., Herrenkohl, T. I., Farrington, D. P., Brewer, D., Catalano, R. F., Harachi, T. W., & Cothorn, L. (2000). Predictors of youth violence. *Juvenile Justice Bulletin*, 1-11. Retirado em 12/08/ 2014, de <https://www.ncjrs.gov>.
- Heatherton, T. F. & Wyland, C. (2003). Assessing self-esteem. Em S. Lopez and R. Snyder, (Eds). *Assessing positive psychology* (pp. 219-233). Washington, DC: APA.
- Heller, S. S., Larrieu, J. A., D'Imperio, R., & Boris, N. W. (1999). Research on resilience to child maltreatment. *Child Abuse and Neglect*, 23, 321-338.
- Herdman, M., Fox-Rushby, J., & Badia, X. (1998). A model of equivalence in the cultural adaptation of HRQol Instruments: The universalist approach. *Quality of Life Research*, 4, 323- 335.
- Hill, J. (2002). Biological psychological and social processes in the conduct disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43(1), 133-164.
- Hillesheim, B., & Cruz, L. R. (2008). Risco, vulnerabilidade e infância: algumas aproximações. *Psicologia & Sociedade*, 20(2), 192-199.
- Howard, D. E, Wang, M. Q., & Yan, F. (2007). Psychosocial factors associated with reports of physical dating violence among U.S. adolescent females. *Adolescence*, 42, 311-324.
- Hutz, C. S. (2000). *Adaptação brasileira da escala de auto-estima de Rosenberg*. Curso de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS. Mimeo.
- Hutz, C. S., & Zanon, C. (2011). Revisão da adaptação, validação e normatização da Escala de Autoestima de Rosenberg. *Avaliação Psicológica*, 10(1), 41-49.
- Hutz, C., & Koller, S. H. (1997). Questões sobre o desenvolvimento de crianças em situação de rua. *Estudos de Psicologia*, 2(1), 175-197.
- Igra, V., & Irwin, C. E. (1996). Theories of adolescent risk-taking behavior. In R. J. DiClemente, W. B. Hansen, & L. E. Ponton (Eds.), *Handbook of Adolescent Health Risk Behavior* (pp. 35-51). New York: Plenum Press.
- Infante, F. A. (2005). A resiliência como processo: Uma revisão de literatura recente. In A. Melillo & E. N. S. Ojeda (Eds). *Resiliência: Descobrimos as próprias fortalezas* (pp.23-38). Porto Alegre: Artemed.
- Instituto Nacional de Estatística (1999). *Segundo Recenseamento geral da população e habitação 1997*. Maputo: Instituto Nacional de Estatística.
- Instituto Nacional de Estatística (2000). *Crianças e adolescentes em Moçambique*. Maputo: Instituto Nacional de Estatística.

- Instituto Nacional de Estatística (2007). *Terceiro recenseamento geral da população e habitação*. Maputo: Instituto Nacional de Estatística.
- Instituto Nacional de Estatística e Ministério da Saúde (2012). *Inquérito Demográfico e de Saúde 2011(IDS)*. Maputo, Moçambique, INE/MISAU.
- Irwin, C. E., & Rickert, V. I. (2005). Coercive sexual experiences during adolescence and young adulthood: a public health problem. *Journal of Adolescent Health, 36*, 359–361.
- International Test Commission (2003). *Diretrizes para o uso de testes* (Instituto Brasileiro de Avaliação Psicológica, Trad.). Campinas. (Original publicado em 2000).
- International Test Commission (2010). *Guidelines of adapting test*. Retirado em 12/10/2016 em <http://www.intestcom.org/upload/sitefiles/40.pdf>.
- Jacques, M. G. C. (2003). Abordagem teórico-metodológicas em saúde/doença mental e trabalho. *Psicologia e Sociedade, 15*, 97-116.
- Jadue, G., Galindo, A., & Navarro, L. (2005). Factores protectores y factores de riesgo para el desarrollo de la resiliência encontrados en una comunidad educativa en riesgo social. *Estudios Pedagógicos, 31*(2), 43-55.
- James, R. (2002). *Correlation between adolescent self-esteem, religiosity, and perceived family support*. New Orleans: Loyola University.
- Jessor, R., Donovan, J. E. & Costa, F. (1990). Personality, perceived life chances and adolescent health behavior. Em Hurrelmann, K. & Lösel, F. (Org.), *Health hazards in adolescence* (pp. 25-410). New York: de Gruyter.
- Jessor, R. (1991). Risk behavior in adolescence: A psychosocial framework for understanding and action. *Journal of Adolescent Health, 12*(8), 597-605.
- Jessor, R. (1993). Successful adolescent development among youth in high-risk settings. *American Psychologist, 48*, 117-126. doi: 10.1037/0003-066X.48.2.117.
- Jessor, R., Turbin, M. S., & Costa, F. (1998). Protective factors in adolescent health behavior. *Journal of Personality & Social Psychology, 75*(30), 788–800.
- Jessor, R., Van Den Bos, J., Vanderryn, J., Costa, F. M., & Turbin, M. S. (1995). Protective factors in adolescent problem behavior: Moderator effects and developmental change. *Developmental Psychology, 31*(6), 923-933.
- Judge, T. A., Erez, A., & Bono, J. E. (1998). The power of being positive: The relation between positive self-concept and job performance. *Human Performance, 11*, 167-187.

- Junior, J.C. F. Nahas, M. V., Barros, M. V. G., Loch, M. R., Oliveira, E. S. A. De Bem, M. F. L. & Lopes A. S. (2009). Comportamentos de risco à saúde em adolescentes no Sul do Brasil: prevalência e fatores associados. *Revista Panam Salud Publica* 25(4), 344-352.
- Junior, L. G. (2007). *Vulnerabilidade e Resiliência entre adolescents e jovens vivendo com HIV/SIDA na cidade de Maputo, Moçambique*. Tese de doutorado não publicada, Programa de Pós-Graduação em Política Social da Universidade de Brasília, Brasil.
- Kaiser, H.F. (1960). The application of electronic computers to factor analysis. *Educational and Psychological Measurement*, 20, 141-151.
- Kasl, S. V., & Cobb, S. (1966) "Health behavior, illness behavior, and sick-role behavior." I. and II. *Archives of Environmental Health* 12(246-66), 531-41.
- Kinyanda, E.; Kizza, R.; Levin, J.; Ndyabangi, S.; Abbo, C. (2011). Adolescent suicidal Adolescent suicidality as seen in rural northeastern Uganda. *Crisis*, 32(1), 43-51. <http://dx.doi.org/10.1027/0227-5910/a000059>.
- Koller, S. H. (2000). Violência doméstica: Uma visão ecológica, In Amencar, UNICEF (Eds), *Violência doméstica* (pp. 32-42). Brasília, DF: UNICEF
- Koller, S. H., Morais, N. A., & Cerqueira-Santos, E. (2009). Adolescentes e jovens brasileiros: Levantando fatores de risco e proteção. In R. M. C. Libório & S. H. Koller (Eds.), *Adolescência e juventude: risco e proteção na realidade brasileira* (pp.17-56). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Kristensen, C. H., Dell'Aglio, D. D., Leon, J. S., & D'Incao, D. B. (2004). Análise da frequência e do impacto de eventos estressores em uma amostra de adolescentes. *Interação*, 8, 45-55.
- Kristensen, C. H., Oliveira, M. S., & Flores, R. Z. (1999). Violência contra crianças e adolescentes na grande Porto Alegre - Parte B: pode piorar? In Associação de Apoio à Criança e ao Adolescente - AMENCAR (Org.), *Violência doméstica* (pp. 104-117). Brasília: UNICEF.
- Kvarme, L. G., Haraldstad, K., Helseth, S., Sorum, R. & Natvig, G. K. (2009). Associations between general self-efficacy and healthrelated quality of life among 12-13-year-old school children: A cross-sectional survey. *Health and Quality of Life Outcomes*, 7(85), 1-8.
- Langa, J. (2011). *Ser homem*. Maputo:Hopem-Rede homens pela mudança.
- Laros, J. A. (2005). O uso de análise fatorial: algumas diretrizes para pesquisadores. In: L.

- Pasquali,. (Org.). *Análise fatorial para pesquisadores* (pp.141-160). Brasília:LabPAM.
- Lassance, M. C. P. (2005). Adultos com dificuldades de ajustamento ao trabalho: Apliando o enquadre da orientação vocacional de abordagem evolutiva. *Revista Brasileira de Orientação Profissional*, 6(1), 41-51.
- Libório, R. M. C., & Castro, B. M. (2009). Juventude e sexualidade: educação afetivo-sexual na perspectiva dos estudos da resiliência. In R. M. C. Libório & S. H. Koller (Eds.), *Adolescência e juventude: risco e proteção na realidade brasileira* (pp.185-217). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Libório, R. M. C., Coêlho, A. E. L., & Castro, B. M. (2011). Escola: risco ou proteção para adolescentes e adultos jovens? In D. D. Dell'Aglio & S. H. Koller (Eds.), *Adolescência e juventude vulnerabilidade e contextos de proteção* (pp.109-137). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Lightsey Jr., O., Burke, M., Ervin, A., Henderson, D. & Yee, C. (2006). Generalized Self-efficacy, self-esteem, and negative affect. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 38, 72-80.
- Lima, S. M., & Minayo-Gomes, C. (2003). Modos de subjetivação na condição de aprendiz: Embates atuais. *História, Ciências e Saúde: Manguinhos*, 10, 931-953.
- Longo, L. A. F. B. (2001). *Prevenir ou remediar? Um estudo das práticas contraceptivas entre as mulheres de 15 a 24 anos no Brasil*. Dissertação do Mestrado não publicada, Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG.
- Luszczynska, A., Gutiérrez-Dõna, B. & Schwarzer, R. (2005). General self-efficacy in various domains of human functioning: Evidence from five countries. *International Journal of Psychology*, 40, 80-89.
- Luthar, S. (1993). Annotation: Methodological and conceptual issues in research on childhood resilience. *Journal of Child Psychology and Psychiatric*, 34, 441-453.
- Luthar, S. S., Cichetti, D., & Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines of future work. *Child Development*, 7(3), 543-562.
- Luthar, S., & Zigler, E. (1991). Vulnerability and competence: A review of research on resilience in childhood. *American Orthopsychiatric Association*, 61(1), 6-12.
- Malvasi, P. A. (2008). ONGs, vulnerabilidade juvenil e reconhecimento cultural: Eficácia simbólica e dilemas. *Interface Comunicação, Saúde e Educação*, 12 (26), 605-617.

- Maia, J. M. D., & Williams, L. C. A. (2005). Fatores de risco e fatores de proteção ao desenvolvimento infantil: uma revisão da área. *Temas em Psicologia, 13*(2), 91-103.
- Margullis, M., & Urresti, M. (2008). La juventud es más que una palabra. In Mergullis (Eds), *La juventud es más que una palabra: ensaios sobre cultura y juventud* (pp. 13-30). Buenos Aires: Biblos.
- Marques, L. F., Cerqueira-Santos, E., & Dell'Aglio, D. D. (2011). Religiosidade e identidade positiva na adolescência. In D. D. Dell'Aglio, & S. H. Koller (Eds.). *Adolescência e juventude vulnerabilidade e contextos de proteção* (pp. 77-108). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Marques, L.; Dell'aglio, D. D. (2013). Relações com a escola e fatores psicossociais positivos na adolescência. In: D. D. Dell'aglio, & S. H. Koller (Ed.). *Adolescência e juventude: vulnerabilidade e contextos de proteção* (pp.81-102). São Paulo: casa do Psicólogo.
- Mariano, E. (2014). A idade sexual e reprodutiva das adolescentes e jovens: dinâmicas e contraste entre os discursos e a prática. In B. M. Cau, & C. Arnaldo (Eds.). *Adolescentes e Jovens em Moçambique: uma Perspectiva demográfica e de saúde* (pp.5- 29). Maputo: Centro de Pesquisa em População e Saúde-CESPA.
- Martín-Albo, J., Núñez, J., Navarro, J. & Grijalvo, F. (2007). The Rosenberg Self-Esteem Scale: translation and validation in university students. *The Spanish Journal of Psychology, 10*(2), 458-467.
- Martins, P. C. M. (2004). *Proteção de crianças e jovens em itinerários de risco: Representações sociais, modos de espaços*. Tese de Doutorado não publicada, Instituto de Estudos da Criança, Universidade do Minho, Portugal.
- Masten, A. S. (1999). Resilience comes of age: Reflections on the past and outlook for the next generation. In M. D. Glantz, J. L. Johnson (Eds), *Resilience and Development: Positive Life Adaptations* (pp.281-296). New York: Kluwe Acad./Plenum.
- Masten, A. S. (2001). Ordinary magic: Resilience process in development. *American Psychologist, 56*(3), 227-238.
- Masten, A. S. (2006). Development psychopathology: Pathways to the future. *International Journal of Behavioral Development, 30* (1), 47-54.
- Masten, A. S., & Coatsworth, D. J. (1998). The development of competence in favorable and unfavaroble environments: lessons from research on successful children. *American Psychologist, 53*(2), 205-220.

- Masten, A. S., & Garmezy, N. (1985). Risk, vulnerability and protective factors in developmental psychopathology. In B. B. Lahey & A. E. Kazdin (Eds.), *Advances in clinical child psychology* (V. 8, pp. 1-52). New York: Plenum Press.
- Masten, A. S., & Powell, J. L. (2007). A resilience framework for research, policy, and practice. In S. Luthar (Ed.), *Resilience and vulnerability. Adaptation in the context of childhood adversities* (pp. 1-25). U.S.A.: University Cambridge Press.
- Masten, A. S., Hubbard, J. J., Gest, S. D., Tellegen, A., Garmezy, N., Ramirez, M. (1999). Competence in the context of adversity: Pathways to resilience and maladaptation from childhood to late adolescence. *Development and Psychopathology*, 11, 143-169.
- Masten, A.S., & Gewirtz, A. H. (2005). Vulnerability and resilience in early child development. In K. McCarthey & D. Phillips (Eds.), *Blackwell handbook of early childhood development*. Blackwell Reference Online. Retirado em 10/07/ 2014, de: http://www.blackwellreference.com.proxy.library.vanderbilt.edu/subscriber/tocnode?id=g9781405120739_toclevel_ss1-2.
- Matarazzo, J. D. (1984). Behavioral health: a 1990 challenge for health services professions. In J.D. Matarazzo, J.A. Herd, N.E. Miller & S.M. Weiss (Eds.), *Behavioral Health* (pp. 3.40). New York: John Wiley & Sons.
- Matos, M. (2005). Adolescência, saúde e desenvolvimento. In M. Matos (Eds) *Comunicação, Gestão de Conflitos e Saúde na Escola* (pp.27-39). Lisboa, Faculdade de Motricidade Humana.
- Matos, M., & Carvalhosa, F. S. (2001). *Violência na escola: Vítimas, provocadores e outros*. Lisboa: Equipa da Aventura Social, Faculdade de Motricidade Humana, HBSC. Retirado em 7/10/ 2014, de www.aventurasocial.com.
- McFarlane J. M., Groff, J. Y., O'Brien, J. A., & Watson, K. (2003). Behaviors of children who are exposed and not exposed to intimate partner violence: an analysis of 330 black, white, and Hispanic children. *Pediatrics*, 112(3), 202-207. Retirado em 05/07/2014 de: www.pediatrics.org/cgi/content/full/112/3/e202.
- McGee, R. & Williams, S. (2000). Does low selfesteem predict health compromising behaviours among adolescents? *Journal of Adolescence*, 23, 569-582.
- McIntyre, T. M., Soares, V. & Silva, S. (1997). Hábitos de saúde e comportamentos de risco na adolescência: Implicações para a prevenção. *Psicologia: Teoria Investigação e Prática*, 2: 219- 232.

- McLoyd, V.C. (1998). Socioeconomic disadvantage and child development. *American Psychologist*, 53, 185-204.
- McManus, R.P. Jr. (2002). Adolescent care: Reducing risk and promoting resilience. *Primary Care*, 29(3), 557-569.
- Miguel, R.; Rijo, D., & Lima, L. (2012). Fatores de risco para o insucesso escolar: A relevância das variáveis psicológicas e comportamentais do aluno. *Revista portuguesa de pedagogia*, 46(1), 127-143.
- Miller, W., & Thoresen, C. E. (2003). Spirituality, religion and health: An emerging research field. *American Psychologist*, 58(1), 24-35.
- Minayo, M. C. S., & Adorno, S. (2013). Risco e (in) segurança na missão policial. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(3), 585-593.
- Ministério da Educação e Cultura e Ministério da Saúde (2010). *Estratégia de promoção da saúde e prevenção de doença na comunidade escolar – 2010- 2016*. Retirado em 26/11/2016, de http://www.mec.gov.mz/POEMA/Biblioteca/MA-S2-Estrategia_saude_escolar_2010-2016.pdf.
- Ministério da Educação, & Cultura, Programa Geração Biz/United Nations Population Fund (MEC, PGB/FNUAP, 2007). *Prevenção do uso prejudicial de álcool e outras drogas no sector de educação e cultura*. Maputo: MEC, PGB/FNUAP.
- Ministério da Educação e Cultura (2012). *Plano Estratégico da Educação 2012-2016*. Maputo: Ministério da Educação e Cultura.
- Ministério da Juventude, & Desporto (2012). *Política Nacional da Juventude*. Maputo: MJD. Retirado em 06/07/2014, de: <http://www.mjd.gov.mz/index.php?...3%3Apolitica-da-juventude...1%3Apoliti...>
- Ministério da Saúde & Instituto Nacional de Estatística (2011). *Inquérito Demográfico e de Saúde*. Maputo-Moçambique: MEASURE DHS/ICF International.
- Ministério da Saúde (2013). *Plano Estratégico do Sector da Saúde (PESS) 2014-2019*. Maputo: MISAU.
- Ministério da Saúde/Instituto Nacional de Saúde & Instituto Nacional de Estatística (2010). *Inquérito Nacional de Prevalência, Riscos Comportamentais e Informação sobre o HIV e SIDA em Moçambique 2009*. Maputo: INS/ INE.
- Ministério da Saúde (2001). *Departamento de saúde de Comunidade: Repartição de saúde familiar, escolar e adolescente*. Maputo: Ministério da Saúde.

- Montgomery, S. M., Bartley, M., J., & Wilkinson R. G (1997). Family conflict and slow growth. *Archives of Disease in Childhood*, 77(4), 326-330. Retirado em 05/07/2014, de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1717349/>.
- Moraes, C. L., Cabral, C. S., & Heilborn, M. L. (2006). Magnitude e caracterização de situações de coerção sexual vivenciadas por jovens de três grandes capitais brasileiras: Porto Alegre, Rio de Janeiro e Salvador. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(7), 1493-1504.
- Moraes, C. L. (2001). *Aspectos metodológicos relacionados a um estudo sobre violência familiar durante a gestação como fator de propensão da prematuridade do recém-nascido*. Tese de Doutorado não-publicada, Curso de Pós- Graduação em Ciências, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, RJ.
- Morais, N. A. (2009). *Trajetórias de vida de crianças em situação de vulnerabilidade social: entre risco e a proteção*. Tese de doutorado não publicada. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Universidade federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS.
- Morais, N. A., & Koller, S. H. (2004). Abordagem ecológica do desenvolvimento humano, psicologia positiva e resiliência: ênfase na saúde. In S. H. Koller (Eds.), *Ecologia do desenvolvimento Humano: pesquisa e intervenção no Brasil* (pp.91-107). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Morais, N., Koller, S. H., & Raffaelli, M. (2010). Eventos Estressores e Indicadores de Ajustamento entre Adolescentes em Situação de Vulnerabilidade Social no Brasil. *Univesitas Psychologica*, 9(3), 787 -806.
- Morales, M. & López-Zafra, E. (2009). Inteligencia emocional Y rendimiento escolar: estado atual de la cuestión. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 41(1): 69-79.
- Murk, C. (1995). *Self-esteem: Research, theory, and practice*. New York: Springer.
- Murphey, D. A., Lamonda, K. H., Carney, J. K., & Duncan, P. (2004). Relationships of a brief measure of youth assets to health-promoting and risk behaviors. *Journal of Adolescent Health*, 34, 184-191.
- Muza, G. M., Bettiol, H., Muccillo, G. & Barbieri, M. A. (1997). Consumo de substâncias psicoativas por adolescentes escolares de Ribeirão Preto, SP (Brasil). I - Prevalência do consumo por sexo, idade e tipo de substância. *Revista de Saúde Pública*, 31(1): 21-29.
- Nascimento, M. G. (2011). “Adolescentes Grávidas: a vivência no âmbito familiar e social.” *Adolescência e Saúde* 8(4): 41-47.

- Negreiros, J. (1996). *Consumo de álcool e drogas nos jovens: estudo epidemiológico no Concelho de Matosinhos*. Portugal: Universidade do Porto.
- Noto, A., R., Sánchez, Z. V. M., & Moura, Y. G. (2011). Uso de drogas entre adolescentes brasileiros: padrões de uso e fatores associados. In E. A. Silva & D. Micheli (Orgs), *Adolescência uso e abuso de drogas: uma visão integrativa* (pp. 101-118). São Paulo: Editora FAP-UNIIFESP.
- Nunam, A. (2010). Preconceito internalizado e comportamento sexual de risco em homossexuais masculinos. *Psicologia Argumento* 28(62), 247 – 259.
- Oddrun, S., Dür, W., & Freeman, J. (2004). School (pp. 42-51). In C. Currie, C. Roberts, A. Morgan, R. Smith, W. Settertobulte, O. Samdal, (Orgs). *Young people's health in context – health behaviour in school-aged children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Oei, T. P. S., Hasking, P. & Phillips, L. (2007). A comparison of general self-efficacy and drinking refusal self-efficacy in predicting drinking behavior. *American Journal of Drug and Alcohol*, 33(6), 833-841.
- Ogden, J. (1996). *Health psychology: A textbook*. Buckingham: Open University Press.
- Ogden, J. (1999). *Psicologia da saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Oliveira, E. A. (1998). Modelos de risco na psicologia do desenvolvimento. *Psicologia e Pesquisa*, 14, 19-26.
- Organização Mundial da Saúde (2012). *Prevenção da violência sexual e da violência pelo parceiro íntimo contra a mulher, ação e produção de evidência*. Panamerican Health Organization, Washington, D.C. Retirado em 12/06/2014, de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44350/3/9789275716359_por.pdf.
- Organización Panamericana de la Salud. (1985). *La salud del adolescente y el joven em las Américas*. Washington: D.C., 1985.
- Osório, C., & Silva, T. C. (2008). *Buscando sentidos: Género e sexualidade entre jovens estudantes do ensino secundário, Moçambique*. Maputo: WLSA.
- Osório, C. (2007). *Abuso sexual no contexto da construção da sexualidade feminina In: Memórias do activismo pelos direitos humanos das mulheres*. Maputo: WLSA Moçambique.
- Paludo, S. S., & Koller, S. H. (2004). Inserção ecológica no espaço da rua. In S. H. Koller (Ed.), *Ecologia do desenvolvimento humano: pesquisa e intervenção no Brasil* (pp. 219-266). São Paulo: Casa do Psicólogo.

- Paludo, S. S., & Koller, S. H. (2005). Resiliência na rua: Um estudo de caso. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 21*(2), 189-195.
- Pasquali, L. (2009). Psicometria. *Revista Escola de Enfermagem, 43*(1) 992-999.
- Pechansky, F., Szobot, C., & Scivoletto, S. (2004). Uso de álcool entre adolescentes: conceitos, características epidemiológicas e fatores etiopatogênicos. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 26*(supl. 1), 14-17.
- Pellegrini, D. S. (1990). Psychosocial risk and protective factors in childhood. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics, 11*, 201-209.
- Pelloso, S. M. M. D. d. B., Carvalho, & E. A. De Souza. (2002). “O Vivenciar da Gravidez na Adolescência.” *Acta Scientiarum 24*(3): 775-781.
- Pereira, A. I. F. (2009). *Crescer em relação, estilos parentais educativos, apoio social e ajustamento: estudo longitudinal com crianças em idade escolar*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, Fundação para Ciência e a Tecnologia.
- Pesce, R. P., Assis, S. G., Avanci, J. Q., Santos, N. C., Malaquias, J. V., & Carvalhaes, R. (2005). Adaptação transcultural, confiabilidade e validade da escala de resiliência. *Caderno de Saúde Pública, 21*(2), 436 - 448.
- Pesce, R., Assis, S., Santos, N., & Oliveira, R. (2004). Risco e proteção: Em busca de um equilíbrio promotor de resiliência. *Teoria e Pesquisa, 20*(1), 35-143.
- Pessalacia, J. D. R., Menezes, E. S., & Massuia, D. (2010). A vulnerabilidade do adolescente numa perspectiva das políticas de saúde pública. *Revista - Centro Universitário São Camilo, 4*(4), 423-430.
- Pinheiro, P. S. (2006). World report on violence against children. *National Criminal Justice Reference Service*. Retirado em 23/12/2016, de <http://www.ncjrs.gov/App/Publications/abstract.aspx?ID=239950>.
- Poelen, E. A. P., Engels, R. C. M. E., Van Der Vorst, H., Scholte, R. H. J., & Velmurst, A. (2007). Best friends and alcohol consumption in adolescence: A within-family analysis. *Drug and Alcohol Dependence, 88*, 163-173.
- Polanczyk, G. V., Zavaschi, M. L., Benetti, S., Zenker, R., & Gammerman, P. W. (2003). Violência sexual e sua prevalência em adolescentes de Porto Alegre, Brasil. *Revista de Saúde Pública, 37*(1), 8-14.
- Poletto, M. Koller, S. H., & Dell’Aglío, D. D. (2009). Eventos estressores em crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade social de Porto Alegre. *Ciencia & Saúde Coletiva, 14*(2), 455-466.

- Poletto, M., & Koller, S. H. (2008). Contextos ecológicos: promotores de resiliência, fatores de risco e de proteção. *Estudos de Psicologia*, 25(3), 405-416. doi:10.1590/S0103-166X2008000300009.
- Raffaelli, M., Koller, S. H., Cerqueira-Santos, E., & Morais, N. A. (2007). Developmental risks and psychosocial adjustment among low-income Brazilian youth. *Development and Psychopathology*, 19, 565-584. doi: 10.1017/S0954579407070277.
- Reppold, C. T., Hutz, C. (2002). *Auo-estima entre adolescents de uam amostra não clínica: Prevalência, fatores influentes e subsídios para intervenção*. In *I Congresso Brasileiro Psicologia: Ciência e Profissão*. São Paulo: Anais
- Reichenheim, M. E., & Moraes, C. L. (2007). Operacionalização de adaptação transcultural de instrumentos de aferição usados em epidemiologia. *Revista de Saúde Pública*, 41(4), 665-673.
- Reis, A. O. A, & Oliveira-Monteiro, N. R. (2007). Sexualidade e procriação na ótica de jovens de periferias sócias e urbanas. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 17(2), 165-172.
- Reisman, L. Lalá, A. (2012). *Avaliação do crime e violência em Moçambique e recomendações para a redução da violência*. Southern Africa: Open society foundation Crime and Violence Prevention, Initiative.
- República de Moçambique (2015). *Estratégia Nacional de Prevenção e Combate dos Casamentos Prematuros em Moçambique 2016-2019*. Maputo: Moçambique. Retirado em 08/01/2017, de <http://www.unicef.org/mz/wp-content/uploads/2016/02/ESTRATEGIA-NACIONAL-DE-PREVENCAO-E-COMBATE-DOS-CASAMENTOS-PREMATUROS-EM-MOCAMBIQUE.pdf>.
- Reppold, C. T., Hutz, C. (2002). *Auto-estima entre adolescents de uma amostra não clínica:Prevalência, fatores influentes e subsídios para intervenção*. In *I Congresso Brasileiro Psicologia: Ciências e Profissão*. São Paulo: Anais
- Resnick, M. D., Harris, J., & Blum, R. W. (1993). *The impact of caring and connectedness on adolescent health and well-being*. Minneapolis: University of Minnesota-Children`s, Youth & Families consortium- Mcnamara alumni Center. Retirado em 4/10/2007, www.cyfc.umn.edu/schoolage/resources/caring.html ou em www.cyfc.umn.edu/adolescents/resources/caring.htm.
- Resnick, M., Bearman, P., Blum, R., Bauman, K. E., Harris, K. M., Jones, J., Tabor, J., Beuhring, T., Sieving, R. E., Shew, M., Ireland, M., Bearinger, L. H., & Udry, J. R.

- (1997). Protecting adolescents from harm: Findings from the National Longitudinal Study on Adolescent Health. *Journal of the American Medical Association*, 278(10), 823–832.
- Ribeiro, A. (2011). *Padrões de consumo de substâncias psicoativas em estudantes de escolas secundárias da cidade de Maputo-Moçambique*. Dissertação do Mestrado integrado não publicada, Faculdade de Psicologia e de Ciências de Educação da Universidade do Porto, Portugal.
- Ribeiro, J. L.P. (2007). *Introdução à Psicologia da Saúde* (2.^a ed.). Coimbra: Quarteto Editora.
- Ribeiro, J. L. P. (2010). *Investigação e avaliação em Psicologia e saúde*. Lisboa: Placebo, Editora Lda.
- Ribeiro, J.L.P. (1998). *Psicologia e saúde*. Lisboa: ISPA.
- Rodrigues, A. L., Gava, L. L., Sarriera, J. C., Dell'Aglio, D. D. (2014). Percepção de preconceito e autoestima entre adolescentes em contexto familiar e em situação de acolhimento institucional. *Estudos em Pesquisa de Psicologia*, 14(2), 389-407.
- Romano, A., Negreiros, J. & Martins, T. (2007). Contributos para validação da Escala de Autoestima de Rosenberg numa amostra de adolescentes da região interior norte do país. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 8(1), 109-116.
- Rosemberg, F., & Mariano, C. L. S. (2010). A Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança: debates e tensões. *Caderno de Pesquisa*, 40(141), 693-728.
- Rosenberg, M. (1979). *Conceiving the self*. New York: Basic Book.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton: Princeton University Press.
- Rutter, M. & Sroufe, L. A. (2000). Developmental psychopathology: concept and challenges. *Development and psychopathology*, 12, 265-296.
- Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Orthopsychiatric Association*, 57(3), 316-331.
- Rutter, M. (1993). Resilience: Some conceptual considerations. *Journal of Adolescent Health*, 14, 626–631.
- Rutter, M. (2007). Genetic influences on risk and protection. Implications for understanding resilience. In S. Luthar (Ed.), *Resilience and vulnerability. Adaptation in the context of childhood adversities* (pp. 489-509). USA: University Cambridge Press.

- Rutter, M., Silberg, J., O'Connor, T. G., & Simonoff, E. (1999a). Genetic and child psychiatry: I Advances in quantitative and molecular genetics. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40, 3-18.
- Rutter, M., Silberg, J., O'connor, T. G., & Simonoff, E. (1999b). Genetic and child psychiatry: II. Empirical research findings. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40, 3-18.
- Sameroff, A. J. (2000). Development systems and psychopathology. *Development and Psychopatology*, 12, 297-312.
- Sameroff, A. J., Seifer, R., Barocas, R., Zax, M., & Greenspan, S. (1987). Intelligence quotient scores of 4-year-old children: Social-environmental risk factors. *Pediatrics*, 79, 343-350.
- Sameroff, A.J., & Fiese, B. H. (2000). Transactional regulation: The developmental ecology in early intervention. In J. P. Shonkoff, & S. J. Meisels (Eds.), *Handbook of early childhood intervention* (2nd ed., pp. 135-159). Cambridge: Cambridge University Press.
- Sampson, R. J., Raudenbush, S., & Earls, F. (1997). Neighborhoods and violent crime: A multilevel study of collective self-efficacy. *Science*, 277, 918-924.
- Sánchez, E. & Barrón, A. (2003). Social psychology of mental health: the social structure and personality perspective. *The Spanish Journal of Psychology*, 6, 3-11.
- Sandler, I. N., West, S. G., Baca, L., Pillow, D. R., Gersten, J. C., Rogosch, F., Virdin, L., Beals, J., Reynolds, K. D., Kallgren, C., Tein, J., Kriege, G., Cole, E., & Ramirez, R. (1992). Linking empirically based theory and evaluation: The family bereavement program. *American Journal of Community Psychology*, 20, 491-521.
- Santos, J. B. (2006). *Redes sociais e fatores de risco e proteção para o envolvimento com drogas na adolescência: abordagem no contexto da escola*. Dissertação de Mestrado não publicada, Universidade de Brasília, Brasília. Retirado em 27/08/2014, de: <http://bdtd.bce.unb>.
- Santos, O. T. R. P. F. M. (2008). *Comportamentos de saúde e comportamentos de risco em adolescentes do ensino secundário: Ligações com a família, amigos e envolvimento com a escola*. Dissertação do Mestrado não publicada, Universidade Fernando Pessoa - Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, Porto, Portugal.
- Santos, P. & Maia, J. (2003). Análise factorial confirmatória e validação preliminar de uma versão portuguesa da Escala de Auto-Estima de Rosenberg. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 2, 253-268.

- Sapienza, G., & Pedromônico M. R. M. (2005). Risco, proteção e resiliência no desenvolvimento da criança e do adolescente. *Psicologia em Estudo*, 2, 209-216.
- Sbicigo, J. B. Teixeira, M. A. P. Dias, A. C., & Dell'Aglio, D. D. (2012). Propriedades Psicométricas da Escala de Autoeficácia Geral Percebida (EAGP). *Psicologia*, 43(2), 139-146.
- Sbicigo, J. B., Bandeira, D. R., & Dell'Aglio, D. D. (2010). Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR) validade fatorial e consistência interna. *Psico USF*, 15(395-403).
- Schenker, M., & Minayo, M. C. S. (2005). Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(3), 707-717.
- Scholz, U., Doña, B. G., Sud, S., & Schwarzer, R. (2002). Is general self-efficacy a universal construct? Psychometric findings from 25 countries European. *Journal of Psychological Assessment*, 18(3), 242-251.
- Schwarzer, R., & Hallum, S. (2008). Perceived teacher self-efficacy as a predictor of job stress and burnout: mediation analyses. *Applied Psychology*, 57, 152-171.
- Schwarzer, R. & Scholz, U. (2000). *CrossCultural Assessment of Coping Resources: The General Perceived Self-Efficacy Scale*. In: *Asian Congress of Health Psychology 2000*., Tokyo: Health Psychology and Culture.
- Schwarzer, R. (Ed.). (1992). *Self-efficacy: Thought control of action*. Washington, DC: Hemisphere.
- Schwarzer, R., & Hallum, S. (2008). Perceived teacher self-efficacy as a predictor of job stress and burnout: mediation analyses. *Applied Psychology*, 57, 152-171.
- Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (1995). Generalized Self-Efficacy Scale. In J. Weinman, S. Wright, & M. Johnston (Eds.), *Measures in health psychology: A user's portfolio. Causal and control beliefs* (pp. 35-37). Windsor, UK: Nfer-Nelson.
- Schwarzer, R., & Schmitz, G. (2004). Perceived self-efficacy as a resource factor in teachers. In M. Salanova, R. Grau, I. M. Martínez, E. Cifre, S. Llorens & M. Garcia-Renedo (Eds.), *Nuevos horizontes en la investigación sobre la autoeficacia* (pp. 229-236). Castelló de la Plana: Publicacions de la Universitat Jaume I.
- Seligman, M. E. P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55, 5-14.
- Semeroff, A. J. Seifer, R. Zax, M. & Barocas, R. (1987). Early indicators of developmental risk: Rochester Longitudinal Study. *Schizophrenia Bulletin*, 13, 383-394.

- Shaw, D. S., Owens, E. B., Vondra, J. I., Keenan, K., & Winslow, E.B. (1996). Early risk factors and pathways in the development of early disruptive behavior problems. *Development and Psychopathology*, 8, 679-699.
- Silva, C. R. & Lopes, R. E. (2009) Adolescência e juventude: entre conceitos e políticas públicas. *Cadernos de Terapia Ocupacional*, 17(2), 87-10.
- Simões, C. (2012). Resiliência, saúde e desenvolvimento. In M. G. Matos & G. Tomé (Eds). *Aventura social: Promoção de competências e do capital social para um empreendedorismo com saúde na escola e na comunidade* (pp. 20-50). Lisboa: Placebo.
- Simões, M. C. R. (2007). *Comportamentos de risco na adolescência*. Coimbra: Fundação Calouste Gulbenkian, Fundação para Ciência e a Tecnologia.
- Siqueira, A. C., Betts, M. K., & Dell'Aglio, D. D. (2006). A Rede de Apoio Social e Afetivo de Adolescentes Institucionalizados no Sul do Brasil. *Interamerican Journal of Psychology*, 40(2), 149-158.
- Smets, A.C., & Hartup, W. W. (1988). Systems and symptoms: Family cohesion/adaptability and childhood behavior problems. *Journal of Abnormal Psychology*, 16, 233-246.
- Smith, C. Faris, R., Denton, M. L., & Regnerus, M. (2003) Mapping American adolescent subjective religiosity and attitudes of alienation toward religion: A research report. *Sociology of Religion*, 64, 11-123.
- Snyder, C. R., & Shane, J. L. (2009). *Psicologia positiva: Uma abordagem científica e prática das qualidades humanas*. Porte Alegre: Artemed.
- Souza, D. P. O., & Martins, D. T. O. (1998). O perfil epidemiológico do uso de drogas entre estudantes de 1º e 2º graus da rede estadual de ensino de Cuiabá, Brasil, 1995. *Caderno de Saúde Pública*, 14(2), 391-400.
- Souza, I., & Souza, M. A. (2004). *Validação da escala de auto-eficácia geral percebida*. *Revista Universitária Rural de Ciências Humanas, Seropédica*, 26 (1-2), 12-18.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton: Princeton University Press.
- Souza, M. T. S., & Oliveira, A. L. (2011). Fatores de proteção familiares, situações de risco, comportamentos e expectativas de jovens de baixa renda. In D. D. Dell'Aglio, & S. H. Koller (Eds.) *Adolescência e juventude: Vulnerabilidade e contextos de proteção* (pp.47-75). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Sroufe, L. A. & Rutter, M. (1984). The domain of developmental psychopathology. *Child Development*, 55, 17-94.

- Steinberg, L., & Morris, A. S. (2001). Adolescent development. *Annual Review of Psychology*, 52, 83–110. DOI: 10.1891/194589501787383444.
- Stephoe, A., & Wardle, J. (1996). The European health and behaviour survey: The development of an international study in health psychology. *Psychology of Health*, 11, 49-73.
- Stevens G. (2006). Gradients in the health status and developmental risks of Young children: the combined influences of multiple social risk factors. *Matern Child Health Journal*, 10(2), 187-199.
- Straub, R. O (2014). *Psicologia de saúde uma abordagem biopsicossocial* (3ª edição). Porto Alegre: Artmed.
- Sudbrack, M. F. O., & Dalbosco, C. (2005). Escola como contexto de proteção: refletindo sobre o papel do educador na prevenção do uso indevido de drogas. *Anais do I Simpósio Internacional do Adolescente*. Retirado em 15/07/ 2014, de http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?pid=MSC0000000082005000200082&script=sci_arttext.
- Thomé, L. D. (2013). *Emerging adulthood in southern brazilians from differing socioeconomic status social and subjective markes*. Tese de Doutorado não publicada, Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento, Instituto de Psicologia da Universidade do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS.
- Thomé, L. D., Telmo, A. Q., & Koller, S. H. (2011). Inserção laboral: contexto e opinião sobre definições de trabalho. In D. D. Dell'Aglio & S. H. Koller (Eds.) *Adolescência e juventude: vulnerabilidade e contextos de proteção* (pp.17-45). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Trzesniewski, K., Donnellan, M. & Robins, R. (2003). Stability of self-esteem across the life span. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 205–220.
- Uriarte, J. de D. (2006). Construir la resiliencia en la escuela. *Revista de Psicodidáctica*, 11(1), 7-23.
- Velarde, M. & Martinez, P. (2008). Perspectiva temporal futura em adolescentes institucionalizados. *Revista de Psicologia*, XXVI(2), 256-276.
- Vivas, E. (1999). Estudios transculturales: uma perspectiva desde los transtornos alimentarios. Em S. M. Wechler, & R. S. Guzzo (Eds.), *Avaliação Psicológica: Perspectiva Internacional*. (2ª ed., pp. 463-481). São Paulo: Casa do Psicólogo.

- Wagener, L. M. Furrow, J. L., King, P. E., Leffert, N. & Benson, P. (2003). Religious involvement and developmental resources in youth. *Review of Religious Research*, 44(3), 271 – 284.
- Waiselfisz, J. (2002). *Mapa da violência III: os jovens do Brasil*. Rio de Janeiro: UNESCO, Instituto Ayrton Senna e Ministério da Justiça.
- Watarai, F. & Romanelli, G (2005). *Trabalho e identidade de adolescentes do sexo masculino de camadas populares*. In proceedings of the 1º Simpósio Internacional do Adolescente, São Paulo.
- Werner, E. E., & Smith, R. S. (1982). *Vulnerable but invincible: A study of resilient children*. New York: McGraw-Hill.
- Werner, E. E., & Smith, R. S. (2001). *Journeys from childhood to midlife: Risk, resilience and recovery*. New York: Cornell University Press.
- WHO - Organização Mundial da Saúde (2002a). *The world health report 2002*. Geneva, World Health Organization. Retirado em 26/08/2014, de <http://www.who.int/whr/2002/en/>.
- WHO- Organização Mundial de Saúde (2002b). *Mental health: evidence and research*. Geneva: World Health Organization.
- WHO - Organização Mundial de Saúde (2002c). *Prevention and promotion in mental health*. Geneva: WHO.
- WHO - Organização Mundial da Saúde (2005a). *Sexual relations among youth in developing countries*. Relatório técnico. World Health Organization.
- WHO - Organização Mundial da Saúde, Departamento de Saúde Mental e Uso de Substâncias (2005b). *Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice: a report of the World Health Organization*. Genebra: Autor. Retirado em 23/08/2014, de <http://apps.who.int/iris/handle/10665/42940>.
- WHO - Organização Mundial da Saúde. (2001). *The World health report 2001: Mental health: new understanding, new hope*. Geneva: World Health Organization. Retirado em 23/08/2014, de <http://www.who.int/whr/2001/en/>.
- WHO - Organização Mundial de Saúde (1986). *Carta de Ottawa para a promoção da saúde (Direcção-Geral de Saúde, Trad.)*. Versão portuguesa "Uma Conferência Internacional para a Promoção da Saúde com vista a uma nova Saúde Pública, 17-21 Novembro". Ottawa, Canada. Retirado em 17/09/2014, de <http://www.fmh.utl.pt/pt/licenciaturas/ciencias-do-desporto/plano-de-estudos/item/1214-222702?pl=4&rm=1>.

- WHO-Organização Mundial de Saúde (2009). *Initiatives to increase the use of health services by adolescents: From inception to large scale: the Geração Biz Programme in Mozambique*. Pathfinder International, WHO Press, Geneva.
- Yunes, M. A. M., & Szymansky, H. (2001). Resiliência: Noção, conceitos afins e considerações críticas. In J. Tavares (Ed.), *Resiliência e educação* (pp. 13-42). São Paulo: Cortez.
- Zappe, J. G. (2014). *Comportamento de risco na adolescência: aspectos pessoais e contextuais*. Tese de Doutorado não publicada, Programa de Pós-graduação em Psicologia de Desenvolvimento, Instituto de Psicologia da Universidade federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegres, RS.
- Zappe, J. G., & Dell’Aglío, D. D. (2016). Variáveis pessoais e contextuais associadas a comportamentos de risco em adolescentes. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 65(1), 44-52. DOI: 10.1590/0047-2085000000102.

ANEXOS

ANEXO A**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL****Instituto de Psicologia****Termo de Assentimento Livre Esclarecido para adolescente de 12 a 17 anos de idade**

1. Título do Estudo: Comportamento de risco, factores de risco e de protecção em adolescentes e jovens moçambicanos

Investigador principal
Mestre Alferes Ribeiro

2. Introdução: Caro aluno está sendo convidado a participar voluntariamente de uma pesquisa científica. O Termo de Assentimento Livre Esclarecido tem por meta esclarecer esta pesquisa, explicando resumidamente os seus objectivos, procedimentos, riscos e benefícios. A realização deste estudo justifica-se pelo facto de que no contexto moçambicano são quase inexistentes estudos que fazem levantamentos sobre riscos em que estão expostos adolescentes e jovens moçambicanos.

3. O presente tem como principal objectivo identificar os indicadores de comportamento de risco, factores de risco e de protecção em adolescentes e jovens. O levantamento destes comportamentos de risco e factores de risco na população jovem moçambicana permitirá sem dúvidas traçar estratégias específicas através de propostas de prevenção e intervenção em politicas sociais a este grupo de população. Os resultados desta pesquisa poderão contribuir de certa forma para ter um panorama geral do conjunto de comportamentos e factores de risco pelos quais os adolescentes e jovens poderão estar a expostos comprometendo a sua trajetória normal do desenvolvimento, tanto na saúde mental e física no futuro.

4. Ao aceitar participar desta pesquisa, você irá preencher um questionário que avalia diversos aspectos do seu comportamento e do ambiente em que se encontra inserido (familiar, escola, comunitário, etc.). A avaliação tem duração de aproximadamente 90 minutos.

5. Com esta pesquisa, objectiva identificar os indicadores de comportamento de risco, factores de risco e de protecção questões que estão relacionadas com a sua saúde psíquica e física. Desta forma, você estará contribuindo com a comunidade científica relacionada ao tema.

6. Os procedimentos dessa pesquisa têm risco mínimo. Possíveis inconveniências podem incluir cansaço físico e ou mental ou um pouco de ansiedade por ter que responder perguntas sobre seus sentimentos e comportamentos no dia-a-dia. Para minimizar ainda mais esses possíveis efeitos, os questionários apesar de ser relativamente longo todos os avaliadores receberão treinamento especializado na administração dos mesmos, com intuito de esclarecer eventuais dúvidas resultantes na incompreensão das questões a serem respondidas. Este estudo oferece risco mínimo para os participantes, já que os mesmos podem sentir um pouco de cansaço físico e ou mental ou um pouco de ansiedade por ter que responder perguntas sobre seus sentimentos e comportamentos no dia-a-dia.

7. Em participar neste estudo é de carácter exclusivamente voluntário, ou seja, não há remuneração pela participação.

8. Os dados obtidos somente serão usados para o fim previsto neste trabalho de pesquisa e qualquer outro uso terá que se solicitar o seu assentimento. As informações produzidas neste estudo serão mantidas em lugar seguro, codificadas e a identificação só poderá ser realizada pela equipe do projecto. Caso o material venha a ser utilizado para publicação científica, não serão utilizados nomes que possam vir a identificá-lo.

9. Caso tenha dúvidas, em qualquer momento do estudo você poderá obter mais informações sobre o estudo com investigador principal doutorando Alferes Ribeiro pelo telefone nº (+258) 8279933300-Localizado na Universidade Pedagógica em Maputo-Moçambique.

10. Todas as informações obtidas e opiniões emitidas por você serão tratadas de maneira confidencial pela equipe de pesquisa, sem que, com isto, você seja identificado. Os dados obtidos somente serão usados conforme os objectivos desta pesquisa e qualquer outro uso terão que se solicitar o seu assentimento prévio. Os dados publicados cientificamente, não serão utilizados nomes que possam vir a identificá-lo.

11. Você tem toda a liberdade para se recusar a participar ou mesmo para se retirar do estudo a qualquer momento em que desejar, sem qualquer penalidade, prejuízo ou necessidade de explicação.

Confirmando que li o conteúdo deste Termo de Assentimento Informado e aceitei participar voluntariamente deste estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus benefícios e desconfortos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que a minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente na minha participação, sabendo que poderei retirar o meu assentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízos.

Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, de forma livre e esclarecida, manifesto meu interesse em participar da pesquisa.

Assinatura da participante

Alferes Ribeiro
Investigador

Data ____/____/2016

ANEXO B**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL****Instituto de Psicologia****Termo de Consentimento Livre Esclarecido para Jovens de 18 a 24 anos de idade**

1. Título do Estudo: Comportamento de risco, factores de risco e de protecção em adolescentes e jovens moçambicanos

Investigador principal
Mestre Alferes Ribeiro

2. Introdução: Caro aluno está sendo convidado a participar voluntariamente de uma pesquisa científica. O Termo de Consentimento Livre Esclarecido tem por meta esclarecer esta pesquisa, explicando resumidamente os seus objectivos, procedimentos, riscos e benefícios. A realização deste estudo justifica-se pelo facto de que no contexto moçambicano são quase inexistentes estudos que fazem levantamentos sobre risco em que estão expostos adolescentes e jovens moçambicanos.

3. O presente tem como principal objectivo identificar os indicadores de comportamento de risco, factores de risco e de protecção em adolescentes e jovens. O levantamento destes comportamentos de risco e factores de risco na população jovem moçambicana permitirá sem dúvidas traçar estratégias específicas através de propostas de prevenção e intervenção em politicas sociais a este grupo de população. Os resultados desta pesquisa poderão contribuir de certa forma para ter um panorama geral do conjunto de comportamentos e factores de risco pelos quais os adolescentes e jovens poderão estar a expostos comprometendo a sua trajectória normal do desenvolvimento, tanto na saúde mental e física no futuro.

4. Ao aceitar participar desta pesquisa, você irá preencher um questionário que avalia diversos aspectos do seu comportamento e do ambiente em que se encontra inserido (familiar, escola, comunitário, etc.). A avaliação tem duração de aproximadamente 90 minutos.

5. Com esta pesquisa, objectiva identificar os indicadores de comportamento de risco, factores de risco e de protecção questões que estão relacionadas com a sua saúde psíquica e física. Desta forma, você estará contribuindo com a comunidade científica relacionada ao tema.

6. Os procedimentos dessa pesquisa têm risco mínimo. Possíveis inconveniências podem incluir cansaço físico e ou mental ou um pouco de ansiedade por ter que responder perguntas sobre seus sentimentos e comportamentos no dia-a-dia. Para minimizar ainda mais esses possíveis efeitos, os questionários apesar de ser relativamente longo todos os avaliadores receberão treinamento especializado na administração dos mesmos, com intuito de esclarecer eventuais dúvidas resultantes na incompreensão das questões a serem respondidas. Este estudo oferece risco mínimo para os participantes, já que os mesmos podem sentir um pouco de cansaço físico e ou mental ou um pouco de ansiedade por ter que responder perguntas sobre seus sentimentos e comportamentos no dia-a-dia.

7. Em participar neste estudo é de carácter exclusivamente voluntário, ou seja, não há remuneração pela participação.

8. Os dados obtidos somente serão usados para o fim previsto neste trabalho de pesquisa e qualquer outro uso terá que se solicitar o seu assentimento. As informações produzidas neste estudo serão mantidas em lugar seguro, codificadas e a identificação só poderá ser realizada pela equipe do projecto. Caso o material venha a ser utilizado para publicação científica, não serão utilizados nomes que possam vir a identificá-lo.

9. Caso tenha dúvidas, em qualquer momento do estudo você poderá obter mais informações sobre o estudo com investigador principal doutorando Alferes Ribeiro pelo telefone nº (+258) 8279933300-Localizado na Universidade Pedagógica em Maputo-Moçambique.

10. Todas as informações obtidas e opiniões emitidas por você serão tratadas de maneira confidencial pela equipe de pesquisa, sem que, com isto, você seja identificado. Os dados obtidos somente serão usados conforme os objectivos desta pesquisa e qualquer outro uso terão que se solicitar o seu assentimento prévio. Os dados publicados cientificamente, não serão utilizados nomes que possam vir a identificá-lo.

11. Você tem toda a liberdade para se recusar a participar ou mesmo para se retirar do estudo a qualquer momento em que desejar, sem qualquer penalidade, prejuízo ou necessidade de explicação.

Confirmando que li o conteúdo deste Termo de Consentimento Livre Esclarecido e aceitei participar voluntariamente deste estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus benefícios e desconfortos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que a minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente na minha participação, sabendo que poderei retirar o meu assentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízos.

Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, de forma livre e esclarecida, manifesto meu interesse em participar da pesquisa.

Assinatura da participante

Alferes Ribeiro
Investigador

Data ____/____/2016

ANEXO C

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

Instituto de Psicologia

Termo de Consentimento Livre Esclarecido para aos Senhores Pais ou Responsáveis do adolescente

1. Título do Estudo: Comportamento de risco, fatores de risco e de proteção em adolescentes e jovens moçambicanos

Investigador principal
Mestre Alferes Ribeiro

2. Introdução: Caro Pais ou Responsáveis pelo adolescente queremos pedir a si no sentido de dar o seu parecer/autorização sobre a participação do seu educando na presente pesquisa. O teu educando está convidado a participar voluntariamente de uma pesquisa científica. O Termo de Consentimento Livre Esclarecido tem por meta esclarecer esta pesquisa, explicando resumidamente os seus objectivos, procedimentos, riscos e benefícios. A realização deste estudo justifica-se pelo facto de que no contexto moçambicano são quase inexistentes estudos que fazem levantamentos sobre riscos em que estão expostos adolescentes e jovens moçambicanos.

3. A pesquisa tem como principal objectivo identificar os indicadores de comportamento de risco, factores de risco e de protecção em adolescentes e jovens moçambicanos. A identificação destes factores na população jovem moçambicana permitirá sem dúvidas traçar estratégias específicas através de propostas de prevenção e intervenção em politicas sociais a este grupo de população. Os resultados desta pesquisa poderão contribuir de certa forma para ter um panorama geral do conjunto de comportamentos e factores de risco pelos quais os adolescentes e jovens poderão estar a expostos comprometendo a sua trajectória normal do desenvolvimento, tanto na saúde mental e física no futuro.

4. Ao permitir a participar do seu educando nesta pesquisa, ele/a irá preencher um questionário que avalia diversos aspectos do seu comportamento e do ambiente em que se encontra inserido (familiar, escola, comunitário, etc.). A avaliação tem duração de aproximadamente entre 60 a 90 minutos.

5. Com esta pesquisa, objectiva identificar os indicadores de comportamento de risco e de factores de risco e de protecção questões que estão relacionadas com a sua saúde psíquica e física do seu educando. Desta forma, ele/a estará contribuindo com a comunidade científica relacionada ao tema.

6. Os procedimentos dessa pesquisa têm risco mínimo. Possíveis inconveniências podem incluir cansaço físico e ou mental ou um pouco de ansiedade por parte do seu educando, em ter que responder perguntas sobre seus sentimentos e comportamentos no dia-a-dia. Para minimizar ainda mais esses possíveis efeitos, o questionário apesar de ser relativamente longo todos os avaliadores receberam treinamento especializado para a administração, com intuito de esclarecer eventuais dúvidas resultantes na incompreensão das questões a serem respondidas.

7. A participação do seu educando neste estudo é de carácter exclusivamente voluntário, ou seja, não há remuneração pela participação.

8. Os dados obtidos somente serão usados para o fim previsto neste trabalho de pesquisa e qualquer outro uso terá que se solicitar o seu assentimento. As informações produzidas neste estudo serão mantidas em lugar seguro, codificadas e a identificação só poderá ser realizada pela equipe do pesquisa. Caso o material venha a ser utilizado para publicação científica, não serão utilizados nomes que possam vir a identificá-lo.

9. Caso tenha dúvidas, em qualquer momento sobre a participação do seu educando poderá obter mais informações sobre o estudo com investigador principal doutorando Alferes Ribeiro pelo telefone nº (+258) 8279933300-Localizado na Universidade Pedagógica em Maputo-Moçambique.

10. Todas as informações obtidas e opiniões emitidas pelo seu educando, serão tratadas de maneira confidencial pela equipe de pesquisa, sem que, com isto, ele/a seja identificado. Os dados obtidos somente serão usados conforme os objectivos desta pesquisa e qualquer outro uso terão que se solicitar o seu assentimento prévio. Os dados publicados cientificamente, não serão utilizados nomes que possam vir a identificá-lo.

11. O seu educando/filho tem toda a liberdade para se recusar a participar ou mesmo para se retirar do estudo a qualquer momento em que desejar, sem qualquer penalidade, prejuízo ou necessidade de explicação.

Confirmo que li o conteúdo deste Termo de Consentimento autorizo a(o) minha/meu educando/a: _____ (nome do participante)

fui informado dos objectivos e da justificativa desta pesquisa de forma clara e detalhada. Recebi informações sobre cada procedimento, dos riscos previstos e benefícios esperados. Ao assinar este Termo de Consentimento Livre Esclarecido, estou concordando com que o meu/minha educando(a) participe deste estudo.

Assinatura do responsável

Alferes Ribeiro
Investigador

Data ____/____/____2016

ANEXOS D**Termos de concordâncias da escola de Nampula**

ANEXO E**Termos de concordâncias da escola da Beira**

ANEXO F**Termos de concordâncias da escola de Maputo**

11. Você ou sua família recebe algum tipo de bolsa ou auxílio (bolsa de estudo, cesta básica, etc.)?

- a. Não b. Sim. c. Que tipo? (Marque mais de uma resposta se for o caso)
- a. Bolsa de estudo
b. Cesta básica
c. Outra _____

12. Qual é o grau de instrução do seu pai e da sua mãe? Marque com X:

		Pai	Mãe
a	Analfabeto		
b	Sabe ler, mas não foi à escola		
c	Ensino primário incompleto (7ª classe)		
d	Ensino primário completo (7ª classe)		
e	Ensino básico incompleto (10ª classe)		
f	Ensino básico completo (10ª classe)		
g	Ensino médio incompleto (12ª classe)		
h	Ensino médio completo (12ª classe)		
i	Superior incompleto (universitário)		
j	Superior completo (universitário)		
l	Pós-Graduação		
k	Não sei		

13. Sua escola/Universidade é...?

- a. Pública
b. Privada

14. Em que classe frequentas? 8ª(); 9ª(); 10ª(); 11ª(); 12ª()**15. Qual o turno em que você frequenta a escola**

- a. Manhã
b. Tarde
c. Noite
d. Manhã e de Tarde (Vice-versa)

16. Você já foi reprovado?

- a. Não
b. Sim c. Quantas vezes? _____

17. Você já foi expulso de alguma escola

- a. Não
b. Sim c. Quantas vezes? _____
d. Por quê? Brigas Faltas Outro: _____

RESPONDER ÀS QUESTÕES COLOCANDO X NUMA DAS ALTERNATIVAS

18. Por favor, marque com X no número que corresponde à sua opinião sobre as seguintes afirmativas:

- ① Discordo totalmente
② Discordo um pouco
③ Não concordo nem discordo

- ④ Concordo um pouco
⑤ Concordo totalmente

a	Eu me sinto bem quando estou na escola/universidade	① ② ③ ④ ⑤
b	Gosto de ir para a escola	① ② ③ ④ ⑤
c	Gosto da maioria dos meus professores	① ② ③ ④ ⑤
d	Quero continuar meus estudos nessa escola	① ② ③ ④ ⑤
e	Posso contar com meus professores	① ② ③ ④ ⑤
f	Posso contar com técnicos da escola (funcionários, director da turma ou director da escola)	① ② ③ ④ ⑤
g	Confio nos colegas da escola	① ② ③ ④ ⑤

19. Marque com um X TODAS as opções a seguir que estão relacionadas com a sua situação de trabalho remunerado:

a	<input type="checkbox"/> Nunca trabalhei
b	<input type="checkbox"/> Já trabalhei mas não trabalho atualmente
c	<input type="checkbox"/> Estou trabalhando
d	<input type="checkbox"/> Estou procurando trabalho
e	<input type="checkbox"/> Não estou procurando trabalho
f	<input type="checkbox"/> Trabalho em comércio (em loja, mercados, etc.)
g	<input type="checkbox"/> Trabalho na rua (vendendo coisas, reciclagem, engraxador, guarda ou limpando carros)
h	<input type="checkbox"/> Trabalho em casa (cuidado de crianças, limpando, passando, etc)
i	<input type="checkbox"/> Trabalho na agricultura, pecuária ou pesca
j	<input type="checkbox"/> Trabalho na área administrativa (<i>office-boy</i> , secretária, informática, etc.)
k	<input type="checkbox"/> Trabalho em indústria/fábrica
l	<input type="checkbox"/> Trabalho em outros lugares: _____
m	<input type="checkbox"/> Trabalho com carteira assinada
n	<input type="checkbox"/> Não trabalho com carteira assinada

20. Você alguma vez já teve que parar de estudar para trabalhar?

a. Não

b. Sim.

21. Se você trabalha atualmente:

a. Qual a sua renda mensal média proveniente de seu trabalho? _____ Meticais

b. Quantas horas por dia você dedica ao trabalho? _____ horas

22. Você tem alguém da sua idade que tem doença crônica (diabetes, SIDA, câncer, insuficiência renal, outra)?

a. Não

b. Sim; Qual? _____

23. Você tem algum problema mental/psicológico ou dos nervos?

a. Não

b. Sim c. Qual? _____

d. Você já procurou algum tipo de auxílio/tratamento? sim não

24. Você tem algum tipo de deficiência:

a. Não

b. Sim: Visual Auditiva Física Outra Qual? _____

25. Você participa de alguma das atividades abaixo? (Marque mais de uma resposta se for o caso)

a. Clube/equipa da sua escola

b. Grupo de escoteiros

c. Grupo ou movimentos religiosos

d. Grupos musicais (coral, bandas, etc.)

e. Grupo de dança, teatro ou arte

- f. () Grupos ou movimentos políticos
 g. () Grupo de trabalho voluntário
 h. () Equipe de futebol

26. Com relação à sua religião/doutrina/crença, você se considera: (Marque mais de uma se for o caso)

- a. () Não acredito em Deus (ateu) e () Evangélica
 b. () Sem religião (mas acredito em Deus) f () Muçulmana
 c. () Católico g () Outra
 d. () Protestante

27. Por favor, marque com X no número que melhor corresponde à sua opinião sobre as seguintes afirmativas:

- ① Nunca
 ② Quase nunca
 ③ Às vezes
 ④ Quase sempre
 ⑤ Sempre

a	A religião/espiritualidade tem sido importante para a minha vida	① ② ③ ④ ⑤
b	Costumo frequentar encontros, cultos ou rituais religiosos	① ② ③ ④ ⑤
c	Costumo fazer orações no dia-a-dia	① ② ③ ④ ⑤
d	Costumo ler livros sagrados no dia-a-dia (Bíblia, Alcorão, etc.)	① ② ③ ④ ⑤
e	Costumo agradecer a Deus pelo que acontece comigo	① ② ③ ④ ⑤
f	Peço ajuda a Deus para resolver meus problemas	① ② ③ ④ ⑤
g	Costumo fazer orações quando estou em momentos difíceis	① ② ③ ④ ⑤
h	Busco ajuda da minha instituição religiosa (igreja, na pessoa do padre, pastor e líder espiritual) quando estou em dificuldades	① ② ③ ④ ⑤
i	Sigo recomendações religiosas na minha vida diária	① ② ③ ④ ⑤

28. Agora vamos falar um pouco das suas relações com a família, especialmente entre você e seus pais (mãe, madrasta, pai, padrasto, ou outras pessoas que cuidam ou cuidaram de você).

Ao responder a estas questões, pense em diferentes momentos que a sua família passou e nas diferentes pessoas com quem você mora/morou.

- ① Discordo totalmente
 ② Discordo um pouco
 ③ Não concordo nem discordo
 ④ Concordo um pouco
 ⑤ Concordo totalmente

a	Costumamos conversar sobre problemas da nossa família	① ② ③ ④ ⑤
b	Meus pais raramente me criticam	① ② ③ ④ ⑤
c	Raramente ocorrem brigas na minha família	① ② ③ ④ ⑤
d	Quando estou com problemas, posso contar com a ajuda dos meus pais	① ② ③ ④ ⑤
e	Sinto que sou amado e tratado de forma especial pelos meus pais	① ② ③ ④ ⑤
f	Meus pais em geral sabem onde eu estou	① ② ③ ④ ⑤
g	Nunca sou humilhado por meus pais	① ② ③ ④ ⑤
h	Meus pais raramente brigam entre eles	① ② ③ ④ ⑤
i	Meus pais dão atenção ao que eu penso e ao que eu sinto	① ② ③ ④ ⑤
j	Meus pais conhecem meus amigos	① ② ③ ④ ⑤
k	Eu me sinto aceito pelos meus pais	① ② ③ ④ ⑤
l	Meus pais me ajudam quando eu preciso de dinheiro, comida ou roupa	① ② ③ ④ ⑤
m	Costumo conversar com meus pais sobre decisões que preciso tomar	① ② ③ ④ ⑤
n	Meus pais sabem com quem eu ando	① ② ③ ④ ⑤
o	Eu me sinto seguro com meus pais	① ② ③ ④ ⑤

29. Identifique situações que VOCÊ já viveu COM SUA FAMÍLIA, relacionadas aos eventos na primeira coluna e a seguir responda às questões:

Tipo de situação	A. Já aconteceu?	B. Em geral, com que frequência esta situação acontecia?	C. Em geral, o quão ruim foi para você esta situação?	D. Indique quem fez isto com mais frequência?
a) Ameaça ou humilhação	A <input type="checkbox"/> não B <input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> nunca <input type="checkbox"/> quase nunca <input type="checkbox"/> às vezes <input type="checkbox"/> quase sempre <input type="checkbox"/> sempre	<input type="checkbox"/> nada ruim <input type="checkbox"/> um pouco ruim <input type="checkbox"/> mais/menos ruim <input type="checkbox"/> muito ruim <input type="checkbox"/> horrível	A <input type="checkbox"/> mãe B <input type="checkbox"/> madrasta C <input type="checkbox"/> pai D <input type="checkbox"/> padrasto E <input type="checkbox"/> irmãos F <input type="checkbox"/> avós G <input type="checkbox"/> outros: _____
b) Soco ou bater	A <input type="checkbox"/> não B <input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> nunca <input type="checkbox"/> quase nunca <input type="checkbox"/> às vezes <input type="checkbox"/> quase sempre <input type="checkbox"/> sempre	<input type="checkbox"/> nada ruim <input type="checkbox"/> um pouco ruim <input type="checkbox"/> mais ou menos ruim <input type="checkbox"/> muito ruim <input type="checkbox"/> horrível	A <input type="checkbox"/> mãe B <input type="checkbox"/> madrasta C <input type="checkbox"/> pai D <input type="checkbox"/> padrasto E <input type="checkbox"/> irmãos F <input type="checkbox"/> avós G <input type="checkbox"/> outros: _____
c) Agressão com objeto (madeira, cinto, fio, cigarro, etc.)	A <input type="checkbox"/> não B <input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> nunca <input type="checkbox"/> quase nunca <input type="checkbox"/> às vezes <input type="checkbox"/> quase sempre <input type="checkbox"/> sempre	<input type="checkbox"/> nada ruim <input type="checkbox"/> um pouco ruim <input type="checkbox"/> mais/menos ruim <input type="checkbox"/> muito ruim <input type="checkbox"/> horrível	A <input type="checkbox"/> mãe B <input type="checkbox"/> madrasta C <input type="checkbox"/> pai D <input type="checkbox"/> padrasto E <input type="checkbox"/> irmãos F <input type="checkbox"/> avós G <input type="checkbox"/> outros: _____
d) Mexeu no meu corpo contra a minha vontade	A <input type="checkbox"/> não B <input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> nunca <input type="checkbox"/> quase nunca <input type="checkbox"/> às vezes <input type="checkbox"/> quase sempre <input type="checkbox"/> sempre	<input type="checkbox"/> nada ruim <input type="checkbox"/> um pouco ruim <input type="checkbox"/> mais/menos ruim <input type="checkbox"/> muito ruim <input type="checkbox"/> horrível	A <input type="checkbox"/> mãe B <input type="checkbox"/> madrasta C <input type="checkbox"/> pai D <input type="checkbox"/> padrasto E <input type="checkbox"/> irmãos F <input type="checkbox"/> avós G <input type="checkbox"/> outros: _____
e) Relação sexual forçada	A <input type="checkbox"/> não B <input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> nunca <input type="checkbox"/> quase nunca <input type="checkbox"/> às vezes <input type="checkbox"/> quase sempre <input type="checkbox"/> sempre	<input type="checkbox"/> nada ruim <input type="checkbox"/> um pouco ruim <input type="checkbox"/> mais/menos ruim <input type="checkbox"/> muito ruim <input type="checkbox"/> horrível	A <input type="checkbox"/> mãe B <input type="checkbox"/> madrasta C <input type="checkbox"/> pai D <input type="checkbox"/> padrasto E <input type="checkbox"/> irmãos F <input type="checkbox"/> avós G <input type="checkbox"/> outros: _____

30. Você tem algum amigo próximo que usa drogas?

- a. () Não b. () Sim. () drogas lícitas (bebida alcoólica, cigarro)
() drogas ilícitas (suruma, *crack*, cocaína, cola, etc)

31. Você tem algum familiar que usa drogas?

- a. () Não b. () Sim. () drogas lícitas (bebida alcoólica, cigarro)
() drogas ilícitas (suruma, *crack*, cocaína, cola, etc)

32. Quanto a você, responda às questões abaixo:

	Tipo	Já experimentou ao menos uma vez na vida?	Que idade você tinha quando usou pela 1ª vez?
a	Bebida alcoólica	a. () Não b. () Sim	
b	Cigarro comum	a. () Não b. () Sim	

c	Suruma	a. () Não b. () Sim	
d	Cocaína	a. () Não b. () Sim	
e	<i>Crack</i>	a. () Não b. () Sim	
f	<i>Ecstasy</i>	a. () Não b. () Sim	
g	Remédio para emagrecer sem receita médica	a. () Não b. () Sim	
h	Remédio para “ficar doidão”	a. () Não b. () Sim	
i	Chá para “ficar doidão”	a. () Não b. () Sim	
l	Outra _____	a. () Não b. () Sim	

33. Se você nunca experimentou drogas passe para a questão 41. Se você já experimentou, responda qual foi a primeira droga que você usou?

34. Caso você já tenha experimentado alguma droga, responda às questões abaixo:

	Tipo	Usou no ÚLTIMO ANO?	Usou no ÚLTIMO MÊS? Marque com um X			
			Não usou no último mês	Usou menos de 1 vez por semana	Usou de 1 a 4 vezes/semana	Usou 5 ou mais vezes/semana
a	Bebida alcoólica	a. () Não b. () Sim				
b	Cigarro comum	a. () Não b. () Sim				
c	Suruma	a. () Não b. () Sim				
d	Cocaína	a. () Não b. () Sim				
e	<i>Crack</i>	a. () Não b. () Sim				
f	<i>Ecstasy</i>	a. () Não b. () Sim				
g	Remédio para emagrecer sem receita médica	a. () Não b. () Sim				
h	Remédio para “ficar doidão”	a. () Não b. () Sim				
i	Chá para “ficar doidão”	a. () Não b. () Sim				
j	Outra: _____	a. () Não b. () Sim				

35. Se você/ consome drogas faz quando: (Marque mais de uma resposta se for o caso)

- a. () Está sozinho
b. () Está com amigos
c. () Está com algum familiar
d. () Está com o(a) namorado(a)
e. () Está com outros. Quem? _____

36. Você já pensou em parar de usar alguma droga?

- a. () Não(passe para a questão 41)
b. () Sim

37. Se você já tentou (de facto) parar de usar alguma substância?

- a. () Nunca tentei/tentou parar, pois nunca usei nenhuma substância regularmente
b. () Nunca tentei/tentou parar, apesar de usar ou já ter usado regularmente alguma substância
c. () Sim, já tentei parar (então preencha a tabela abaixo)

Tipo de substância psicoativa	A – Tentou parar	B – Conseguiu parar de usar
1. Álcool	A () Não B () Sim	A () Não B () Sim C () Parou por um tempo e depois voltou
2. Tabaco	A () Não B () Sim	A () Não B () Sim C () Parou por um tempo e depois voltou
3. Cannabis sativa/Surruma	A () Não B () Sim	A () Não B () Sim C () Parou por um tempo e depois voltou
4. Cocaína	A () Não B () Sim	A () Não B () Sim C () Parou por um tempo e depois voltou
5. Crack	A () Não B () Sim	A () Não B () Sim C () Parou por um tempo e depois voltou
6. Outra: _____	A () Não B () Sim	A () Não B () Sim C () Parou por um tempo e depois voltou

38. Se você já tentou parar de usar drogas, alguém ajudou nesta tentativa? (Marque mais de uma resposta se for o caso)

- a. () Tentei/tentou sozinho
b. () Tentei/tentou com um amigo/grupo de amigos
c. () Alguém da igreja
d. () Alguém da escola
e. () Alguém do hospital, posto de saúde ou comunidade terapêutica
f. () Alguém da família
g. () Outros _____

39. Onde você obtém informações sobre sexo? Marque com um X no número que correspondente a frequência:

- ① Nunca
② Quase nunca
③ Às vezes
④ Quase sempre
⑤ Sempre

a	Família	① ② ③ ④ ⑤
b	Amigos	① ② ③ ④ ⑤
c	Escola (professores, funcionários, diretores pedagógicos e diretor da escola, etc.)	① ② ③ ④ ⑤
d	Líderes religiosos (padre, pastor, etc.)	① ② ③ ④ ⑤
e	Organização não governamental (ONG)	① ② ③ ④ ⑤
f	Televisão	① ② ③ ④ ⑤
g	Internet	① ② ③ ④ ⑤
h	Rádio	① ② ③ ④ ⑤
i	Jornal, revista ou livro	① ② ③ ④ ⑤

40. Você já teve relações sexuais alguma vez?

- a. () Não (passe para a questão 62)
b. () Sim
c. Quantos anos você tinha “na primeira vez”? _____ anos
d. Quantos anos o(a) parceiro(a) tinha? _____ anos () Não sei
e. Com quem foi? () Namorado(a); () Vizinho(a); () Parente. Qual? _____
() Outro _____

f. A primeira relação sexual: () foi desejada; () foi forçada

41. Você já teve relações sexuais com:

- a. () Meninas/mulheres
- b. () Meninos/homens
- c. () Ambos sexos

42. NO ÚLTIMO ANO, nas suas relações sexuais, você teve: (Marque mais de uma resposta se for o caso)

- a. () Parceiro(a) FIXO(a) [namorado(a), companheiro(a), esposa/marido]
Quantos ____namorado (a)____companheiro(a)____esposa/marido
- b. () Parceiro(a) NÃO-FIXO(a) Quantos(as): ____

43. NO ÚLTIMO ANO, com que frequência você ou seu parceiro usaram camisinha?

- a. () Nunca
- b. () Poucas vezes
- c. () Muitas vezes, mas não em todas
- d. () Sempre (passe para a questão 47)

44. NO ÚLTIMO ANO, nas vezes em que você NÃO USOU preservativo por que motivo você não usou? (Marque mais de uma resposta se for o caso)

- a. () Não tinha camisinha
- b. () Não tinha dinheiro para comprar
- c. () Não gosto
- d. () Preservativo /doi/incomoda
- e. () Não acho que seja importante
- f. () Não lembrei de colocar
- g. () Estava sob efeito de álcool
- h. () Estava sob efeito de drogas
- i. () Meu parceiro(a) não aceita
- j. () Porque confio no meu parceiro(a)
- k. () Porque usa anticoncepcional (pílula)
- l. () Outro motivo: _____

45. NO ÚLTIMO ANO, nas vezes em que você USOU camisinha, por que motivo você usou? (Marque mais de 1 se for o caso)

- a. () Para evitar doenças
- b. () Para evitar SIDA
- c. () Para evitar gravidez
- d. () Porque o (a) parceiro (a) exigiu
- e. () Porque é importante usar
- f. () Porque dizem que é bom usar
- g. () Porque é mais limpo (higiene)
- h. () Não sei
- i. () Outros: _____

46. Actualmente, você possui algum parceiro FIXO [namorado(a), companheiro(a), esposa/marido]:

- a. () Não
- b. () Sim

47. Na última vez que você teve relações sexuais, você ou o seu parceiro(a) usou camisinha?

- | | |
|--|-------------------------|
| Com parceiro FIXO (namorado(a), companheiro(a), esposa/marido) | Com parceiros NÃO-FIXOS |
| a. () Não | a. () Não |
| b. () Sim | b. () Sim |
| c. () Não lembra | c. () Não lembra |

48. No ÚLTIMO MÊS, você carregou o preservativo com você alguma vez?

- a. () Não
b. () Sim Quantos dias você levou o preservativo com você? _____

49. Onde você costuma levar/arranjar o preservativo? (Marque mais de 1 se for o caso)

- a. () Não costumo pegar camisinha/ preservativo
b. () Busco/recebo nos centros de saúde? GAVT(?)
c. () Compro na farmácia/supermercado
d. () Compro na rua
e. () Busco/recebo em instituições ou ONGs
g. () Recebo de conhecidos ou amigos

50. Você já teve alguma ITS (Infecção Transmitida sexualmente - doença que se pega através de sexo e pode gerar corrimento, comichão, ardência ou feridas nos órgãos sexuais)?

- a. () Não
b. () Sim Quantas vezes? _____ Quais doenças? _____
c. () Não sabe

51. Alguma vez você já fez sexo em troca de dinheiro, favores ou vantagens?

- a. () Não (pule para questão 54)
b. () Sim
 Em geral, quantas vezes por semana você faz/fazia sexo em troca de dinheiro, favor ou vantagem? (Escolha só uma das respostas)
 ___ vezes por semana
 ___ vezes por mês
 ___ vezes por ano
 ___ vezes na vida

52. Nas vezes em que você fez sexo por dinheiro, favor ou vantagem, com que frequência você usou preservativo?

- a. () Nunca
b. () Poucas vezes
c. () Muitas vezes, mas não em todas
d. () Sempre

53. Você usa algum método para evitar gravidez?

- a. () Não
b. () Sim Quais? (Marque mais de uma resposta se precisar).
 a. () Preservativo
 b. () Coito interrompido (interromper o acto antes do orgasmo masculino)
 c. () Pílula anticoncepcional
 d. () Injeção/implante/adesivo
 e. () Tabela / ritmo / calendário
 f. () Aparelho
 g. () Outro: _____

54. Onde você/sua parceira costuma obter anticoncepcionais? (Marque mais de 1 se for o caso)

- a. () Não costumo obter anticoncepcionais
b. () Busca/recebe nos Centros de Saúde (?)
c. () Compra na farmácia
d. () Compra na rua
e. () Busca/recebe em instituições para meninos(as) em situação de rua
f. () Busca/recebe em ONG
g. () Outros: _____
h. () Não sabe

55. Você já engravidou alguém/esteve grávida?

- a. Não (Passe para a questão 61)
 b. Sim c. Quantas vezes? _____
 d. Que idade tinha quando engravidou/ficou grávida na primeira vez? _____
 e. A sua gravidez foi desejada? a. Não b. Sim
 f. Quantos filhos (as) vivos(as) você tem? _____
 g. Com quantas pessoas você já teve filho? _____

56. Alguma das situações abaixo ocorreu com você em consequência da PRIMEIRA gravidez? (+ de 1 resposta)

- a. Interrompeu os estudos
 b. Casou ou foi morar junto com o pai/mãe da criança
 c. Precisou começar a trabalhar
 d. Precisou parar de trabalhar
 e. Família não aceitou a gravidez
 f. Família ou parceiro(a) sugeriu fazer aborto
 g. Parou de fumar
 h. Parou de usar drogas
 i. Não precisou mais ter que cuidar dos irmãos menores
 j. Passou a ser mais respeitada(o) dentro de casa
 l. Terminou o namoro/relação

57. Durante a ÚLTIMA gravidez, você/sua parceira fizeram algum exame médico para acompanhar a gravidez?

- a. Não
 b. Sim Quantas vezes? _____
 c. Não sabe

58. Com quem moram seus filhos hoje? (Marque mais de uma resposta se for o caso) (Escreva o número de filhos)

- a. Com ambos os pais _____
 b. Apenas comigo _____
 c. Apenas com o pai/mãe _____
 d. Avós paternos _____
 e. Avós maternos _____
 f. Outro parente _____
 g. Abrigos _____
 h. Família adotiva _____
 i. Na rua _____
 j. Não sei _____

59. Você/sua parceira já teve algum aborto?

- a. Não sabe
 b. Não
 c. Sim Quantas vezes? _____ Natural _____ Provocado _____

60. Identifique situações que você já viveu FORA DE CASA, na primeira coluna e a seguir responda às questões:

Tipo de situação	A. Já aconteceu?	B. Em geral, com que frequência esta situação acontecia?	C. Em geral, o quão ruim foi para você esta situação?	D. Indique quem fez isto com mais frequência?
a) Ameaça ou humilhação	A <input type="checkbox"/> não B <input type="checkbox"/> sim	① nunca ② quase nunca ③ às vezes ④ quase sempre ⑤ sempre	① nada ruim ② um pouco ruim ③ mais/menos ruim ④ muito ruim ⑤ horrível	A <input type="checkbox"/> amigos B <input type="checkbox"/> colegas de escola C <input type="checkbox"/> vizinhos D <input type="checkbox"/> professores/monitores E <input type="checkbox"/> policiais F <input type="checkbox"/> desconhecidos G <input type="checkbox"/> outros: _____
b) Soco ou bater	A <input type="checkbox"/> não B <input type="checkbox"/> sim	① nunca ② quase nunca ③ às vezes ④ quase sempre ⑤ sempre	① nada ruim ② um pouco ruim ③ mais/menos ruim ④ muito ruim ⑤ horrível	A <input type="checkbox"/> amigos B <input type="checkbox"/> colegas de escola C <input type="checkbox"/> vizinhos D <input type="checkbox"/> professores/monitores E <input type="checkbox"/> policiais F <input type="checkbox"/> desconhecidos G <input type="checkbox"/> outros:
c) Agressão com objeto (madeira, cinto, fio, cigarro, etc.)	A <input type="checkbox"/> não B <input type="checkbox"/> sim	① nunca ② quase nunca ③ às vezes ④ quase sempre ⑤ sempre	① nada ruim ② um pouco ruim ③ mais/menos ruim ④ muito ruim ⑤ horrível	A <input type="checkbox"/> amigos B <input type="checkbox"/> colegas de escola C <input type="checkbox"/> vizinhos D <input type="checkbox"/> professores/monitores E <input type="checkbox"/> policiais F <input type="checkbox"/> desconhecidos G <input type="checkbox"/> outros:
d) Mexeu no meu corpo contra a minha vontade	A <input type="checkbox"/> não B <input type="checkbox"/> sim	① nunca ② quase nunca ③ às vezes ④ quase sempre ⑤ sempre	① nada ruim ② um pouco ruim ③ mais/menos ruim ④ muito ruim ⑤ horrível	A <input type="checkbox"/> amigos B <input type="checkbox"/> colegas de escola C <input type="checkbox"/> vizinhos D <input type="checkbox"/> professores/monitores E <input type="checkbox"/> policiais F <input type="checkbox"/> desconhecidos G <input type="checkbox"/> outros:
e) Relação sexual forçada	A <input type="checkbox"/> não B <input type="checkbox"/> sim	① nunca ② quase nunca ③ às vezes ④ quase sempre ⑤ sempre	① nada ruim ② um pouco ruim ③ mais/menos ruim ④ muito ruim ⑤ horrível	A <input type="checkbox"/> amigos B <input type="checkbox"/> colegas de escola C <input type="checkbox"/> vizinhos D <input type="checkbox"/> professores/monitores E <input type="checkbox"/> policiais F <input type="checkbox"/> desconhecidos G <input type="checkbox"/> outros:

61. Dentre as situações abaixo, indique quais as que já aconteceram em sua vida, e escolha o número que mais representa o quão ruim foi esta situação para você:

- ① Nada Ruim
② Um Pouco Ruim
③ Mais ou Menos
④ Muito Ruim
⑤ Horrível

	A - Já aconteceu?	B - O quão ruim foi?
a) O nível econômico da minha família baixou de uma hora para outra	A <input type="checkbox"/> não B <input type="checkbox"/> sim	① ② ③ ④ ⑤
b) Alguém em minha casa está desempregado	A <input type="checkbox"/> não B <input type="checkbox"/> sim	① ② ③ ④ ⑤
c) Meus pais se separaram	A <input type="checkbox"/> não B <input type="checkbox"/> sim	① ② ③ ④ ⑤
d) Já estive internado em instituição (abrigo, orfanato)	A <input type="checkbox"/> não B <input type="checkbox"/> sim	① ② ③ ④ ⑤
e) Já fugi de casa	A <input type="checkbox"/> não B <input type="checkbox"/> sim	① ② ③ ④ ⑤
f) Já morei na rua	A <input type="checkbox"/> não B <input type="checkbox"/> sim	① ② ③ ④ ⑤

g) Já dormi na rua	A <input type="checkbox"/> não B <input type="checkbox"/> sim	① ② ③ ④ ⑤
h) Já trabalhei na rua	A <input type="checkbox"/> não B <input type="checkbox"/> sim	① ② ③ ④ ⑤
i.) Alguém da minha família está ou esteve preso	A <input type="checkbox"/> não B <input type="checkbox"/> sim	① ② ③ ④ ⑤
j) Sofri algum acidente grave	A <input type="checkbox"/> não B <input type="checkbox"/> sim	① ② ③ ④ ⑤
l) Alguém muito importante pra mim faleceu	A <input type="checkbox"/> não B <input type="checkbox"/> sim	① ② ③ ④ ⑤
m) Já passei fome	A <input type="checkbox"/> não B <input type="checkbox"/> sim	① ② ③ ④ ⑤
n) Meu pai/mãe casou de novo	A <input type="checkbox"/> não B <input type="checkbox"/> sim	① ② ③ ④ ⑤
o) Meu pai/minha mãe teve filho com outros parceiros	A <input type="checkbox"/> não B <input type="checkbox"/> sim	① ② ③ ④ ⑤
p) Já fui assaltado(a)	A <input type="checkbox"/> não B <input type="checkbox"/> sim	① ② ③ ④ ⑤
q) Já cumpri medida socio-educativa sem privação de liberdade	A <input type="checkbox"/> não B <input type="checkbox"/> sim	① ② ③ ④ ⑤
r) Já estive privado de liberdade (Instituição fechada)	A <input type="checkbox"/> não B <input type="checkbox"/> sim	① ② ③ ④ ⑤
s) Já fui levado para esquadra da polícia ou cadeia	A <input type="checkbox"/> não B <input type="checkbox"/> sim	① ② ③ ④ ⑤
t) Já tive problemas com a justiça	A <input type="checkbox"/> não B <input type="checkbox"/> sim	① ② ③ ④ ⑤
u) Já tive problemas com a polícia	A <input type="checkbox"/> não B <input type="checkbox"/> sim	① ② ③ ④ ⑤

62. Em algum momento da sua vida você já se envolveu em situações ilegais como as citadas abaixo? Marque todas que já aconteceram:

- a. () Envolvimento em brigas com agressão física/violência contra pessoas
b. () Destruição de propriedade
c. () Assaltou alguém
e. () Roubou algo
e. () Vendeu drogas
f. () Outra. Qual? _____

63. Ao longo da vida, sofreu ou sofreu preconceito:

- ① Nunca
② Quase nunca
③ Às vezes
④ Quase sempre
⑤ Sempre

a) Por morar onde moro (bairro, canção?)	① ② ③ ④ ⑤
b) Pelo facto de ser homem ou ser mulher	① ② ③ ④ ⑤
c) Pela cor da minha pele	① ② ③ ④ ⑤
d) Por estudar em uma determinada escola	① ② ③ ④ ⑤
e) Por causa do trabalho dos meus pais	① ② ③ ④ ⑤
f) Por causa do meu nível socioeconômico	① ② ③ ④ ⑤
g) Por causa da minha religião	① ② ③ ④ ⑤
h) Por causa da minha aparência física	① ② ③ ④ ⑤
i) Por ser deficiente	① ② ③ ④ ⑤
j) Pelas minhas escolhas sexuais	① ② ③ ④ ⑤
l) Por ter a idade que eu tenho	① ② ③ ④ ⑤
m) Por causa do meu trabalho	① ② ③ ④ ⑤

64. Você já pensou alguma vez em se matar?

- a. () Não (pule para a questão 69)
b. () Sim Quantas vezes: _____

65. Você já tentou se matar?

- a. () Não (Passe para a pergunta 68)
b. () Sim Quantas vezes: _____
c. Quantos anos você tinha quando tentou se matar pela primeira vez? _____
d. Quando você tentou se matar, como foi que você fez? (Marque mais de uma resposta se for o caso)
- a. () Com faca, tesoura, canivete, catana a1. Quantas vezes: _____
b. () Com revólver b1. Quantas vezes: _____
c. () Enforcado c1. Quantas vezes: _____

e	Quando eu enfrento um problema, geralmente consigo encontrar diversas soluções	① ② ③ ④ ⑤
f	Consigo sempre resolver os problemas difíceis quando me esforço bastante	① ② ③ ④ ⑤
g	Eu acho que sou capaz de fazer coisas tão bem quanto a maioria das pessoas	① ② ③ ④ ⑤
h	Tenho facilidade para persistir em minhas intenções e alcançar meus objetivos	① ② ③ ④ ⑤
i	Devido às minhas capacidades, sei como lidar com situações imprevistas	① ② ③ ④ ⑤
j	Eu me mantenho calmo/a mesmo enfrentando dificuldades porque confio na minha capacidade de resolver problemas	① ② ③ ④ ⑤
l	Eu geralmente consigo enfrentar qualquer dificuldade	① ② ③ ④ ⑤

69. Use a seguinte escala para indicar suas chances de:

- ① Muito Baixas
- ② Baixas
- ③ Cerca de 50%
- ④ Altas
- ⑤ Muito Altas

A	Concluir o ensino médio (12ª classe)	① ② ③ ④ ⑤
B	Entrar na Universidade	① ② ③ ④ ⑤
C	Ter um emprego que me garanta boa qualidade de vida	① ② ③ ④ ⑤
D	Ter minha casa própria	① ② ③ ④ ⑤
E	Ter um trabalho que me dará satisfação	① ② ③ ④ ⑤
F	Ter uma família	① ② ③ ④ ⑤
G	Ser saudável a maior parte do tempo	① ② ③ ④ ⑤
H	Ser respeitado na minha comunidade	① ② ③ ④ ⑤
I	Ter amigos que me darão apoio	① ② ③ ④ ⑤

70. Neste espaço você pode colocar o que achou deste questionário e/ou mencionar algo que considera importante e/ou que não foi perguntado:

A EQUIPA DE PESQUISA AGRADECE PELA SUA PARTICIPAÇÃO