

Instituto Politécnico de Portalegre
Escola Superior de Educação e Ciências Sociais

Segundo Ciclo de Estudos em Educação e Proteção de Crianças e Jovens em Risco

CONVIVÊNCIA SOCIAL E BULLYING EM ADOLESCENTES COM DOENÇA CRÓNICA

Dissertação de Mestrado

Susana Isabel Narigueta da Vinha

Orientadora: Professora Doutora Maria José das Dores Martins

Outubro, 2023

Instituto Politécnico de Portalegre
Escola Superior de Educação e Ciências Sociais

Segundo Ciclo de Estudos em Educação e Proteção de Crianças e Jovens em Risco

CONVIVÊNCIA SOCIAL E BULLYING EM ADOLESCENTES COM DOENÇA CRÓNICA

Dissertação de Mestrado

Susana Isabel Narigueta da Vinha

Orientadora: Professora Doutora Maria José das Dores Martins

Outubro, 2023

Constituição do Júri

Presidente: Professora Doutora Adelaide João Cardoso Marques Proença

Arguente: Professora Doutora Ana Paula Calado Enes de Oliveira

Orientadora: Professora Doutora Maria José das Dores Martins

*Eu queria ser astronauta,
o meu país não deixou,
depois quis ir jogar à bola,
a minha mãe não deixou.*

*Tive vontade de voltar a escola,
mas o doutor não deixou,
fechei os olhos e tentei dormir,
aquela dor não deixou.*

*Ó meu anjo da guarda,
faz-me voltar a sonhar,
faz-me ser astronauta...
E voar!*

Voar – Tim & Rui Veloso

Agradecimentos

Findo este percurso torna-se premente agradecer a todos aqueles que, direta ou indiretamente, contribuíram para o seu sucesso. Assim, primeiramente, agradeço à Professora Doutora Maria José D. Martins, Coordenadora do Mestrado em Educação e Proteção de Crianças e Jovens em Risco que, na qualidade de orientadora da presente dissertação, foi exímia na disponibilidade, partilha de conhecimento e encorajamento.

Agradeço de uma forma geral à equipa da Consulta Externa de Pediatria, especialmente à equipa de enfermagem pela sua recetividade à realização deste estudo, tornando menos penosas as longas esperas nos corredores do hospital, bem como aos elementos da equipa médica que contribuíram na referenciação de adolescentes tornando viável o que, inicialmente, parecia ser de complexa concretização.

De forma muito especial agradeço a todos os adolescentes que participaram voluntariamente neste estudo, bem como às respetivas famílias que assim o consentiram. Ao fim de 14 anos continua a ser um privilégio cuidar de vós e contribuir, ainda que modestamente, para que o vosso percurso na dicotomia saúde-doença seja tão leve quanto possível. Na génese deste trabalho estão os vossos desabafos, angústias e histórias de vida.

Agradeço aos amigos pelo apoio e cuidado nos momentos de hesitação. Ao meu irmão, à Núria e à Ana agradeço por todo o interesse ao longo desta jornada e por acreditarem sempre mais em mim do que eu própria. Aos meus pais e avós agradeço o amor, carinho e ajuda constante e incondicional.

Por fim, mas não menos importantes, agradeço a todos aqueles a quem, num ou outro momento, subtraí a minha presença e que demonstraram compreensão e empatia. Espero poder compensar-vos muito em breve.

A todos, muito obrigada!

Resumo

Este estudo teve como objetivos compreender de que forma a doença crónica impacta a relação com os pares, a aceitação e o convívio no âmbito dos grupos, na adolescência, e verificar se a doença crónica se associa, ou não, ao envolvimento em situações de *bullying*, nos papéis de vítima, agressor ou vítima/agressora.

Com esse intuito, foi estudada uma amostra de conveniência, que incluía 112 adolescentes com doença crónica, entre os 13 e os 18 anos de idade, de ambos os sexos, com recurso à metodologia mista. Foram aplicados três questionários de autorrelato à totalidade dos participantes e, posteriormente, selecionados quatro adolescentes para realização de entrevistas semi-diretivas.

Os resultados demonstraram que: i) 30,4% dos adolescentes referem modificações na convivência social com os pares associadas ao diagnóstico, maioritariamente relacionadas com alterações físicas e falta de informação sobre a doença; ii) a convivência social com os colegas é mais prejudicada, verificando-se uma maior aceitação e um apoio social mais efetivo, relativamente à doença, por parte dos amigos; iii) o maior impacto da doença crónica na relação com os pares relaciona-se com o risco acrescido de vitimização; iv) verifica-se a prevalência do papel de vítima/agressora e o recurso à exclusão social como principal forma de *bullying* tanto no âmbito da agressão como da vitimização.

Estes resultados sugerem a necessidade de uma intervenção articulada entre a comunidade escolar e os serviços de saúde, promotora da literacia em saúde e das competências socioemocionais, como garantia da inclusão e proteção dos adolescentes com doença crónica.

Palavras-chave: *bullying*; vitimização; agressão; doença crónica; adolescência; grupos de pares.

Abstract

This study aims to understand how chronic illness affect relationships with peers, acceptance and socialization in groups during adolescence, and to verify whether or not chronic illness is associated with involvement in bullying situations, in the roles of victim, aggressor or victim/aggressor.

For this purpose, a convenience sample of 112 adolescents with chronic illnesses between the ages of 13 and 18 of both sexes was studied, using a mixed methodology. Three self-report questionnaires were administered to all participants and then four adolescents were selected for semi-structured interviews.

The results showed that: i) 30,4% of adolescents report changes in social interaction with peers associated with the diagnosis, mostly related to physical changes and lack of information about the disease; ii) social interaction with colleagues is further hindered, with greater acceptance and more effective social support regarding the disease from friends; iii) the greater impact of chronic illness on relationships with peers is related to an increased risk of victimization; iv) there is a prevalence of the role of victim/aggressor and the use of social exclusion as the main form of bullying both in terms of aggression and victimization.

These results suggest the need for a coordinated intervention between the school community and health services, promoting health literacy and socio-emotional skills, as a guarantee of inclusion and protection for adolescents with chronic illness.

Keywords: bullying; victimization; aggression; chronic illness; adolescence; peer groups.

Abreviaturas, siglas e acrónimos

APA - *American Psychology Association*

ESECS - Escola Superior de Educação e Ciências Sociais

EBEPA - Escala de Bem-estar Psicológico para Adolescentes

e.g. - por exemplo

et al. - e outros

HBSC - *Health Behaviour in School-aged Children*

IDCRP - Impacto da Doença Crónica na Relação com os Pares

IPP - Instituto Politécnico de Portalegre

p. - página

QEVE - Questionário de Exclusão e Violência Escolar

QDCRP - Questionário sobre a Doença Crónica e a Relação com os Pares

UNESCO - *United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization*

UNICEF - *United Nations International Children's Emergency Fund*

WHO - *World Health Organization*

Índice geral

Introdução	16
Parte I – Enquadramento Teórico.....	19
1. Adolescência	19
1.1. Definições e conceitos.....	19
1.2. Desenvolvimento físico.....	20
1.3. Desenvolvimento cognitivo.....	21
1.4. Desenvolvimento psicossocial	22
1.4.1. Construção da identidade.....	22
1.4.2. Regulação emocional.....	23
1.4.3. Convivência social na adolescência	25
1.4.3.1. Os pais.....	25
1.4.3.2. O grupo de pares	27
1.4.3.3. A escola.....	31
2. Doença crónica na adolescência.....	33
2.1. Apoio parental	37
2.2. Aceitação por parte do grupo de pares	37
2.3. O papel da escola.....	39
2.4. Profissionais de saúde enquanto figuras de referência.....	41
3. Bullying e doença crónica.....	42
3.1. Bullying	42
3.2. Bullying em adolescentes com doença crónica	46
3.2.1. Alterações físicas	50
3.2.2. Sinais visíveis da doença	51
3.2.3. Estigma e falta de informação	51
3.2.4. Autocuidado.....	53
Parte II – Estudo Empírico	55
4. Método	55
4.1. Tipologia de estudo	55
4.2. Critérios de constituição da amostra	55
4.3. Participantes no estudo quantitativo.....	56
4.4. Participantes no estudo qualitativo.....	60
4.5. Instrumentos de recolha de dados do estudo quantitativo.....	60
4.5.1. QDCRP	61

4.5.2. Apoio social (subescala da EBEPa)	61
4.5.3. QVEVE (adaptado)	62
4.6. Instrumento de recolha de dados do estudo qualitativo	63
4.7. Procedimentos	64
4.7.1. Recolha de dados	64
4.7.2. Análise de dados	66
5. Apresentação dos resultados	67
5.1. Análise do estudo quantitativo	67
5.1.1. Análise descritiva do QDCRP	67
5.1.2. Análise descritiva da subescala do apoio social da EBEPa.....	70
5.1.3. Análise descritiva do QVEVE	72
5.1.3.1. Sentimentos relativos a diferentes lugares e pessoas	72
5.1.3.2. Escala da vítima	74
5.1.3.3. Justificações, sentimentos e emoções associados à vitimização.....	79
5.1.3.4. Escala do agressor.....	81
5.1.3.5. Escala da vítima <i>versus</i> escala do agressor.....	85
5.1.3.6. Justificações, sentimentos e emoções associados à agressão.....	86
5.1.3.7. Pessoas disponíveis para ajudar	88
5.1.3.8. Condutas e atitudes dos professores	90
5.1.4. Testes de associação	92
5.1.5. Análise de variâncias (tipo de doença; escalão etário; sexo).....	97
5.1.6. Regressões	100
5.2. Análise do estudo qualitativo	101
5.2.1. Doença crónica e convivência com os pares	101
5.2.2. <i>Bullying</i> envolvendo adolescentes com doença crónica.....	108
5.2.3. Justificações, sentimentos e emoções associados ao <i>bullying</i>	111
5.2.4. Figuras de apoio.....	113
6. Conclusões e discussão	117
6.1. Impacto da doença crónica na convivência social dos adolescentes com os pares.....	117
6.2. Envolvimento em fenómenos de <i>bullying</i> nos adolescentes com doença crónica	120
6.3. Prevalência, tipos de <i>bullying</i> e papéis relativos à agressão e vitimização em que os adolescentes com doença crónica se envolvem.....	122
6.4. Motivos e emoções associadas ao envolvimento dos adolescentes com doença crónica em fenómenos de <i>bullying</i>	124

6.5. Papel dos pares, pais, professores e profissionais de saúde no apoio ao adolescente com doença crónica envolvido em <i>bullying</i>	126
6.6. Correlação entre as variáveis IDCRP, apoio social dos pares, vitimização e agressão	128
6.7. Considerações finais.....	129
Referências bibliográficas	134
Anexos	150
Anexo A. Instrumento de recolha de dados do estudo quantitativo	151
Anexo B. Instrumento de recolha de dados do estudo qualitativo.....	160
Anexo C. Paracer da Comissão de Ética do IPP	163
Anexo D. Parecer da Comissão de Ética da instituição hospitalar onde decorreu o estudo ..	165
Anexo E. Consentimento informado entregue aos encarregados de educação dos adolescentes com idade inferior a 16 anos com vista à participação no estudo quantitativo.....	167
Anexo F. Consentimento informado entregue aos adolescentes com idade igual ou superior a 16 anos com vista à participação no estudo quantitativo	170
Anexo G. Consentimento informado entregue aos encarregados de educação dos adolescentes com idade inferior a 16 anos com vista à participação no estudo qualitativo.....	173
Anexo H. Consentimento informado entregue aos adolescentes com idade igual ou superior a 16 anos com vista à participação no estudo qualitativo	176

Índice de tabelas

Tabela 1. Distribuição dos adolescentes por sexo e idade	56
Tabela 2. Distribuição dos adolescentes por sexo e nível de escolaridade	57
Tabela 3. Distribuição dos adolescentes por idade e nível de escolaridade.....	58
Tabela 4. Distribuição dos adolescentes por tipo de doença crónica.....	59
Tabela 5. Frequências relativas aos itens da escala IDCRP	69
Tabela 6. Estatística descritiva de cada item da escala IDCRP	70
Tabela 7. Frequências relativas à subescala do apoio social da EBEPa	71
Tabela 8. Estatística descritiva de cada item da subescala do apoio social da EBEPa.....	72
Tabela 9. Estatística descritiva relativa à forma como se sentiram os adolescentes nos diferentes lugares e na relação com os outros do QEVE	73
Tabela 10. Frequências das respostas aos itens da escala da vítima do QEVE	75
Tabela 11. Justificações para a vitimização na perspetiva dos adolescentes com doença crónica	79
Tabela 12. Sentimentos e emoções relacionados com a experiência de ser vítima	81
Tabela 13. Frequências das respostas aos itens da escala do agressor do QEVE	82
Tabela 14. Medidas descritivas dos somatórios totais das escalas da vítima e do agressor do QEVE.....	85
Tabela 15. Cruzamento dos somatórios totais das escalas da vítima e do agressor do QEVE	85
Tabela 16. Justificações para a agressão na perspetiva dos adolescentes com doença crónica	86
Tabela 17. Sentimentos e emoções relacionados com a experiência de ser agressor	87
Tabela 18. Frequências das respostas relativas às pessoas que ajudam em caso de envolvimento em <i>bullying</i> do QEVE.....	89
Tabela 19. Frequência das respostas aos itens relativos às atitudes dos professores face ao <i>bullying</i> do QEVE.....	91
Tabela 20. Análise descritiva das atitudes dos professores face a situações de agressão	91
Tabela 21. Correlação de Pearson entre as quatro variáveis em estudo (IDCRP; apoio social dos pares; vitimização; agressão)	93
Tabela 22. Correlação de Pearson entre as escalas IDCRP, apoio social dos pares, vitimização e agressão com os sentimentos de bem-estar na família do QEVE	94

Tabela 23. Correlação de Pearson entre as escalas IDCRP, apoio social dos pares, vitimização e agressão com os sentimentos de bem-estar relacionados com a escola do QEVE.	95
Tabela 24. Correlação de Pearson entre as escalas IDCRP, apoio social dos pares, vitimização e agressão com os sentimentos de bem-estar relacionados com outras pessoas ou situações do QEVE.....	96
Tabela 25. Correlação de Spearman entre as variáveis relacionadas com a doença crónica e as escalas IDCRP, apoio social dos pares, vitimização e agressão	97
Tabela 26. Ordenações das médias obtidas nas diferentes escalas em função de cada um dos grupos de doença (Teste Kruskal-Wallis).....	98
Tabela 27. Médias e desvios padrão nas quatro escalas utilizadas em função do sexo	99
Tabela 28. Médias e desvios padrão nas quatro escalas utilizadas em função do escalão etário	100
Tabela 29. Resumo da regressão linear para os modelos de vitimização e agressão.....	101
Tabela 30. Coeficientes de regressão para o modelo de vitimização.....	101

Índice de gráficos

Gráfico 1. Médias relativas à forma como se sentiram os adolescentes nos diferentes lugares e na relação com os outros.....	74
Gráfico 2. Comportamentos relativos à experiência de ser vítima na escola (“algumas vezes”; “muitas vezes”; “quase sempre”).....	76
Gráfico 3. Comportamentos relativos à experiência de ser vítima na escola (“muitas vezes”; “quase sempre”).....	78
Gráfico 4. Comportamentos relativos à experiência de ser agressor na escola (“algumas vezes”; “muitas vezes”; “quase sempre”).....	83
Gráfico 5. Comportamentos relativos à experiência de ser agressor na escola (“muitas vezes”; “quase sempre”).....	84
Gráfico 6. Pessoas que ajudam ou com quem os adolescentes podem contar quando ocorrem situações de vitimização/agressão na escola (“muitas vezes”; “quase sempre”).....	90

Índice de quadros

Quadro 1. Características resumidas dos participantes do estudo qualitativo.....	102
Quadro 2. Questões do guião de entrevista relativas ao impacto da doença crónica na convivência social com os pares	102
Quadro 3. Questões do guião de entrevista relativas à caracterização do envolvimento em <i>bullying</i>	108
Quadro 4. Questões do guião de entrevista relativas às motivações, emoções e sentimentos associados ao <i>bullying</i>	111
Quadro 5. Questões do guião de entrevista relativas ao papel dos pais, professores e profissionais de saúde	113

Introdução

A adolescência é frequentemente definida como a etapa do desenvolvimento humano que medeia a infância e a idade adulta (Papalia & Feldman, 2013), sendo caracterizada por importantes transformações, oportunidades e desafios a nível biológico, psicológico, social (Monteiro & Confraria, 2014), assumindo percursos díspares mediante o contexto social, cultural ou económico em que o adolescente se insere (Papalia & Feldman, 2013). Sendo a construção da identidade pessoal e a procura da autonomia marcos fulcrais da adolescência, é durante este período que emerge a necessidade de valorização e aceitação social por parte dos pares como algo essencial na vida dos adolescentes (Machado, 2002; Papalia & Feldman, 2013).

A presença de uma doença crónica na adolescência, não sendo um acontecimento normativo, desejado ou expectável, é responsável por alterações mais ou menos profundas no trajeto evolutivo do adolescente. Sendo a vivência e aceitação da doença crónica uma experiência individual, é frequentemente motivo de vulnerabilidade acrescida, influenciando o autoconceito e tornando assim ainda mais complexo um período que por si só é caracterizado como sinuoso (Barros, 2009).

Ao adolescente com doença crónica é exigido que priorize a sua saúde, centralizando a atenção nas suas necessidades individuais, contudo, nem sempre o adolescente se encontra dotado das ferramentas necessárias à aceitação da doença, podendo incorrer em condutas agressivas (Azenha et al., 2012; Hockenberry & Wilson, 2015). Por outro lado, a doença impõe a perceção de diferença e, num momento em que aquilo que mais deseja é ser aceite como igual e sentir que pertence efetivamente a um grupo de pares, o adolescente com doença crónica percebe em si características que não vê espelhadas no grupo, o qual pode responder com estranheza, surgindo comportamentos de exclusão, afastamento ou agressão (Viana, 2017).

A doença crónica evidencia-se assim como um fator de risco individual para o envolvimento em *bullying* (Montano, 2015), o qual assume uma elevada significância na área da violência interpessoal, acometendo com maior incidência populações específicas (Magalhães, 2005). Estima-se que de entre as crianças e jovens vítimas de todas as formas de maus tratos, 11% tenham uma doença crónica (Magalhães, 2005).

No estudo de caso publicado por Vinha e Martins (2022), que serviu de premissa para a presente dissertação, concluiu-se que o diagnóstico de uma doença crónica durante a adolescência se demarcou como um acontecimento subversivo, verificando-se a adoção de condutas de agressão e vitimização como estratégia de resolução de conflitos cuja génese se

encontrava intimamente ligada às modificações impostas pela doença, nomeadamente ao nível das necessidades de autocuidado, alterações físicas e absentismo escolar prolongado.

Não obstante, apesar de tanto o *bullying* como a doença crónica serem fenómenos transversais a todas as sociedades, de impactarem de forma significativa o desenvolvimento do adolescente e de, enquanto conceitos independentes, assentarem num vasto referencial teórico, a sua relação encontra-se ainda parcamente estudada, sobretudo no contexto nacional, consubstanciando-se assim a necessidade de exploração do tema nos domínios teórico, metodológico e empírico. Face ao supracitado, definiram-se como objetivos gerais do presente estudo:

- i) compreender como, e em que medida, o diagnóstico de uma doença crónica impacta a relação com os pares, a aceitação e o convívio no âmbito dos grupos, na adolescência;
- ii) verificar se o diagnóstico de doença crónica se associa, ou não, ao envolvimento em situações de *bullying* na adolescência, nos papéis de vítima, agressor ou vítima/agressora.

De forma a dar resposta a estes mesmos objetivos definiram-se como grandes questões de investigação que serviram como motivação e fio condutor ao estudo desenvolvido:

- i) Qual o impacto da doença crónica na convivência social dos adolescentes com os pares?
- ii) Em que medida existirá envolvimento em fenómenos de *bullying* nos adolescentes com doença crónica?
- iii) Qual a prevalência, tipo de *bullying* e papéis relativos à agressão e vitimização em que os adolescentes com doença crónica se envolvem?
- iv) Quais os motivos e emoções associadas ao envolvimento dos adolescentes com doença crónica em fenómenos de *bullying*?
- v) Que papel desempenham pares, pais, professores e profissionais de saúde no apoio ao adolescente com doença crónica envolvidos em *bullying*?
- vi) Qual a correlação estabelecida entre as variáveis impacto da doença crónica, apoio social dos pares, vitimização e agressão?

Com vista à persecução dos objetivos definidos e tentando dar resposta às questões de investigação, este trabalho encontra-se estruturado em duas partes principais, ambas subdivididas em capítulos. A primeira parte diz respeito ao enquadramento teórico no qual será efetuada uma revisão da literatura, sendo revistos conceitos, estudos empíricos e algumas conceptualizações teóricas sobre as temáticas em estudo. No primeiro capítulo clarificam-se

vários conceitos relacionados com a adolescência, a construção da identidade e a convivência social durante esta etapa do desenvolvimento, evidenciando-se o papel dos pares. No segundo capítulo será aprofundada a temática da doença crónica na adolescência, destacando-se de que forma a doença pode condicionar este período do desenvolvimento e o futuro dos jovens. O terceiro capítulo diz respeito ao *bullying* em adolescentes com doença crónica, sendo que para além da caracterização teórica do conceito de *bullying*, será analisada a ocorrência do fenómeno envolvendo adolescentes com doença crónica, descrevendo-se as frequências e a natureza da vitimização e/ou das agressões de acordo com a evidência encontrada.

A segunda parte deste trabalho, relativa à investigação empírica, é composta por três capítulos nos quais se apresenta a investigação efetuada. No quarto capítulo explicitam-se as estratégias metodológicas adotadas no estudo, com descrição dos participantes, dos instrumentos selecionados e construídos bem como do procedimento utilizado. No quinto capítulo apresentam-se os resultados obtidos e, por fim, no sexto capítulo apresentam-se as principais conclusões do estudo, discutindo-se os resultados obtidos em função da revisão teórica efetuada na primeira parte do trabalho.

A presente dissertação foi elaborada de acordo com as normas de organização e formatação constantes no Manual para Elaboração de Trabalhos Académicos e/ou Científicos (Guimarães et al., 2022) da Escola Superior de Educação e Ciências Sociais (ESECS) do Instituto Politécnico de Portalegre (IPP). Assim, tal como proposto pelo referido documento, todas as citações e referências bibliográficas seguem as normas de publicação propostas pela 7.^a edição da *American Psychology Association* (APA).

Parte I – Enquadramento Teórico

1. Adolescência

1.1. Definições e conceitos

A origem semântica da palavra adolescência remete para um processo de crescimento, aumento e amadurecimento (Machado, 2015; Matos & Sampaio, 2009; Papalia & Feldman, 2013). Sendo um constructo social relativamente recente (Baptista et al., 2020), a adolescência associa-se a um intrincado período de maturação biopsicossocial, responsável por um fluxo de vivências que culmina no estabelecimento de um projeto de vida pessoal e profissional (Ferreira & Nelas, 2006).

A *World Health Organization* (WHO) define adolescência como uma fase única de formação e maturação, abrangendo indivíduos com idades compreendidas entre o 10 e os 19 anos (WHO, 2021), contudo, definir cronologicamente adolescência torna-se cada vez mais complexo pois os marcos que outrora balizavam este período do desenvolvimento têm vindo a sofrer modificações, não se encontrando claramente definidos (Machado, 2015).

Se, por um lado, as mudanças físicas impostas pela puberdade têm, nas últimas décadas, verificado uma tendência gradual para se iniciarem precocemente devido às alterações ambientais e dos estilos de vida (Machado, 2015), por outro, o término da adolescência tem vindo a estender-se temporalmente, permanecendo incerto, pois as responsabilidades sociais da idade adulta têm vindo a ser proteladas dado o aumento da escolaridade, entrada tardia na esfera laboral, retardo da independência financeira e necessidade de coabitação parental prolongada (Matos, 2020).

Os vários estudos realizados no âmbito da adolescência evidenciam este período como sendo de extrema importância no ciclo vital uma vez que é durante esta etapa que ocorrem eventos significativos que determinam a estruturação da personalidade, a consolidação da identidade pessoal e o desenvolvimento de múltiplas e multifacetadas competências (Baptista et al., 2020). Estas conquistas permitem que o adolescente ascenda a um novo estatuto e adquira diferentes papéis na sociedade (Barros, 2008), desenvolvendo o seu máximo potencial e prosperando enquanto adulto (Papalia & Feldman, 2013).

Para Hockenberry & Wilson (2015) as oportunidades, pressões, habilidades e recursos disponíveis diferem consoante a idade do adolescente pelo que classicamente é possível subdividir a adolescência em três subfases: adolescência inicial (dos 11 aos 14 anos); adolescência intermédia (dos 15 aos 17 anos); adolescência tardia (dos 18 aos 20 anos).

A adolescência inicial é caracterizada primordialmente pelas mudanças morfológicas e fisiológicas determinadas pela puberdade e pela adaptação do adolescente a essas mesmas transformações (Hockenberry & Wilson, 2015). A adolescência intermédia é pautada pela transição para a orientação dominante do grupo de pares (Hockenberry & Wilson, 2015), iniciando-se assim a procura de identificações no espaço extrafamiliar (Machado, 2002). Por sua vez, a adolescência tardia relaciona-se com a transição para a idade adulta, implicando a definição de objetivos académicos e sociais (Sampaio & Guerreiro, 2014), com progressiva autonomização do ponto de vista económico e sociolaboral resultantes do refinamento de competências cognitivas que tornam o adolescente apto na tomada de decisões modeladoras da vida adulta (Hockenberry & Wilson, 2015).

Esta subdivisão da adolescência não é consensual e alguns autores referem que a adolescência deve ser perspectivada como um processo indivisível pois, mais significativas que as idades cronológicas, precisões e divisões etárias são as interrogações que angustiam o adolescente rumo à materialização dos seus desejos, receios e na procura singular pela sua identidade (Barros, 2008). Tal como Fonseca (2002) evidencia, os adolescentes não crescem todos ao mesmo ritmo, nem somática nem psiquicamente, pelo que devemos considerar a adolescência como uma pluralidade de aventuras individuais.

1.2. Desenvolvimento físico

A puberdade, enquanto evento físico que marca o início da adolescência, determina transformações corporais exuberantes que advêm da reativação dos mecanismos neuro-hormonais, habitualmente entre os 10 e os 12 anos de idade, sendo estes limites variáveis (Baptista et al., 2020). Estas mudanças são parte de um processo iniciado *in útero*, que se conclui aquando do término do crescimento físico, após o desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários e da aquisição da capacidade reprodutiva (Eisenstein, 2005 citado por Baptista et al., 2020).

Obedecendo a uma sequência mais ou menos semelhante, contudo, assíncrona para os dois sexos, a puberdade determina modificações profundas e complexas (Machado, 2015), num processo inicialmente lento e gradual (Matos, 2020), que evolui para um crescimento somático abrupto (Machado, 2015), culminando na aquisição da maturidade sexual (WHO, 2021), associada à qual surgem as primeiras relações de cariz mais sexualizado, definição das preferências sexuais e estruturação da identidade de género (Matos, 2020).

Passando o corpo a assumir uma dimensão fundamental (Fonseca, 2002), sendo o crescimento físico assimétrico e pouco harmonioso, é imperativo que o adolescente execute

durante este período do desenvolvimento tarefas de revisão relativamente à relação com o seu próprio corpo e à sua imagem corporal (Fonseca, 2002; Machado, 2015; Matos, 2020), sendo para tal determinante o recurso às competências cognitivas recém-adquiridas (Matos, 2020).

1.3. Desenvolvimento cognitivo

Durante a adolescência ocorre a maturação intelectual associada à emergência do pensamento abstrato e do raciocínio hipotético-dedutivo, sendo estas capacidades cognitivas que vão permitir ao adolescente ascender ao denominado estágio operatório-formal (Piaget, 2006).

A partir dos 11 anos, o adolescente passa a socorrer-se das operações formais como alicerce cognitivo (Monteiro & Confraria, 2014), dispensando o contacto direto com as situações para poder pensar, sentir, refletir ou avaliar (Matos, 2020). Esta progressiva compreensão dos fenómenos pela reinterpretação das experiências (Shaffer, 2005) permite que o adolescente se torne cada vez mais apto na construção de conceitos, passando a conseguir pensar em termos abstratos, realizando depois conjeturas e raciocínios sobre situações nunca vivenciadas tendo por base esses mesmos conceitos (Monteiro & Confraria, 2014).

Por sua vez, o raciocínio hipotético-dedutivo capacita o adolescente a testar hipóteses e possibilidades (Papalia & Feldman, 2013), tornando-o capaz de excogitar sobre como as situações poderiam ou deveriam ser (Monteiro & Confraria, 2014) e exímio na resolução sistémica de problemas com recurso a combinações lógicas (Papalia & Feldman, 2013).

Ultrapassado o egocentrismo inicial da adolescência (Alberts & Elkind, 2007 citados por Monteiro & Confraria, 2014), o jovem passa também a conseguir contemplar opiniões de terceiros (Matos, 2022), retirando conclusões próprias sobre situações específicas (Baptista et al., 2020), tornando-se hábil no confronto de opiniões e no debate de ideias (Sousa, 2006 citado por Cabral et al., 2015). Ao adquirir a capacidade de compreender e considerar múltiplos aspetos situacionais, torna-se apto a inferir sobre traços pessoais que poderão estar por detrás de um certo número de aspetos do comportamento observável (Sprinthall & Collins, 2003). Esta capacidade permite ao adolescente uma mais flexível manipulação da informação (Papalia & Feldman, 2013) dotando-o, por excelência, de uma postura reflexiva e ética, inerente à construção de uma consciência de si, de cidadania e da vivência efetiva dessa cidadania (Cabral et al., 2015).

1.4. Desenvolvimento psicossocial

As transformações físicas impostas pela puberdade em associação com as aquisições cognitivas da adolescência determinam a reestruturação da percepção do adolescente sobre si próprio, sendo premente que evolua no sentido da definição pessoal, social e sexual. Nesse sentido, deverá consolidar a identidade, aprender a regular emoções e adquirir competências sociais facilitadoras da vida de relação (Matos, 2022).

Sendo um conceito multidimensional, a competência social relaciona-se com a auto e hetero percepção por parte das figuras significativas que, no caso dos adolescentes, são os pares, pais e professores (Juntilla & Vauras, 2008 citados por Martins & Castro, 2010). Implica também a aquisição de capacidades que permitam ser socialmente competente, ou seja, resolver conflitos interpessoais de forma positiva, fazer e manter amizades, compreender os outros ou pertencer a um grupo (e.g. Crick & Dodge, 1994, Merrel et al., 2006 citados por Martins & Castro, 2010).

1.4.1. Construção da identidade

Sendo um processo nunca terminado, é quando parte para o autoquestionamento sobre a infância, o presente e o futuro (Machado, 2002) que o adolescente dá um sentido histórico à sua existência (Shaffer, 2005). Ao desvincular-se das principais figuras de identificação da infância e tendo que renunciar ao corpo e papel infantis, o adolescente necessita ajustar a sua identidade às modificações que vai vivenciando (Cordeiro, 1988 citado por Monteiro & Confraria, 2014). Para operar a integração desses novos elementos na identidade, o adolescente necessita de um período de moratória, ou seja, de tolerância por parte da sociedade para poder experimentar e explorar, enquanto procura aquilo que para si será um conjunto coerente de atitudes, valores e crenças nas diversas áreas (Ferreira et al., 2015; Matos, 2022).

Por definição, identidade é a conceção de si mesmo composta por valores, crenças e objetivos, que inclui todas as características que definem a forma de ser, implicando o sentimento de coerência e continuidade. Integra, portanto, aspetos do autoconceito e da autoestima numa perspetiva social, ou seja, abarcando os diferentes papéis do indivíduo nas interações dinâmicas consigo próprio e com o meio em que se insere (Ferreira et al., 2015; Monteiro & Confraria, 2014). Sendo os cenários privilegiados da vida social e as sinergias que com eles estabelecem essenciais à construção da identidade do adolescente (Matos, 2020), é nas negociações e confrontos relacionais do quotidiano, sobretudo com os pares, que a

identidade se constrói e modifica, sendo este um processo social de contínua desconstrução e construção (Malarewicz, 2007; Thornberg, 2015).

A construção da identidade contempla assim as transformações pessoais, exigências sociais e expectativas em relação ao futuro (Sprinthall & Collins, 2003), resultando da síntese dinâmica entre estes fatores e um conjunto de aquisições psicossociais prévias, secundárias à assimilação e rejeição das identificações vivenciadas na infância (Sampaio & Guerreiro, 2014).

Para Erikson (1968), a construção da identidade é a principal tarefa da adolescência. De acordo com a teoria psicossocial proposta pelo autor, o desenvolvimento humano ocorre em oito estádios ao longo do ciclo vital, caracterizando-se cada estágio por dois polos em conflito que precipitam uma crise psicossocial. Cada crise é considerada um momento de crescimento em que se opta pela integração ou estagnação, traduzindo-se na mobilização de recursos de crescimento e de diferenciação.

Na teoria psicossocial, a adolescência corresponde ao quinto estágio do desenvolvimento, denominado de identidade *versus* confusão de identidade, durante o qual o adolescente procura desenvolver uma percepção coerente de si mesmo, reforçando a autoconfiança e autoestima fora do meio familiar enquanto, simultaneamente, procura compreender o papel que deverá desempenhar na sociedade (Erikson, 1968).

Do adolescente espera-se que faça a súpula das experiências interpessoais e interprete as reações dos outros, produzindo julgamentos sobre si mesmo (Thornberg, 2015). Concomitantemente, espera-se que opere a recapitulação das identificações da infância, ajustando-as às mudanças da adolescência e que, fazendo uso das competências cognitivas recém-adquiridas, edifique uma identidade positiva (Martins, 2005a; Shaffer, 2005), que lhe permita reunir competências sociais como a persistência, a capacidade de adaptação ou a flexibilidade (Monteiro & Confraria, 2014).

Quando os alicerces da identidade são firmes e fortes, deles resultará uma identidade pessoal sólida, pautada pela coerência e pela definição clara de si próprio. Quando tal não se verifica, a consequência será aquilo a que Erikson (1968) denomina de identidade difusa, marcada pelo sentimento de confusão sobre si próprio, constatando-se a sobreposição de papéis e a incoerência de valores (Ferreira et al., 2015; Sprinthall & Collins, 2003).

1.4.2. Regulação emocional

A visão intempestiva que se associava à adolescência tem vindo a ser substituída pela conceção de que este é primordialmente um período de reorganização a qual também se opera

a nível emocional (Susman et al., 2002), sendo este processo secundário ao amadurecimento físico que determina modificações estruturais e funcionais a nível cerebral que, por sua vez, interferem de forma significativa no processamento e regulação das emoções (Alves, 2016).

O desenvolvimento emocional integra dimensões intrapsíquicas e relacionais, num processo de depuração e condicionamento das emoções primárias (raiva; tristeza; alegria; medo; surpresa) e secundárias (embaraço; vergonha; culpa; inveja; orgulho). Gradativamente, o adolescente adquire uma maior capacidade de regulação emocional, contudo, sendo o seu referencial de emoções de cariz essencialmente social, verifica-se a capacidade de as intensificar ou reprimir mediante as circunstâncias (Monteiro & Confraria, 2014).

A evolução da neurociência proporcionou uma nova perspetiva sobre o desenvolvimento ao considerar que a reconfiguração cerebral operada durante a adolescência se inicia ainda antes da puberdade, sendo mediada e dependente do contexto em que o indivíduo cresce e se desenvolve, estendendo-se para além da segunda década de vida (Machado, 2015). Consequentemente, a aptidão para a tomada de decisões confiáveis acontece de forma paulatina (Alves, 2016).

De acordo com Matos (2022), até pelo menos aos 24 anos, observa-se a dessincronia entre o pensamento e a emoção. As alterações ao nível do córtex pré-frontal, zona responsável pelo planeamento a longo prazo e pelo controlo das emoções, ocorrem de forma progressiva, determinando respostas impulsivas e exageradas de forma episódica, tradutoras de um certo grau de imaturidade latente, sendo por isso os adolescentes propensos à excessiva reatividade (Machado, 2015; Matos & Sampaio, 2009).

Não obstante, sendo por definição a adolescência um período de fruição de novos estímulos e oportunidades, a organização dos circuitos neuronais que ocorre neste período (Baptista et al., 2020) confere ao adolescente uma neuroplasticidade (Machado, 2015) que deve ser compreendida como uma oportunidade ímpar na aprendizagem especializada ao nível das relações e emoções (Dahl & Suleiman, 2017).

Ao serem inculcados precocemente aspetos fundamentais da inteligência emocional e da autorregulação, torna-se possível ao adolescente compreender, expressar e gerir as suas emoções, incrementando a capacidade de responder ao outro de forma adaptativa enquanto, simultaneamente, são fortalecidas as conexões sinápticas que contribuem para o autodomínio, autoconsciência, empatia, resolução de conflitos e cooperação (Alves, 2016; Goleman, 1995). Esta definição de hábitos emocionais essenciais torna os adolescentes emocionalmente competentes, capacitando-os para o estabelecimento e manutenção de relações sociais mais positivas comparativamente aos que revelam sinais de iliteracia emocional (Damásio, 1995).

Ademais, a promoção de competências socioemocionais e relacionais em idades precoces funciona como um fator protetor do desenvolvimento positivo, saudável e global, associando-se à proteção da saúde mental e à melhor qualidade de vida dos adolescentes (Gaspar et al., 2019a)

1.4.3. *Convivência social na adolescência*

Os adolescentes são um grupo heterogêneo cujo desenvolvimento é influenciado, numa perspectiva ecológica, pelo ambiente em que se inserem (Baptista et al., 2020). No âmbito da convivência social, a aceitação por parte dos colegas, a pertença a um grupo estrito de amigos e a segurança do amor familiar constituem os requisitos para um processo de maturação interpessoal ajustado (Whaley & Wong, 2006).

Quanto mais fortes forem as relações de apoio estabelecidas entre o adolescente e as suas figuras de referência, mais positivo e saudável tende a ser o seu desenvolvimento (Papalia & Feldman, 2013). A percepção de apoio social é considerada como precursora do bem-estar pessoal e social dos indivíduos diante as dificuldades ao longo da vida (Matos et al., 2013), sendo uma das dimensões que permite avaliar o bem-estar psicológico dos adolescentes de acordo com o modelo cognitivo-comportamental-desenvolvimentista de Bizarro (2001a).

Verificando-se uma relação direta e positiva entre o apoio social autopercebido e o bem-estar psicológico dos adolescentes, o apoio social diz respeito ao apoio emocional, à partilha de atividades, ao companheirismo, à intimidade e à ajuda instrumental (Bizarro, 2001a). Caracterizando-se por ser uma experiência subjetiva, reflete a avaliação genérica que o indivíduo faz das relações que estabelece, a forma como julga que é querido e respeitado, a disponibilidade que percebe por parte dos outros e a possibilidade de a eles recorrer quando necessário (Matos et al., 2013).

1.4.3.1. Os pais

As transformações desenvolvimentais da adolescência a nível físico e a afirmação do pensamento formal, imbuído de maior abstração, criam o contexto ideal para que ocorram também modificações ao nível das relações de vinculação (Cabral et al., 2015). As competências cognitivas recém-adquiridas originam por parte do adolescente a necessidade de autonomia e de participação gradual nas decisões sobre a sua própria vida, sendo que a busca por novos valores e ideologias o levam a demarcar-se do núcleo familiar (Maciel & Rebelo, 2015), evoluindo de um estado de dependência face aos pais para a autonomia característica do adulto (Matos, 2020). Sendo uma aquisição complexa, marcada por movimentos regressivos

(Monteiro & Confraria, 2014), autonomia define-se como “a capacidade de conquistar o domínio de si próprio e obter um espaço mental para refletir e se relacionar fora da família” (Sampaio & Guerreiro, 2014, p.383).

A aquisição das operações formais torna o adolescente mais introspectivo, auto e heterocrítico (Monteiro & Confraria, 2014). Nesse sentido, exige maior privacidade e demonstra menor interesse pelas atividades familiares, exteriorizando assim a sua necessidade de independência (Baptista et al., 2020).

Para Faria et al. (2015) existe um padrão relacional característico desta etapa do desenvolvimento marcado pela transferência das funções de vinculação dos pais, principais figuras de afeto e segurança durante a infância, para os pares e, posteriormente, de forma seletiva e diferenciada, para os parceiros amorosos. Ocorre, portanto, um distanciamento emocional relativamente aos pais enquanto figuras de referência verificando-se, complementarmente, um processo de aproximação aos pares (Cabral et al., 2015).

A deslocação do investimento emocional outrora unicamente dirigido aos pais, não visa a sua substituição absoluta enquanto figuras de referência e identificação, servindo sim para diversificar e expandir a hierarquia de figuras de vinculação do adolescente (Faria et al., 2015), mantendo-se a família como espaço emocional decisivo (Sampaio, 2009).

Não obstante, a relação do adolescente com as figuras parentais sofre, efetivamente, modificações (Machado, 2015) sendo relatadas divergências na relação entre pais e filhos, contudo, estas relacionam-se essencialmente com questões do quotidiano, transponíveis através do diálogo e da negociação (Matos & Sampaio, 2009). As mães são referidas como sendo mais presentes, reportando os adolescentes uma relação de maior proximidade e maior abertura no diálogo sobre assuntos sensíveis (Bornstein & Putnick, 2018) mas, de um modo geral, os adolescentes referem ter uma relação positiva com ambos os progenitores, sendo raramente essa relação descrita pelos mesmos como sendo conflituosa (Offer & Sabshin, 1984 citados por Monteiro & Confraria, 2014).

Apesar da relevância atribuída aos pares nesta fase do desenvolvimento, as figuras parentais continuam a ser essenciais para questões relacionadas com a educação, o futuro, a saúde ou a escola (Matos, 2020), parecendo ter uma maior influência junto dos adolescentes ao nível dos valores culturais estáveis e em decisões que impliquem consequências a longo prazo. Por sua vez, ao grupo de pares é associada uma preponderância ao nível das decisões relativas a necessidades imediatas, nomeadamente em termos de identidade e estatuto, que se relacionam, por exemplo, com a escolha de atividades de lazer, linguagem ou modelos de interação social (Claes, 1985).

Pais e pares têm, por isso, um papel supletivo pois o tipo de relações que estabelecem com o adolescente são de diferente função, não sendo “intersubstituíveis no desenvolvimento pessoal e social do jovem” (Matos, 2020, p.186). Pais e pares devem sim complementar-se e entreajudar-se na promoção do bem-estar do adolescente (Matos, 2020; Monteiro & Confraria, 2014) pois, adolescentes que referem ter simultaneamente um bom relacionamento com a família e com os amigos são aqueles que relatam menor envolvimento em comportamentos de risco (Tomé et al., 2019a).

Os dados relativos ao ano de 2022 da investigação referente ao *Health Behaviour in School-aged Children* (HBSC), no qual participaram 5809 adolescentes portugueses dos 6.º, 8.º e 10.º anos de escolaridade, naquilo que ao apoio da família se reporta, permitiram concluir que 60,0% dos participantes consideravam que a família tentava ajudar quando necessário; 50,5% consideravam obter da família o apoio emocional que necessitavam; 48,7% referiram poder falar com a família sobre os seus problemas; 57,7% consideraram que a família estava disponível para auxiliar na tomada de decisões importantes (Gaspar et al., 2022).

Quanto à facilidade na comunicação com os pais, 83,0% dos participantes referiram ser fácil falar com a mãe, diminuindo essa percentagem para 66,1% relativamente à figura paterna. Os rapazes referiram uma melhor qualidade na relação com a família, assim como uma maior perceção de apoio familiar e facilidade de comunicação com as figuras parentais. Foram também encontradas diferenças ao nível da escolaridade, tendo os alunos mais novos referido uma melhor relação com a família e uma maior perceção de apoio familiar. Todavia, de uma forma global, verificou-se a diminuição da perceção de apoio da família por parte dos adolescentes comparativamente a anos anteriores (Gaspar et al., 2022).

1.4.3.2. O grupo de pares

Durante a adolescência a necessidade de pertença ao grupo de pares enquanto reflexo de inclusão na sociedade faz com que esse grupo social assuma um papel insubstituível e basilar, através do qual o adolescente se demarca do seio familiar e constrói um conceito de si próprio (Baptista et al., 2020; Bertoldo et al., 2020; Faria et al., 2015; Matos, 2020). Representando a principal fonte de apoio emocional e social (Matos, 2020), de pertença e aceitação do adolescente (La Greca et al., 2002), colegas, amigos e parceiros românticos tornam-se nas figuras preferenciais de proximidade e intimidade, assumindo funções que até então haviam sido cumpridas pelos pais (Faria et al., 2015).

Exercendo uma influência informal e normativa, o grupo de pares é fundamental no desenvolvimento da identidade enquanto membro de um grupo social (Sprinthall & Collins,

2003). Sendo um espaço de formação, o grupo oferece oportunidades de desenvolvimento da relação que o adolescente tem consigo próprio e com os outros (Matos, 2020; Tomé, 2009), permitindo a autorregulação do comportamento através dos padrões de conduta do grupo. Estes padrões são interiorizados de forma permanente e dinâmica, sendo integrados na personalidade do indivíduo num *continuum* que se define por socialização (Sêco, 1997).

Assim, é na interação direta com os pares que o adolescente aprende a conviver, a partilhar experiências, sentimentos (Tomé, 2009) e a gerir conflitos (Matos, 2020), permitindo-lhe ensaiar, experienciar e validar relações de vinculação recíprocas e igualitárias nas quais ambas as partes proporcionam e recebem cuidado, proteção e suporte, alternando nos papéis de figura de vinculação e de figura vinculada (Faria et al., 2015; Sprinthall & Collins, 2003).

O grupo é, portanto, o substrato que permite o desenvolvimento de competências nucleares à construção de relações de vinculação simétricas que, mais tarde, vão alicerçar as relações de reciprocidade características e essenciais à vida adulta (Faria et al., 2015). Desta forma, a identidade de grupo surge como um prelúdio da identidade pessoal, tornando-se o adolescente gradativamente apto a dar resposta a questões pertinentes sobre o seu papel na família e na sociedade (Whaley & Wong, 2006).

Ao comparar o seu comportamento, capacidades e aspeto físico com os pares, o adolescente opera um processo sociopsicológico fundamental que permite a autoavaliação (Sprinthall & Collins, 2003) e a estruturação de opiniões e atitudes (Matos, 2020; Tomé, 2009). Para o adolescente é importante considerar-se ao nível dos colegas e possuir uma boa aparência quando comparado com eles pois comparações sociais positivas contribuem para a melhoria da autoimagem e para o reconhecimento social (Sprinthall & Collins, 2003). Dada a importância da aprovação por parte do grupo, quando criticado ou ignorado por este, o adolescente tende a manifestar vulnerabilidade à qual se associam sentimentos de desadaptação e inferioridade, condicionadores da construção da identidade (Whaley & Wong, 2006).

O papel do grupo de pares no desenvolvimento dos adolescentes tem sido alvo de diversos estudos verificando-se uma dualidade na influência que exerce. Quando o adolescente se identifica fortemente com o grupo, tende a reiterar comportamentos para nele melhor se integrar (Sêco, 1997), incorrendo mais facilmente em comportamentos de risco ou problemas de comportamento (Tomé et al., 2015) sendo que, quanto mais próximas as relações de amizade, maior a tendência para a reprodução desses padrões negativos (Matos, 2020). Em oposição, caso o grupo condene a adoção de comportamentos de risco, a influência do grupo é descrita como positiva, tendo um papel protetor e primordial na saúde e bem-estar dos adolescentes (Tomé et al., 2015).

Dentro dos grupos de pares verifica-se a existência de grupos menores, distintos e bastante exclusivos, constituídos pelos amigos íntimos, emocionalmente ligados entre si, sendo a seleção feita em função dos gostos, interesses e bases comuns. Cada um destes grupos mais restritos possui uma identidade própria, demarcando a sua diferença em relação aos outros grupos e evidenciando a sua unicidade (Whaley & Wong, 2006).

De acordo com Gaspar et al. (2022), as raparigas têm maior percepção de apoio por parte dos amigos, enquanto os rapazes referem ter melhor qualidade de relação com os mesmos. Para além do sexo, também a idade parece ter influência na percepção de apoio social, relatando os adolescentes mais velhos um maior apoio por parte dos amigos. Dos participantes do HBSC, 8,2% afirmaram que os amigos não são uma fonte de ajuda efetiva; 9,8% referiram não poder contar com os amigos; 8,5% mencionaram não ter amigos a quem contar as alegrias e tristezas; 12,3% consideraram não poder falar com os amigos sobre os seus problemas.

Mais importante que a quantidade de amigos parece ser a qualidade das amizades estabelecidas. De acordo com Matos (2020), a maioria dos adolescentes refere ter pelo menos um amigo que considera próximo. Sendo um fator protetor em situações em que a relação com a família não é positiva, ter pelo menos um amigo contribui positivamente para a saúde mental (Tomé et al., 2019a), apresentando os adolescentes com amigos menores índices de depressão, solidão ou tristeza (Tomé et al., 2015), referindo também uma menor frequência de pensamentos suicidas quando comparados com aqueles que não têm amigos (Matos, 2020). Adolescentes com amigos apresentam uma maior autoestima (Tomé et al., 2015), referindo também um maior sentimento de bem-estar físico e psicológico (Tomé, 2009), mais competências sociais, uma maior satisfação com a vida em geral (Tomé et al., 2019a) e uma superior percepção de felicidade pessoal (Matos, 2020).

Ter amigos chegados facilita a integração no grupo de pares (Tomé, 2009), associando-se a uma melhor adaptação à escola (Matos, 2020). Por norma, adolescentes com amigos são mais populares, apresentam maior motivação (Vaquera & Kao, 2008 citados por Camacho, 2010), melhores resultados e níveis mais elevados de participação escolar (Tomé et al., 2019a). De uma forma geral considera-se que, a longo prazo,

o melhor preditor do ajustamento na idade adulta não é nem a inteligência nem a escolaridade, mas a capacidade de relacionamento com os outros, considerando-se em risco de ajustamento pessoal e social os jovens que não conseguem um espaço para os amigos nas suas vidas (Matos, 2020, p.184).

Numa perspetiva diametralmente oposta, adolescentes que referem não ter amigos apresentam problemas de internalização, índices elevados de isolamento social, um menor bem-estar geral, baixa satisfação com a vida (Matos, 2020), menos competências sociais e níveis mais elevados de alienação social (Tomé et al., 2019a). Não ter amigos associa-se ao maior envolvimento em comportamentos de risco, nomeadamente o consumo de substâncias ilícitas ou de álcool (Tomé et al., 2013), bem como a fenómenos de *bullying* (Simões et al., 2009; Tomé et al., 2019). A nível escolar, estes adolescentes apresentam fracos resultados e baixa motivação (Hughes et al, 2009 citados por Camacho et al., 2010). As consequências das relações de amizade pobres durante a adolescência estendem-se pela vida adulta, associando-se a perturbações do comportamento e a dificuldades de adaptação nas esferas profissional e conjugal (Sprinthall & Collins, 2003).

O significado atribuído às amizades difere em função dos sexos. Se para o sexo masculino os amigos significam companheirismo e desenvolvimento de atividades conjuntas, para o sexo feminino o grupo de amigos representa uma fonte de apoio emocional, de partilha de sentimentos e de intimidade (Matos, 2020). Não obstante, quer para rapazes como para raparigas, o grupo deve dar resposta a necessidades como o amor, o sucesso, o apoio e a aceitação (Breinbauer & Maddaleno, 2008 citados por Cabral et al., 2015).

Ao longo da adolescência ocorrem modificações ao nível da estrutura do grupo de pares. No início desta etapa do desenvolvimento, os amigos são sobretudo do mesmo género, alicerçados na família, zona de habitação, colegas de turma ou de escola (Matos, 2020). Gradualmente, a relação estabelecida entre rapazes e raparigas vai-se alterando e, uma vez ultrapassada a persistência dos grupos unissexuais (Monteiro & Confraria, 2014), o adolescente amplia o seu grupo de amigos (Camacho et al., 2010), havendo uma inclusão diversificada em termos da identidade sexual e proveniência, passando também a ser incluídos no grupo adolescentes associados às atividades de lazer (Matos, 2020).

O alargamento das relações sociais com os pares e a modificação na relação com o sexo oposto (Martins, 2005a; Shaffer, 2005) permite que o adolescente encontre nos parceiros românticos um novo alvo para a sua afetividade, intimidade (Maciel & Rebelo, 2015) e partilha (Matos, 2020). À semelhança daquilo que acontece com o grupo de pares e com os amigos próximos, também as experiências românticas têm um papel importante na construção da identidade (Monteiro & Confraria, 2014).

Se numa fase mais inicial, as relações amorosas são marcadas pelo egocentrismo e procura de gratificação imediata através do contacto físico que satisfaça as necessidades sexuais e de afiliação, à medida que o adolescente vai progredindo em termos de competências

e complexidade no seu percurso de desenvolvimento, as relações dotam-se de maior reciprocidade, sendo valorizada a estabilidade (Faria et al., 2015; Monteiro & Confraria, 2014).

O parceiro amoroso assume então uma importância crescente, desempenhando funções de suporte, vinculação e cuidado (Scharf & Mayseless, 2001 citados por Faria et al., 2015) resultantes da articulação entre o sistema sexual e o sistema de vinculação. Esta articulação é responsável pelo estabelecimento de condições favoráveis ao desenvolvimento de relações de afeto intenso, partilha de interesses e intimidade, constituindo-se esta mudança como fundamental para que o adolescente ganhe autonomia e desenvolva competências essenciais para responder adaptativamente às exigências desenvolvimentais da vida adulta (Faria et al, 2015).

A importância do parceiro amoroso durante a adolescência encontra-se bem evidenciada no HBSC no qual 23,5% dos participantes no estudo referiram ter uma relação amorosa frisando ser esse um dos aspetos mais importantes da sua vida (Gaspar et al., 2022).

1.4.3.3. A escola

A entrada na adolescência associa-se, por norma, à mudança de contexto escolar, ocorrendo a transição de uma escola caracteristicamente mais pequena e íntima, para um contexto escolar mais amplo e impessoal, impondo assim novos desafios adaptativos ao adolescente (Simmons, 1987 citado por Simões et al., 2009).

Sendo um espaço privilegiado de encontros e interações (Baptista et al., 2008 citados por Camacho et al., 2010), é na escola que se dá continuidade e reforça o sentimento de pertença iniciado precocemente no contexto familiar (Fonseca, 2002). A escola é o local onde o adolescente passa grande parte do seu dia pelo que, para além do seu papel de coeducação numa perspetiva cognitiva e vocacional, é também um espaço de formação pessoal, social e ética (Cabral et al., 2015), responsável pela transmissão de normas e padrões comportamentais, assumindo assim um papel fulcral na socialização dos adolescentes (Matos & Sampaio, 2009).

Atualmente a escola é também considerada um lugar de aquisição de hábitos de vida saudáveis, não somente ao nível da educação para a saúde como também no âmbito da valorização pessoal, participação social, inclusão, equidade, felicidade e bem-estar (Matos et al., 2013). A escola é, portanto, um espaço privilegiado para o desenvolvimento de ferramentas que capacitem o adolescente a desenvolver estratégias de convívio, as quais serão depois transpostas para a sua vida adulta. Um ambiente escolar positivo, onde o adolescente consiga construir relações interpessoais próximas e sentimentos de pertença à comunidade escolar, associa-se positivamente ao bem-estar (Lampropoulou, 2018 citado por Tomé et al., 2019b).

Para além da influência dos pares, todas as figuras do contexto escolar desempenham um papel essencial uma vez que a educação do adolescente é feita através do exemplo, evidenciando-se o papel do professor (Machado et al., 2015) enquanto promotor das regras da interação social e dos valores éticos essenciais (Sampaio, 2009).

Adolescentes que estabelecem com os professores uma relação baseada na comunicação aberta, apoio e envolvimento desenvolvem uma maior sensação de segurança, competência académica, bem-estar social e emocional (Matos & Sampaio, 2009). Estes adolescentes apresentam igualmente um menor envolvimento em comportamentos de risco e taxas mais baixas de abandono escolar (Tomé et al., 2019b).

No estudo HBSC, 69,7% dos adolescentes referiram gostar da escola, contudo, quando questionados sobre aquilo que menos gostavam no contexto escolar 27,7% mencionaram as aulas, 16,4% os professores e 8,8% os colegas. No mesmo estudo, 76,7% dos participantes referiram sentir-se sempre seguros na escola enquanto 5,7% referiram raramente ou nunca o sentirem (Gaspar et al., 2022).

No que concerne ao papel do professor, 77,1% dos participantes referiram considerar que os professores os aceitam como são; 59,0% referiram que os professores se interessam por si enquanto pessoa; 55,3% mencionaram ter muita confiança nos professores. Verificaram-se diferenças ao nível do sexo e da escolaridade relativamente aos itens analisados pelo que os rapazes demonstraram ter uma melhor relação com os professores, sentindo-se também mais seguros na escola quando comparados com as adolescentes do sexo feminino e, por sua vez, foram os alunos mais novos aqueles que referiram uma melhor relação com os professores e o gosto mais efetivo pela escola (Gaspar et al., 2022).

Devendo a escola ser um espaço abrangente, englobando muitos mais domínios da vida do adolescente do que meramente a instrução, são essenciais as estruturas de informação e aconselhamento, tais como os gabinetes de apoio ao aluno e à família, que permitem dar resposta a questões relacionadas com a saúde física e mental, sobretudo quando funcionam em articulação com outras estruturas existentes na comunidade (Matos & Sampaio, 2009).

2. Doença crónica na adolescência

Os avanços das ciências médicas, e o consequente aumento da taxa de sobrevivência, em associação com os estilos de vida modernos, têm contribuído para a ocorrência de modificações nos padrões de doença, verificando-se a prevalência das doenças crónicas em todas as faixas etárias. Tendo, assim, passado a assumir um papel de destaque nas sociedades contemporâneas (Giddens, 2008; Machado, 2015), as doenças crónicas acarretam consequências com impacto físico, psicológico, social e económico, das quais não se podem dissociar o risco acrescido de mortalidade e comorbilidades diversas (Ferreira, 2013).

Para Hockenberry & Wilson (2015), a doença crónica é uma condição medicamente diagnosticada, que interfere com o normal funcionamento diário por um período temporal superior a três meses, determinando a necessidade de internamento por mais de um mês, a cada ano. Por sua vez, Barros (2009), utiliza uma definição mais abrangente, considerando a doença crónica como a condição de saúde dotada de carácter permanente, irreversível e imprevisível.

Sendo caracteristicamente de progressão lenta e desprovida de cura (Ribeiro et al., 2017), a doença crónica caracteriza-se por ser de natureza multifatorial (WHO, 2020), determinando uma incapacidade ou défice residual de média ou longa duração, que se traduz em diferentes necessidades em saúde e supervisão (WHO, 2018). Se algumas doenças acompanham o indivíduo ao longo do ciclo vital, outras têm um prognóstico reservado ou as suas agudizações podem acarretar risco de vida (Matos & Sampaio, 2009). Trata-se, portanto, de um processo experiencial complexo, dada a sua diversidade etiológica e potenciais consequências, com impacto a nível individual e social (Charepe, 2020).

Recentemente a WHO (2020) reviu o conceito de doença crónica, definindo-a como um alargado espectro de condições de longa duração, resultantes da combinação de fatores genéticos, fisiológicos, ambientais e comportamentais, tendo adotado a designação de doença crónica não transmissível.

Não sendo a categorização como crónica de determinadas doenças completamente linear (Matos & Sampaio, 2009), nem conhecida a prevalência exata das doenças crónicas em idade pediátrica (Charepe, 2020), a WHO (2014) estima que a sua prevalência na adolescência deva rondar os 10,0%. Estima-se também que cerca de 35,0% das doenças crónicas são diagnosticadas durante a adolescência, sendo particularmente merecedoras de destaque pela sua frequência e impacto socioeconómico as doenças cardiovasculares, oncológicas, doenças respiratórias crónicas e a diabetes (WHO, 2017).

De acordo com a *United Nations International Children's Emergency Fund* (UNICEF), em Portugal assumem também particular relevância as doenças mentais, do foro respiratório e neurológico (UNICEF, 2021). Mais recentemente, os dados do estudo HBSC permitiram estimar que cerca de 18,8% dos adolescentes têm uma doença prolongada, algum tipo de incapacidade ou problema de saúde, verificando-se um aumento comparativamente ao ano de 2018 em que essa percentagem era de 15,1% (Gaspar et al., 2022).

Investigações prévias indicam que crescer com uma doença crónica é um fator de risco para o desenvolvimento de inúmeros problemas secundários, podendo determinar sintomas depressivos, alterações de comportamento, insucesso escolar e perturbações da convivência social (Casier et al., 2013). Os adolescentes com doença crónica relatam também mais sintomas psicológicos, menor satisfação global com a vida e menor perceção positiva do ambiente escolar (Matos & Sampaio, 2009). A título exemplificativo menciona-se o estudo comparativo envolvendo 34 adolescentes com insuficiência renal crónica dependentes de hemodiálise, no qual se verificou que estes adolescentes apresentavam níveis de bem-estar psicológico significativamente menores quando comparados com os pares saudáveis (Bizarro, 2001b).

A doença crónica determina sempre perdas não somente relacionadas com a degradação do melhor estado de saúde como também associadas à necessidade de redefinição de objetivos de vida, ajuste das perspetivas para o futuro e ao nível dos relacionamentos. Na revisão de literatura de Silva et al. (2019), verificou-se que crianças e adolescentes com doença crónica referiam pior qualidade de vida nos domínios do bem-estar físico e do apoio social quando comparados com os pares saudáveis. De acordo com Charepe (2020), a perceção da qualidade de vida por parte do adolescente com doença crónica é influenciada pelas exigências da condição de saúde e pelo percurso terapêutico que determinará a aceitação da mesma. Quanto mais a doença condicionar a participação e assiduidade escolar, na família ou no lazer, pior a noção autopercebida de qualidade de vida (Gaspar et al., 2019b).

Tal como refere Charepe (2020), múltiplos autores têm explicado as diferentes etapas vivenciais associadas ao diagnóstico de uma doença crónica na infância e adolescência, encontrando-se descritos três estádios cuja extensão temporal varia em função da individualidade: impacto e/ou choque (caracterizado pela negação, tristeza e distanciamento); ajustamento (em que ocorre a sobreproteção parental, rejeição, negação e aceitação gradual do novo contexto); aceitação (operando-se a reinserção social e aceitação da condição de saúde).

A aceitação da doença é fundamental para devolver sentido e ordem à vida (Corbia & Strauss, 1985, citados por Giddens, 2008) sendo, nesse sentido, imperiosa a reestruturação do *self* consubstanciada num trabalho biográfico que facilite a construção ou reconstrução da

narrativa pessoal. Este processo de incorporação da doença na vida do indivíduo, potenciará um equilíbrio facilitador da autorregulação e da capacidade de dar uma resposta adaptativa às considerações práticas sobre a doença e respetivo impacto nas relações interpessoais (Giddens, 2008), contudo, no caso de crianças e jovens, o impacto de uma doença crónica é fortemente influenciado pela idade em que esta se inicia (Azenha et al., 2012).

Encontrando-se num período de adaptação à nova realidade corpórea e identitária implícito ao desenvolvimento, o adolescente com doença crónica necessita encaixar nessa nova conceção de si mesmo características não desejadas, derivadas de um diagnóstico por vezes ainda desconhecido e condicionador do autoconceito, incorrendo numa dupla crise (Barros, 2009; Viana, 2017). Quando a compreensão da doença enquanto parte da identidade não é possível, o adolescente percebe a doença de forma negativa, associando-a a um menor bem-estar (Azenha et al., 2012; Viana, 2017).

Independentemente do momento em que é feito o diagnóstico da doença crónica, em determinado momento é solicitado ao adolescente que se coresponsabilize e assuma um papel ativo na gestão da doença (Ferreira, 2013). Muitas vezes, ainda não ultrapassado o choque do diagnóstico, é pedido ao adolescente que aceite as implicações físicas da doença, reconheça os seus sinais e sintomas, execute tratamentos diários, esteja atento a eventuais recidivas e necessidades de internamentos, sendo-lhe imposta uma nova linguagem técnico-científico e exigida uma capacidade adaptativa constante que lhe permita incorporar todos estes acontecimentos no seu quotidiano. Frequentemente, para além da própria dor, é confrontado com o sofrimento alheio e a infalibilidade da morte, muitas vezes pela primeira vez (Alarcão, 2006; Barros, 2009; Ferreira, 2013; Magão & Leal, 2001).

Efetivamente, diante uma situação ambígua como o diagnóstico e vivência de uma doença crónica, nem sempre os jovens se encontram preparados para lidar as exigências impostas e, para alguns, pode mesmo significar a exaustão dos recursos disponíveis, com reflexo no equilíbrio e bem-estar psicológico aos quais se associam sintomas internalizantes ou externalizantes, designadamente alterações do comportamento através da adoção de condutas agressivas. Para além das repercussões imediatas, esta inadaptabilidade na aceitação da doença pode condicionar o futuro do adolescente (Bizarro, 2001b; Gaspar et al., 2019b).

Por tudo isto, os adolescentes com doença crónica são mais propensos a experimentar sentimentos de regressão e declínios no seu autoconceito e identidade social (Azenha et al., 2012; Barros, 2009; Viana, 2017), surgindo frequentemente emoções como o medo, angústia, depressão, apatia, negação, culpa, raiva ou frustração, responsáveis pelo aumento gradual do

stress, representando a doença um foco de conflitos, inseguranças ou superproteção, potencialmente condicionadores do desenvolvimento (Barros, 2009; Conte & Jeneral, 2019).

A aceitação da doença é um processo heterogêneo, de natureza singular, no qual interferem fatores individuais, fatores relacionados com a tipologia da condição e respetivas limitações associadas bem como fatores referentes ao contexto social em que o adolescente se insere (Barros, 2009).

Os fatores individuais relacionam-se com o nível de desenvolvimento do adolescente, o temperamento e as estratégias de *coping* disponíveis e que moldam a sua perceção sobre a doença (Conte & Jeneral, 2019; Gaspar et al., 2019b; Santos et al., 2013). Quanto às características da própria doença que condicionam a aceitação da mesma, estas relacionam-se significativamente com as restrições e modificações associadas pois, se para alguns adolescentes o impacto no quotidiano pode ser mínimo, não acarretando grandes modificações, para outros a doença crónica pode determinar a total cisão com os hábitos e rotinas anteriormente estabelecidos. De acordo com Barros (2009) quanto maiores forem as restrições e implicações visíveis impostas pela doença, maiores tenderão a ser as dificuldades de ajustamento e a necessidade de centralização, verificando-se a pior aceitação da mesma, contudo, dada a singularidade intrínseca a cada indivíduo e ao respetivo percurso no *continuum* saúde-doença, nem sempre essa associação é inequívoca.

A título exemplificativo refere-se o estudo de Santos et al. (2018), com 135 adolescentes com doença crónica, no qual se verificou que os adolescentes com diabetes, contrariamente ao esperado, ao serem-lhes exigidas múltiplas e complexas tarefas adaptativas diárias, que incluíam a avaliação da glicémia capilar, a administração de insulina subcutânea, o controlo nutricional rigoroso e o reforço da atividade física, desenvolveram uma maior capacidade de autorregulação quando comparados com adolescentes com outra tipologia de doenças com menor necessidade de autocuidado.

A forma como o adolescente aceita a doença crónica tem reflexo no humor quotidiano, tal como comprovado no estudo de Casier et al. (2013), envolvendo adolescentes com diabetes e fibrose quística. Para além disso, relaciona-se fortemente com o meio social, que funciona como mediador da aceitação da doença (Charepe, 2020; Gaspar et al., 2019b), sendo responsável pela modelação da perceção do adolescente relativamente à patologia e à sua inclusão enquanto característica da identidade pessoal. Relaciona-se, pois, com a dimensão pública da doença e a forma como aqueles com quem o adolescente convive nas várias esferas sociais em que se insere passam a olhar para si e para a sua condição (Giddens, 2008).

2.1. Apoio parental

Em consonância com a teoria sistémica, as mudanças ocorridas num dos membros do sistema familiar, determinam a reorganização e ajustamento de toda a família (Matos & Sampaio, 2009). Assim, diante um diagnóstico de doença crónica, não apenas o adolescente como também toda a família necessita de se adaptar à nova realidade, sendo esse um processo subjetivo e evolutivo (Moreira et al., 2000).

Sendo a família entendida como “o núcleo proteção, socialização, educação e integração da criança/jovem com doença crónica ou incapacitante”, a adaptação do adolescente relaciona-se invariavelmente com a aceitação da doença por parte dos pais que, à semelhança da família alargada, influenciam através dos seus modelos comportamentais de ajustamento e adaptação à nova realidade (Charepe, 2020, p.234).

Os pais, principais figuras de segurança e apoio, necessitam gerir os seus próprios sentimentos e assimilar o seu novo papel de cuidadores (Charepe, 2020). Nesse processo, é por vezes necessário desvincularem-se dos papéis sociais previamente assumidos, lidando pragmaticamente com as repercussões da doença crónica a nível pessoal, profissional, relacional e até financeiro. Sendo simultaneamente confrontados com a necessidade de lidar com as mudanças da adolescência e consequente necessidade de autonomização por parte do adolescente, constata-se que a esse processo encontra-se implícito um equilíbrio difícil de alcançar em que o desafio será o de lhes fornecer uma autonomia protegida e supervisionada (Matos & Sampaio, 2009).

2.2. Aceitação por parte do grupo de pares

Assumindo também nos contextos de doença crónica uma importância ímpar (La Greca et al., 2002; Viana, 2017), quando o grupo de pares valida a adoção de comportamentos de risco, é propulsor de complicações relacionadas com a doença crónica, dificultando o equilíbrio saúde-doença, com consequências imediatas e/ou a longo prazo (Bertoldo et al., 2020). Para além disso, a forma como o grupo de pares reage à doença condiciona a aceitação, a adaptação psicossocial e a vivência diária por parte do adolescente (Viana, 2017), podendo igualmente influenciar o processo de identificação e socialização (Silva et al., 2016).

Se as reações por parte do grupo forem de encorajamento, compreensão, ajuda, estímulo, interesse e apoio em relação à condição de doença do adolescente, serão estabelecidos vínculos sociais facilitadores da aceitação da doença como parte da identidade (Viana, 2017), exercendo assim os pares uma influência positiva na adesão aos tratamentos (La Greca et al.,

2002). Pelo contrário, quando o grupo não sabe lidar com as idiossincrasias da doença, verificando-se o desconhecimento e incompreensão face às modificações impostas pela condição clínica, surgem atitudes negativas, em que o adolescente é tratado como diferente (Silva et al., 2016) ou estigmatizado (Andrade & Alves, 2019), que podem não só contribuir para a desconsideração do autocuidado por parte do adolescente como forma de não chamar atenção sobre si mesmo (La Greca et al., 2002), como determinar a adoção de comportamentos de exclusão ou de *bullying* direto por parte dos pares (Viana, 2017).

Caracteristicamente os adolescentes com doença crónica têm menos amigos, os vínculos que estabelecem são mais pobres, percebem menor suporte e integração social, relatando também uma baixa qualidade de vida quando comparados com adolescentes sem patologia crónica associada (Andrade & Alves, 2019; Svavarsdottir & Orlygsdottir, 2006). As modificações que advêm da doença parecem afetar negativamente as amizades entre adolescentes, levando à quebra de relações ou à necessidade de reorganização das mesmas. A doença crónica constitui-se assim como um fator crítico no âmbito das relações entre pares, quer para os adolescentes com doença quer para os pares saudáveis, verificando-se a tendência para o afastamento, divergência de expectativas relativas à amizade e a modificação das atividades realizadas em conjunto (Ferreira & Garcia, 2008).

Martins e Gomes (2011) justificam essa evidência considerando que a simetria que facilita as relações entre adolescentes é, por outro lado, um obstáculo significativo à aceitação da diferença. Diante as eventuais mudanças físicas associadas à doença e à quebra das rotinas anteriormente estabelecidas, a diferença entre o adolescente e o grupo tende a demarcar-se, sendo esse hiato agravado quando a doença determina restrições na participação social, verificando-se um significativo prejuízo ao nível das atividades escolares e no convívio com os pares (Santos et al., 2016; Santos & Lopes, 2017).

A tipologia da doença parece também condicionar as relações estabelecidas entre pares, verificando-se uma melhor aceitação de doenças com menor visibilidade quer a nível físico quer nas suas manifestações. Assim, a título exemplificativo, adolescentes com diabetes são referidos como amigos melhor aceites enquanto que adolescentes com epilepsia são mencionados como amigos pouco desejáveis (Potter & Roberts, 1984 citados por Spirito et al., 1991). Por norma, adolescentes saudáveis preferem ter amigos igualmente saudáveis (Spirito et al. 1991; Wirrel et al., 2006), contudo, a tolerância dos pares saudáveis para com os adolescentes com doença crónica parece aumentar com os anos de escolaridade e com o acesso a informação relacionada com a patologia (Brook & Galili, 2000).

Para além da percepção por parte do grupo, as competências cognitivas intrínsecas ao processo de desenvolvimento, permitem ao adolescente objetivar a diferença em si mesmo, podendo incorrer numa confusão de identidade (Viana, 2017). Assim, mesmo quando apoiado pelo grupo de pares, podem surgir sentimentos de não pertença, insegurança e inferioridade (Azenha et al., 2012; Viana, 2017) que, eventualmente, podem determinar um impacto significativo na saúde física e mental do adolescente (Barros, 2009; Conte & Jeneral, 2019), pois o jogo de comparações e identificações que deve caracterizar o percurso até à vida adulta tende a ficar comprometido (Sampaio, 2009).

Numa tentativa de demonstrar que não é mais vulnerável que os restantes elementos do grupo, o adolescente com doença crónica pode assumir uma atitude de negação, subvalorizando a doença e colocando-se, conseqüentemente, em risco. Um exemplo clássico é a interrupção da medicação que, muitas vezes faz desde sempre, incorrendo num risco imediato, como no caso dos adolescentes com diabetes ou epilepsia, ou num risco a médio prazo, como no caso dos adolescentes com alergias, asma ou doença do foro psiquiátrico (Machado et al., 2015).

2.3. O papel da escola

Preconiza-se que o adolescente com doença crónica tenha uma vida tão próxima da normalidade quanto possível, coordenando-se esforços para que a doença represente o menor entrave possível à convivência social, mantendo-se idealmente a frequência escolar (Azenha et al., 2012). À instituição cabe o papel de integrar os adolescentes com doença crónica, aceitando as suas limitações sem as amplificar, promovendo o seu sucesso escolar e inclusão efetiva (Barros, 2009).

Os adolescentes com doenças crónicas têm por norma experiências escolares mais pobres e piores resultados académicos comparativamente aos seus pares saudáveis sendo a severidade da doença e os efeitos secundários mais visíveis dos tratamentos consistentemente associados a esta situação (Lum et al., 2017), referindo estes adolescentes mais cansaço e dificuldade na execução de ações simples (Matos, 2022).

Os primeiros estudos sobre a relação entre os défices educacionais e a doença crónica, apontavam o absentismo secundário à doença como sendo a principal causa para o insucesso escolar (Layte & McCrory, 2011). De acordo com Oliveira (2017), adolescentes com doença crónica apresentam uma taxa de absentismo escolar muito superior quando comparados com os pares saudáveis, dados esses confirmados por Craven et al. (2023) que, num estudo com crianças com doença renal crónica, concluíram que cerca de 21,0% dos participantes perdiam 18 dias completos de aulas por ano.

O desinteresse escolar decorrente do absentismo, modifica a percepção sobre a escola, conduzindo a queixas subjetivas nas áreas da vitimização e do *stress* escolar (Mattos et al., 2012), sendo-lhe também associados episódios de somatização frequentes que influenciam negativamente a aprendizagem (Malkowska-Szkutnik & Mazur, 2019). Atualmente, novos estudos referem também o fraco ajuste psicológico como causa do insucesso escolar, sendo o adolescente com doença crónica mais propenso a ter problemas emocionais e de comportamento os quais justificam grandemente o fraco rendimento (Layte & McCrory, 2011).

A doença influencia então os aspetos psicossociais, comprometendo a escolarização pois, as condicionantes da doença, para além do prejuízo ao nível dos resultados escolares, conferem um sentimento de exclusão e de diferença imposto pela necessidade de faltar consecutivamente, condicionando a autoconfiança e o sentimento de pertença ao grupo (Santos & Lopes, 2017). Quanto maior for a ausência escolar e menor a participação nas atividades sociais relacionadas com a escola, maior será o risco de intimidação e a dificuldade em retomar a rotina, podendo surgir situações de fobia escolar (Azenha et al., 2012), limitativas da normal convivência social com os pares (Layte & McCrory, 2011).

Enquanto modelos de comportamento social, é premente que os professores apresentem atitudes de suporte que promovam a ligação do adolescente com doença crónica à escola (Lum et al., 2017), procurando ativamente a implementação de estratégias que facilitem o contacto escolar, incluindo nos períodos em que os alunos possam estar fisicamente ausentes, promovendo assim a manutenção escolar no *continuum* saúde-doença (Oliveira, 2017).

Não obstante, a percepção de apoio que os alunos com doença crónica referem por parte dos professores é variável. Se, em alguns casos, os adolescentes identificam as atitudes negativas e as baixas expectativas em relação ao seu desempenho escolar por parte dos professores como sendo fatores condicionadores e que determinam a baixa satisfação no que se refere ao apoio recebido, noutros contextos, os professores apresentam-se como figuras flexíveis e apoiantes (Oliveira, 2017).

Malkowska-Szkutnik & Mazur (2019), num estudo com adolescentes polacos, concluíram que os adolescentes com doença crónica referiam pior percepção sobre o apoio prestado pelos professores comparativamente aos pares saudáveis. Relativamente às barreiras de participação social e ao sucesso escolar, no estudo HBSC verificou-se que 18,3% dos participantes apontaram as condições físicas da escola, 15,8% mencionaram a própria doença e apenas 4,7% identificaram a atitude dos outros face à doença, incluindo dos professores, como sendo fatores condicionadores da participação e do sucesso escolar (Gaspar et al., 2022).

2.4. Profissionais de saúde enquanto figuras de referência

São os adolescentes que apresentam necessidades especiais de saúde, ou seja, que possuem um diagnóstico de doença crónica, um défice de desenvolvimento ou se encontrem em situação de fim de vida aqueles que se encontram em risco acrescido do desenvolvimento de alterações a nível físico, comportamental ou emocional, requerendo de forma mais exaustiva os serviços de saúde (Glassman, 2017, McPherson et al., 1998 citados por Charepe, 2020). Com vista à promoção dos melhores cuidados, o ambiente e a organização desses serviços deverão dar primazia à satisfação das necessidades efetivas do adolescente e respetiva família (Fernandes, 2020).

Determinando o diagnóstico de uma doença crónica um contacto próximo com os profissionais de saúde, estes passam a ser figuras de referência, com as quais adolescente e família interagem frequentemente. A qualidade da relação que o jovem e a família estabelecem com a equipa de saúde influencia a sua perceção de apoio social, auspiciando-se assim que se contruam efetivas parcerias de cuidados que, numa perspetiva holística, sejam facilitadoras do percurso de vida do adolescente com doença crónica (Charepe, 2020).

Para além da mera abordagem clínica, o profissional de saúde deve também ter em conta em conta a participação social do adolescente no espaço extra-hospitalar (Gaspar et al., 2019b). Nesse sentido, fazendo uso das suas melhores capacidades e recorrendo à transdisciplinaridade, o profissional de saúde deve procurar compreender o adolescente com doença crónica na sua integralidade, construindo uma relação terapêutica, sedimentada na confiança, empatia, cooperação e negociação, com vista à promoção da autonomia do jovem/família assim como à sua envolvimento no processo terapêutico (Ramos, 2020).

Também ao nível do apoio ao percurso escolar dos adolescentes com doença crónica, os profissionais de saúde desempenham um papel significativo, evidenciando-se o enfermeiro de saúde escolar como figura primordial na agilização e facilitação desse processo (Augusto et al., 2020). Ao enfermeiro responsável pela saúde escolar compete-lhe o desenvolvimento de planos de saúde individuais, em que se definam estratégias que permitam melhorar o controlo dos sintomas e a atuação mais ajustada em caso de emergência no contexto escolar (Pittet et al., 2010) objetivando-se, assim, mitigar os efeitos adversos da condição de saúde, contribuir para o suporte social mais ajustado e para a menor sobrecarga familiar (Quach et al., 2015 citados por Augusto et al., 2020).

3. *Bullying* e doença crónica

3.1. *Bullying*

Entende-se por agressão o comportamento intencional cujo objetivo é provocar danos físicos ou psicológicos a outra pessoa, causar perda ou danos materiais, podendo ou não esse comportamento infringir as leis vigentes (Loeber & Hey, 1997 citados por Martins, 2009). A agressão pode ser do tipo reativa (desencadeada pelos acontecimentos que a precedem, numa espiral emotiva de frustração, raiva e ataque) ou do tipo instrumental (desencadeada na perspetiva da obtenção de resultados, associando-se ao prazer e estimulação do ego) (Martins, 2009). Um conceito que surge associado ao de agressão é o conceito de vitimização, o qual diz respeito à experiência de ser alvo de agressão (Martins & Castro, 2010).

Sendo também designado por violência escolar ou maus tratos entre pares, o *bullying* é uma subcategoria da conduta agressiva (Martins, 2009) que, de acordo com a *United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization* (UNESCO), ocorre tipicamente em ambiente escolar, sobretudo nos locais com menor supervisão (UNESCO, 2019), distinguindo-se das situações de conflito ocasional, delinquência ou indisciplina com as quais não se encontra totalmente desconectado (Cardoso et al., 2015; Martins, 2007).

Sendo uma perturbação da boa convivência social, o *bullying* tem suscitado nas últimas décadas um elevado interesse tanto por parte da comunidade educativa como da sociedade em geral (Martins, 2009). Tratando-se de um constructo recente cujas primeiras investigações remontam aos anos 70, o *bullying* caracteriza-se pela repetição continuada no tempo, em que alguém mais forte ou em posição de maior poder abusa de outro, num contexto em que a vítima se encontra vulnerável e indefesa, com intuito de provocar mal-estar e ganhar controlo (Caetano et al., 2017; Cardoso et al., 2015; Olweus, 2013). Relaciona-se, portanto, com questões de dominação, repetição, intenção e assimetria de poder entre quem é vítima e agressor, que determinam o estabelecimento de um padrão, sendo uma conduta agressiva particularmente perniciosa na qual os agressores obtêm gratificação psicológica, estatuto dentro do grupo ou até ganhos materiais (Smith & Morita, 1991 citados por Martins, 2009).

Classicamente consideram-se três tipologias de *bullying*: *bullying* direto e físico (concretização ou ameaça de bater; roubar ou danificar objetos; coação sexual ou servil); *bullying* direto e verbal (insultar; ofender; gozar; atribuir alcunhas pejorativas; salientar defeitos ou deficiências dos colegas); *bullying* indireto ou relacional (exclusão; ameaçar com perda de amizade; difusão de boatos com vista à destruição da reputação e manipulação da vida

social dos pares) (Olweus, 1995, Morita et al., 1999, Smith & Sharp, 1995 citados por Martins 2005a).

Com a massificação das tecnologias de informação e comunicação, a interação social entre adolescentes tem-se modificado, surgindo novas formas de *bullying* (Matos, 2020). O *cyberbullying* segue o mesmo princípio do *bullying* tradicional, caracterizando-se pela “perseguição sistemática e deliberada por parte de alguém mais forte sobre o outro” (Matos, 2020, p.193), implicando o recurso a ferramentas tecnológicas que permitam a propagação de mensagens de carácter difamatório e hostil, com o objetivo de magoar deliberadamente o outro (Matos et al., 2016). Este tipo de *bullying* assume muitas vezes uma forma mais insidiosa que o *bullying* tradicional dada a possibilidade de anonimato, impunidade dos agressores e a incapacidade do controlo da informação divulgada (Caetano et al., 2017).

De acordo com a UNESCO (2019), um em cada três adolescentes com idades entre os 11 e os 15 anos foi vítima de *bullying* por parte dos pares, na escola, pelo menos uma vez, no mês anterior à data da referida publicação. Também a nível nacional o *bullying* se assume como um fenómeno merecedor intervenção estimando-se que, semanalmente, 16,5% dos adolescentes sejam vítimas de *bullying*, 7,1% sejam agressores, 8,7% sejam vítimas de *cyberbullying* e 4,0% sejam agressores com recurso ao *cyberbullying* (Gaspar et al., 2022).

As manifestações comportamentais que caracterizam o *bullying* surgem fortemente associadas às dinâmicas de funcionamento do grupo de pares. Assim, todos os que assistem, intervindo de forma mais ou menos ativa, desempenham um papel específico com influência na perpetuação da violência e celeridade da resolução do problema (Martins, 2007).

No que se refere ao papel desempenhado no *bullying*, para além das vítimas e dos agressores, existem também as vítimas/agressoras e os observadores. As vítimas/agressoras encontram-se duplamente envolvidas, intercalando o papel de vítima com o de agressor pois, tal como tal concluíram Walters (2020) e Falla et al. (2020), a experiência de ser vítima é um fator de risco para a perpetuação do *bullying* enquanto agressor, contribuindo assim continuidade ao ciclo de violência. Por sua vez, os observadores assumem papéis diversificados que variam desde o apoio ao agressor, à tentativa de defesa da vítima, podendo também estes indivíduos adotar uma postura de indiferença face aos conflitos (Martins, 2009).

De acordo com o modelo conceptual de Jessor (1992, citado por Martins, 2005a), existem aspetos relativos ao indivíduo e ao seu contexto social que se assumem como fatores de risco ou de proteção na adoção de condutas agressivas. Assim, o grupo de pares pode apresentar-se como um fator protetor caso condene a violência e garanta o apoio aos seus

membros (Martins, 2007), ou como um fator de risco para a incursão em condutas agressivas caso incremente a rejeição social do adolescente (Martins, 2005a).

O sexo parece ter uma influência significativa no *bullying*, sendo o envolvimento superior no sexo masculino, quer no papel de agressor (Catarino & Martins, 2009) quer no de vítima, verificando-se a predominância do *bullying* direto e físico (Martins 2005b; Martins, 2007; Rosário et al., 2017). Não obstante, alguns estudos oferecem uma perspetiva divergente, considerando o sexo feminino como o mais vitimizado, associando o sexo masculino ao papel de agressor e vítima/agressora (e.g. Carvalho et al., 2019; Gaspar et al., 2022) ou defendendo que ambos os sexos são igualmente agressores, mas empregando diferentes formas de agressão: os rapazes recorrem com maior frequência ao *bullying* direto e físico e as raparigas ao *bullying* direto e verbal e ao *bullying* indireto, de tipo mais psicológico e relacional (Martins, 2009; Matos, 2020). Já para Díaz-Aguado et al. (2004) o tipo de *bullying* mais frequente é a exclusão social, independentemente do sexo.

Parece existir também uma associação entre o envolvimento em *bullying* e o nível de escolaridade. A evidência aponta para que, com o avançar da escolaridade, se verifique a tendência para a diminuição do *bullying* físico surgindo outras formas de agressão associadas ao desenvolvimento das competências sociais durante adolescência (e.g. Carvalho et al., 2019; Carvalhosa, 2010; Martins, 2005b; Martins, 2007). No estudo HBSC verificou-se que eram os alunos mais novos aqueles que se envolviam mais frequentemente em fenómenos de *bullying*, assumindo-se com maior frequência como vítimas e/ou agressores, sendo os adolescentes mais velhos aqueles que mais utilizavam as novas tecnologias como forma de agressão (Gaspar et al., 2022). Rosário et al. (2007), num estudo com 80 adolescentes na região do Alentejo, corroboraram parcialmente esta tendência verificando que a taxa de vitimização diminuía mediante o avançar da escolaridade, contudo, a taxa de agressão parecia manter-se estável.

Todas as formas de abuso têm consequências negativas para os envolvidos, independentemente do papel que desempenhem (Mira et al., 2017; Pennel et al., 2020). Não sendo exceção, o *bullying* associa-se a distúrbios do sono, queixas psicossomáticas (e.g. cefaleias ou dor abdominal), compromisso significativo da saúde mental com repercussão na autoestima, autoconceito, convivência social e desempenho escolar sendo que, a longo prazo, estas consequências podem condicionar negativamente a vida adulta do jovem (Bussolo et al., 2019; Santos & Lopes, 2017; WHO, 2018). Não obstante, trata-se de um ciclo difícil de cessar pois a autoperceção social negativa é um fator preditor de *bullying* sendo agravada pela vitimização, ou seja, não somente o adolescente com determinadas características (e.g. baixa autoestima) se encontra em risco acrescido de vitimização, como o envolvimento em *bullying*

conduz à pior percepção das suas capacidades e características, com todas as consequências que daí advêm (Martins & Castro, 2010).

No estudo de Martins & Castro (2010) verificou-se que tanto agressores, como vítimas ou vítimas/agressoras eram mais frequentemente rejeitados pelos pares quando comparados com outras crianças ou adolescentes não envolvidos em fenómenos de *bullying*. Esta rejeição ocorria tanto no âmbito escolar como nas atividades de lazer, contudo, as vítimas e as vítimas/agressoras apresentavam índices mais elevados de rejeição comparativamente aos agressores. Enquanto as vítimas e vítimas/agressoras apresentavam poucos amigos, os agressores apresentavam um número de amigos semelhante ao identificado nos adolescentes não envolvidos em *bullying*. De acordo com o mesmo estudo, as vítimas eram perspectivadas como tendo menos competências sociais positivas quando comparadas com adolescentes não envolvidos em *bullying* ou até mesmo quando comparadas com os agressores.

Melo & Duarte (2011) concluíram que adolescentes com menor percepção de suporte social na escola evidenciavam mais comportamentos de vitimização. Ter amigos tem, portanto, um efeito protetor no âmbito do *bullying* pois, se por um lado os adolescentes agressivos podem reencenar a retaliação por parte dos amigos da vítima, por outro, o ter amigos associa-se à minimização do isolamento, tornando-se o adolescente um alvo menos evidente. Para além disso, os amigos são fonte essencial de aconselhamento sobre as melhores formas de lidar com os conflitos e ameaças (Hodges et al., 1997 citados por Martins & Castro, 2010).

A intervenção ajustada por parte da comunidade educativa em geral é determinante para o término destes fenómenos sendo que os esforços efetuados pelos professores para reduzir o *bullying* têm habitualmente resultados positivos, havendo respostas imediatas, coerentes e eficazes. Fazendo o professor uso da sua legítima autoridade e responsabilidade, estima-se que se verifique a cessação das agressões em 67,0% das situações. Não obstante, nem sempre os professores possuem os conhecimentos necessários para detetar e intervir adequadamente, podendo as suas crenças e ações contribuir significativamente para a ocorrência e continuidade dos conflitos entre pares (Silva & Bazon, 2017).

Procurando aferir os motivos para a agressão nas diferentes perspetivas de participação no *bullying* numa amostra normativa, Martins (2013) verificou que agressores e vítimas justificavam as mesmas de forma distinta. Se as vítimas associavam as agressões principalmente a motivos hedonistas, os agressores justificavam-nas maioritariamente como uma retaliação. Ainda assim, houve sempre referência à diferença percebida entre vítima e o grupo como causa de *bullying*, sendo esta condição identificada como razão para a agressão por 16,8% dos agressores e 15,3% das vítimas. Quanto aos sentimentos associados à vivência

de *bullying*, neste estudo as vítimas referiram principalmente não sentir nada (30,4%), sentir-se tristes (19,2%), mal (15,2%), inferiores (11,8%) ou com medo (10,6%). Por sua vez, os agressores referiram sentir-se bem (21,2%), nada (19,2%), mal (15,4%), arrependimento (11,5%) ou raiva (11,5%).

Procurando identificar as motivações para o *cyberbullying* numa amostra normativa de adolescentes, Caetano et al. (2017) concluíram que na ótica dos agressores estas se relacionavam maioritariamente com motivos hedonistas. Tendo uma perspetiva diferente, as vítimas identificaram primeiramente como causa para agressão os motivos de afiliação. Neste estudo, a diferença foi apenas mencionada por uma minoria dos agressores (0,8%). Relativamente às emoções percebidas por adolescentes vítimas de *cyberbullying*, tendo por base a mesma população referida no estudo anterior, Caetano et al. (2016) identificaram a tristeza, a vontade de vingança e o medo como sendo as emoções mais frequentes nas vítimas, enquanto a satisfação, a indiferença e o alívio foram as mais apontadas pelos agressores como sendo as mais experienciadas.

Estudos internacionais oferecem outras perspetivas. Forsberg e Thornberg (2016) apontam a diferença como motivo determinante para a ocorrência de *bullying*, perspetiva essa corroborada por Mulvey et al. (2018) que constataram que 26,7% dos adolescentes participantes no seu estudo haviam sido vítimas de *bullying* devido a questões de identidade e, desses, 22,4% referiram que as agressões se relacionavam com doenças diagnosticadas. Denominando-se este tipo de *bullying* como “*bias-based bullying*”, trata-se de um tipo de mau trato que acomete uma determinada identidade de grupo, implicando consequências mais graves comparativamente a outras experiências de *bullying* na medida em que se relaciona com diferenças próprias da identidade social, imutáveis, tais como doenças, incapacidades, orientação sexual ou raça (Mulvey et al., 2020).

3.2. *Bullying* em adolescentes com doença crónica

No caso específico da doença crónica, a evidência demonstra que o facto de ter amigos e uma boa rede de suporte social protege o adolescente de ser vitimizado, funcionando como um mecanismo de *coping* (McNicholas et al., 2020; Rosário et al., 2017). Porém, quando a aceitação por parte do grupo não se verifica, o adolescente acaba por ser considerado desviante, sendo mais vitimizado quando comparado com os pares sem patologia associada (e.g. Andrade & Alves, 2019; Malkowska-Szkutnik & Mazur, 2019; Pinquart, 2017; Pittet et al., 2010).

De todas as tarefas inerentes à adaptação do adolescente com doença crónica ao espaço escolar, o risco de envolvimento em fenómenos de *bullying* é o desafio mais complexo (Lahteenmaki et al., 2001; Santos & Lopes, 2017). Nos múltiplos estudos que comparam a probabilidade de ocorrência de *bullying* em adolescentes com ou sem doença crónica, verifica-se que a presença de doença determina um risco de vitimização até três vezes superior (Janssen et al., 2004; Lahteenmaki et al., 2001; Pittet et al. 2010), tendo também estes adolescentes uma probabilidade acrescida de estarem envolvidos em mais do que um tipo de *bullying* em simultâneo quando comparados com os pares saudáveis (Pittet et al., 2010).

As diferenças relativas ao sexo em contextos de *bullying* envolvendo adolescentes com doença crónica são descritas de forma distinta por diversos autores. Assim, se alguns estudos não identificam diferenças entre sexos no âmbito da vitimização (e.g. Lahteenmaki et al., 2001; McNicholas et al., 2020; Pinquart, 2017; Pittet et al., 2010; Sentenac et al., 2011), no trabalho de Pudasainne-Kapri et al. (2023) com adolescentes com asma, verificou-se que o género feminino era mais vitimizado em todas as formas de *bullying*, enquanto que no estudo de Stingeni et al. (2021) o sexo masculino é referido como aquele que mais se envolve em fenómenos de *bullying*.

Tal como nas populações normativas, nos contextos de doença crónica parece haver um envolvimento mais frequente em *bullying* por parte dos adolescentes mais novos (Rosário et al., 2017; Sentenac et al., 2011; Stingeni et al., 2021), contudo, alguns estudos não confirmaram essas diferenças (McNicholas et al., 2020; Pinquart, 2017; Pittet et al., 2010). A evidência aponta também no sentido da continuidade da agressão apesar do avançar da idade, contrariamente aquilo que reportam os estudos envolvendo adolescentes saudáveis. A título exemplificativo refere-se o estudo de Little (2002) no qual se verificou que os jovens continuavam a ser vitimizados frequentemente aos 17 anos. A idade aquando do diagnóstico não parece ser fator preditor de vitimização (Lahteenmaki et al., 2001).

A maioria dos estudos que envolvem adolescentes com doença crónica referem diferenças relativamente aos tipos *bullying* em que estes adolescentes se envolvem. Segundo Azenha et al. (2012), existe o predomínio da agressão física direta no género masculino e das ameaças verbais no género feminino. Não obstante, a exclusão social, característica do *bullying* indireto e relacional, é referenciada como principal forma de agressão em adolescentes com doença crónica por vários autores (e.g. McNicholas et al., 2020; Pittet et al., 2010). Por sua vez, Stingeni et al. (2021), num estudo com jovens com dermatite atópica, identificaram o *bullying* direto verbal e a exclusão social como as formas mais frequentes de maus tratos, referenciando como rotineiras a utilização de alcunhas pejorativas associadas à diferença imposta pela

doença, a utilização de termos inferiorizantes e o escárnio. No referido estudo, verificou-se que o impacto da doença na vida social dos jovens era muito significativo pois 65,6% dos participantes referiram comportamentos de isolamento, 44,2% evitavam festas, 42,3% desistiram de atividades escolares e 28,8% faltaram intencionalmente à escola para evitar situações potenciais de *bullying*.

Apesar de maioritariamente lhes ser atribuído o papel de vítima, os adolescentes com doença crónica assumem também papel de *bullies* e de vítimas/agressoras. Esta perspetiva foi confirmada por Cleave e Davis (2006) que, procurando aferir o papel de participação no *bullying* em crianças e jovens com necessidades especiais de saúde, concluíram que estas se tornam frequentemente vítimas/agressoras, justificando o achado com problemas emocionais, de comportamento ou limitações funcionais. Dados similares foram reportados outros autores (Hamiwka et al., 2009; Janssen et al., 2004; Piquart, 2017; Vinha & Martins, 2022).

Preconizando-se idealmente a continuidade escolar do adolescente com doença crónica, o envolvimento em *bullying* determina frequentemente mudanças de escola, dificuldades de adaptação ou evasão escolar (Silva et al., 2016). No estudo já mencionado de Craven et al. (2023), verificou-se que o *bullying* era uma das três principais razões para o absentismo escolar em crianças com doença crónica, juntamente com as idas ao médico e as queixas psicossomáticas.

Não obstante, importa compreender que para além de serem um grupo mais suscetível ao envolvimento em *bullying*, a participação nestes fenómenos acarreta um impacto significativo no equilíbrio saúde-doença, encontrando-se assim estes adolescentes em dupla desvantagem (Azenha et al., 2012; Gaspar et al., 2019b; Santos et al., 2013). Se por um lado os problemas de saúde, pela vulnerabilidade e desequilíbrio de poder que podem determinar, parecem contribuir para a vitimização prolongada, “uma vez presentes, parecem predispor à vitimização e são, quase sempre, seriamente agravados por essa condição” (Martins, 2007, p.57). Acresce ainda o facto de o *stress* associado à participação em fenómenos de *bullying* dificultar o controlo da doença, contribuindo para agudizações (Andrade & Alves, 2019; Maia & Araújo, 2004; Pittet et al., 2010; Vinha & Martins, 2022). A esse nível destaca-se a revisão de Andrade e Alves (2019) onde se concluiu que o controlo glicémico era inversamente proporcional ao aumento da frequência das agressões.

Associadas à participação em fenómenos de violência surgem frequentemente perturbações da saúde mental, também elas de carácter recorrentemente crónico (Bussulo et al., 2019; Fekkes et al., 2006), podendo determinar a fraca adesão aos tratamentos e a diminuição do autocuidado, com consequente aumento de comorbilidades (Andrade & Alves,

2019) e eventual impacto definitivo na saúde do adolescente (Santos & Paula, 2018). Em última instância, em circunstâncias muito específicas como no caso dos adolescentes com hemofilia, o *bullying* pode facilmente assumir consequências fatais (Santos & Paula, 2018).

Nem todos os adolescentes com doença crônica são envolvidos em situações de *bullying* de forma idêntica, verificando-se que adolescentes com determinados diagnósticos são mais vitimizados quando comparados com outros, com diagnósticos distintos, verificando-se, por isso, diferenças na participação no *bullying* ao nível do tipo de doença (Borsa & Nunes, 2011; Cheung & Wirrel, 2006; Hamiwka et al., 2009; Piquart, 2017; Wei et al., 2017).

Para Wei et al. (2017) crianças e adolescentes com asma, alergias e epilepsia são mais vitimizados quando comparados com adolescentes com diabetes ou obesidade. Por sua vez, Borsa e Nunes (2011), observaram que se evidenciam pela frequência no envolvimento em fenómenos de *bullying* adolescentes com diagnóstico de obesidade, transtornos do desenvolvimento e da cognição ou doenças que determinem dores crônicas. Já Haegele et al. (2020) verificaram que ter obesidade era um fator de risco mais significativo para a vitimização do que ser, por exemplo, portador de algum tipo de deficiência física.

De acordo com Azenha et al. (2012), quanto mais desfavorável for o diagnóstico, maior é a probabilidade de vitimização. Por sua vez, Wirrel et al. (2006) consideram que as condições de doença percebidas como meramente físicas têm, por norma, uma melhor aceitação social e menor exclusão, enquanto que as situações neurodivergentes ou as doenças psiquiátricas parecem ser consensualmente associadas ao maior risco de vitimização. Esta perspetiva é corroborada por diversos autores (Haegele & Zhu, 2023; Pittet et al., 2010), verificando-se que para além de serem mais vitimizados, os adolescentes com doença psiquiátrica são também mais frequentemente perpetradores de violência (Haegele & Zhu, 2023).

Adolescentes com subdesenvolvimentos cognitivos (e.g. paralisia cerebral) são referidos pelos colegas como apresentando limitações de compreensão, de participação e escassas oportunidades de inclusão social, ficando dificultado o estabelecimento de relações sociais, conduzindo assim ao isolamento e à rejeição destes adolescentes (La Greca et al., 2002). Frekkes et al. (2006) justificaram essa evidência ao considerarem existir uma maior permeabilidade ao *bullying* sobre pessoas com fragilidades de saúde mental comparativamente a pessoas com problemas físicos, sobretudo se incapazes de se defenderem.

Relativamente ao papel da família e respetiva relação com *bullying*, importa frisar o estudo realizado por Sentenac et al. (2010), cujos participantes foram adolescentes franceses e irlandeses com doença crônica, no qual se verificou que a facilidade de comunicação com o pai se correlacionava de forma significativa e inversa à vitimização, ou seja, adolescentes que

referiam poder contar mais com o pai e que mencionavam uma melhor relação com a figura paterna, eram menos vitimizados.

No que se refere aos motivos e justificações para o envolvimento dos adolescentes com doença crónica em *bullying*, verificou-se que a questão da diferença associada à doença assume uma relevância significativa, encontrando-se associada às alterações do aspeto físico (e.g. Oliveira, 2017), manifestações visíveis de doença (e.g. Wei et al., 2017; Wirrel et al., 2006), perpetuação do estigma e da desinformação (e.g. Cheung & Wirrel, 2006) e à necessidade de autocuidado (e.g. Andrade & Alves, 2019).

3.2.1. Alterações físicas

As características fenotípicas associadas à própria doença, aos tratamentos invasivos ou a terapêuticas necessárias ao controlo da doença crónica determinam muitas vezes mudanças na fisionomia do adolescente. As oscilações de peso, a alopecia ou, pelo contrário, o hirsutismo são apenas alguns exemplos da extensa panóplia de alterações físicas que podem advir do diagnóstico ou da vivência com doença crónica. As doenças oncológicas, que determinam uma alteração física significativa, são um exemplo flagrante da ameaça ao corpo ideal e consequente impacto na autoimagem e identidade (Oliveira, 2017). Nesse sentido, Lahteenmaki et al. (2001) verificaram que 77,0% dos adolescentes com doença oncológica referiam como causa de agressão a doença ou a aparência física.

De uma forma geral, as alterações físicas resultantes da doença podem ser expressas ao nível da aparência, do comportamento ou da expressão (e.g. verbal, locomotora), determinando que o indivíduo passe a ser visto como fora dos *standards* (Pittet et al., 2010; Thornberg, 2011). Quanto mais visível for a modificação física, maior a probabilidade de ser excluído pelo grupo e, consequentemente, ser vítima de *bullying* (Malkowska-Szkutnik & Mazur, 2019; Piquart, 2017). Para além disso, parece existir também uma associação entre a insatisfação com a imagem corporal por parte do adolescente com doença crónica e o *bullying* (Scutti et al., 2014).

Tendo por definição uma aparência distinta, os adolescentes com obesidade envolvem-se com elevada frequência em fenómenos de *bullying* (Borsa & Nunes, 2011; Piquart, 2017; Scutti et al., 2014), sendo-lhes frequentemente dirigidas ofensas verbais relacionadas com as limitações quotidianas impostas pelo peso que determinam um menor nível de participação em atividades com os pares (Mattos et al., 2012; Scutti et al., 2014).

No âmbito das doenças que determinam modificações físicas, Li et al. (2022) avaliaram de que forma eram perspetivados e incluídos pelos pares os adolescentes com alterações anatómicas, tendo-se verificado que 10,0% dos pares saudáveis demonstravam reservas em

integrar na sua equipa colegas com deficiência física. Os motivos apontados para estes resultados relacionavam-se com o medo que os colegas com deficiência se magoassem e com os desafios sociais inerentes à sua participação, nomeadamente pela maior probabilidade de ocorrência de *bullying* devido à exposição das suas fragilidades.

Também Kelly et al. (2021), numa revisão sistemática que incluía adolescentes até aos 18 anos com doenças dermatológicas tais como a psoríase, verificaram que a doença pode afetar negativamente a autoimagem, atividades diárias e a interação com os pares. De forma a mitigar os sentimentos negativos e o desconforto percebido, as crianças e adolescentes com doença crónica evitavam ir à escola, usavam roupas diferentes ou participavam em atividades extracurriculares distintas das dos colegas, experienciando assim formas de exclusão social.

3.2.2. Sinais visíveis da doença

Algumas doenças caracterizam-se pela persistência contínua não só da sintomatologia como também dos sinais da doença, tornando-a assim visível para os outros. Patologias do foro respiratório como a asma, determinam de forma recorrente sibilos ou esforço respiratório. Por sua vez, doenças alérgicas associam-se à presença de rinorreia, erupções cutâneas, lesões associadas ao prurido intenso ou edema palpebral. A presença deste tipo de sinais encontra-se associado a um maior risco de ocorrência de *bullying* em adolescentes pois os pares tendem a identificar estes sinais como incapacidades físicas que restringem a participação social e, consequentemente, conduzem à exclusão (Wei et al., 2017; Wirrel et al., 2006).

Outro exemplo de doença com sinais visíveis é a fibrose quística. Os adolescentes com esta doença apresentam caracteristicamente muitas secreções e acessos de tosse produtiva frequentes sendo essa uma condição que impacta de forma imediata os relacionamentos interpessoais. Os motivos apontados para essa situação por parte dos adolescentes saudáveis relacionam-se com receio da transmissibilidade enquanto que, para os adolescentes com fibrose quística, a presença desses sinais de doença despoleta sentimentos de vergonha e medo do estigma (Pizzignacco et al., 2010).

3.2.3. Estigma e falta de informação

Num estudo cujos participantes eram crianças com hemofilia, Santos e Lopes (2017) verificaram que as provocações de que estas crianças eram alvo relacionavam-se com a falta de conhecimento sobre a doença e com o sentimento de preconceito associado à noção de diferença. Já Cheung e Wirrel (2006), ao compararem adolescentes com e sem doença crónica, verificaram que os adolescentes com epilepsia eram perspetivados pelos pares como sendo

menos honestos, populares, divertidos e pouco interessados em atividades desportivas. A falta de conhecimento sobre a doença foi identificada como responsável pelo constante medo relacionado com a hipótese de convulsão e de transmissibilidade da doença, considerando os pares saudáveis uma grande responsabilidade ser amigo de alguém com este diagnóstico dado considerarem existir um elevado risco de ferimentos e morte não só para o adolescente com doença, como também para aqueles que o auxiliam durante os episódios convulsivos.

As doenças crónicas continuam assim ainda nos dias de hoje a agregar em si um conjunto de representações sociais (Giddens, 2008), sendo objeto de estigma (Ribeiro et al., 2017). Compreende-se por estigma a situação na qual o indivíduo não possui aceitação social plena, sendo geralmente a diferença apontada como fator desencadeante (Pizzignacco et al., 2010), encontrando-se a sua perpetuação associada à desinformação, razões históricas ou religiosas (Ribeiro et al., 2017). O estigma pode ser ou não intencional (Hinshaw, 2005), mas traduz-se sempre numa ameaça à identidade (Ribeiro et al., 2017). Essa ameaça pode condicionar o autocuidado e adesão a tratamentos bem como comprometer a socialização e a qualidade de vida (Pizzignacco et al., 2010).

Sendo o estigma mais frequente em condições com um grau de incapacidade manifestado por alterações cognitivas, sensitivas, motoras ou sociais (Rolland, 1994, Beacham & Deatrick, 2015 citados por Charepe, 2020), talvez o exemplo mais premente seja o caso das doenças psiquiátricas, cujas perceções enraizadas na sociedade condicionam frequentemente o desejo em pedir ajuda, levando ao medo da rejeição, tentando o adolescente gerir sozinho a sua doença, mantendo o segredo sobre a sua condição (Mulfinger et al., 2019). Moses (2014) reitera essa perspetiva, considerando que a necessidade de um internamento psiquiátrico durante a adolescência é perspetivada como sendo incongruente com os *standards* e aspirações do grupo de pares, pelo que se associa a fenómenos de exclusão social, com marcada subvalorização do adolescente, desrespeito e insultos frequentes.

Os adolescentes têm em geral muita informação à sua disposição, contudo, têm dificuldade em saber filtrá-la e distinguir fontes de informação credíveis (Matos, 2020). Cabe então à família, escola e aos adultos que com eles interagem nos diferentes cenários de socialização, nomeadamente no âmbito dos serviços de saúde, promover a literacia em saúde, capacitando-os na tomada de boas decisões em saúde quer a nível individual, quer comunitário.

Neste âmbito os professores são uma peça fundamental pois a falta de conhecimento dos docentes sobre a doença crónica representa um obstáculo à integração do adolescente e um fator potenciador de *bullying*. Atitudes negativas dos professores relativamente à doença crónica conduzem à estigmatização e associam-se a diferentes formas de agressão por parte

dos pares (Andrade & Alves, 2019; Oliveira, 2017; Santos & Lopes, 2017). Nesse sentido, os professores devem participar na aquisição de informação com vista à erradicação de mitos e representações errôneas da doença por parte da comunidade escolar (Santos & Paula, 2018), ultrapassando os constrangimentos da sua formação inicial em que a informação sobre saúde é reduzida (Augusto et al., 2020). Desta forma, irão capacitar-se na resposta às questões relacionadas com as especificidades da doença, tratamento e necessidades individuais do aluno, conseguindo assim não só protegê-lo como também contribuir para a convivência social ajustada e satisfatória no espaço escolar (Santos & Paula, 2018).

3.2.4. Autocuidado

O autocuidado relaciona-se com os comportamentos e atitudes adotadas no quotidiano no âmbito da manutenção do equilíbrio saúde-doença. Diferentes diagnósticos determinam necessidades individuais distintas pelo que, a título exemplificativo, pode ser necessária uma criteriosa gestão alimentar, moderação da atividade física ou da exposição ao meio, utilização de dispositivos médicos específicos ou o cumprimento de um regime terapêutico (Bertoldo et al., 2020). Apesar de estritamente necessário à melhor qualidade de vida do adolescente com doença crónica, o autocuidado pode associar-se a uma participação social limitada, com repercussão no desenvolvimento de relações próximas com os pares e, nesse sentido, é mencionado na literatura como motivo de *bullying* (Andrade & Alves, 2019).

No estudo de Andrade e Alves (2019), a monitorização da glicémia capilar e a administração de insulina, foram apontados como motivo ocorrência de *bullying*. Sendo procedimentos que envolvem dor e desconforto, a desmotivação para o autocuidado pode ser significativa e agravada quando esses procedimentos se tornem constrangedores ou não se encontrem reunidas as condições físicas no espaço escolar (Bertolo et al., 2020).

A não existência de locais que permitam a garantia da privacidade necessária à monitorização da doença e adesão terapêutica, podem inibir o autocuidado acarretando consequências negativas imediatas e a longo prazo. Por outro lado, a exposição da privacidade do adolescente, coloca-o em risco acrescido de vulnerabilidade, potenciando a ocorrência de situações de *bullying* (Andrade & Alves, 2019).

Wei et al. (2017) verificaram que a necessidade de cumprir um regime terapêutico diário para o tratamento da asma ou de alergias, se associava a um maior risco de vitimização. Por sua vez, Silva et al. (2016) concluíram que as restrições alimentares eram o principal fator apontado como condicionador do quotidiano em contexto de doença crónica, impactando a vida social do adolescente por se tratar de um aspeto elementar aos momentos de convívio e

de comemoração, implicando a recusa sistemática aos apelos sociais para uma ingesta menos adequada. Também nesse sentido, importa relevar o estudo de Fong et al. (2018), com adolescentes com alergias alimentares, no qual se verificou que 23,0% dos participantes eram vítimas de *bullying* tendo por motivo as restrições relacionadas com a alimentação.

Indispensáveis a um autocuidado ajustado e ao controlo da rigoroso da doença, advêm ainda a necessidade de frequência de consultas de vigilância, a realização periódica de exames complementares de diagnóstico ou, ocasionalmente, internamentos prolongados associados a eventuais agudizações da doença (Oliveira, 2017). Não sendo aspetos contornáveis na vivência da doença crónica representam, contudo, um elevado prejuízo no que se refere à frequência escolar, considerando-se que quanto maior for a ausência escolar menor será a participação nas atividades sociais e mais distante será a relação com os pares, verificando-se risco acrescido de exclusão (Layte & McCrory, 2011) ou de outras formas de *bullying* (La Greca et al., 2002).

Parte II – Estudo Empírico

4. Método

4.1. Tipologia de estudo

Diante da necessidade de compreender de forma mais profunda a temática em estudo, considerou-se pertinente o recurso à metodologia mista, ou seja, aquela que contempla o uso de técnicas e instrumentos próprios das abordagens quantitativas e qualitativas, ultrapassando constrangimentos paradigmáticos. Esta metodologia abarca em si a possibilidade de explorar fenómenos complexos numa perspetiva mais ampla pelo recurso à metodologia qualitativa, conferindo-lhe a credibilidade implícita aos métodos quantitativos (Amado & Ferreira, 2017).

Assim, através da metodologia quantitativa pretendeu-se obter dados quantificáveis, facilitando o desenvolvimento e validação dos conhecimentos relativos às variáveis em estudo. Por sua vez, através do recurso à metodologia qualitativa, procurou-se reunir descrições, explicações e significados atribuídos pelos participantes ao fenómeno (Fortin et al., 2009), recolhendo-se assim elementos que facilitassem a compreensão em profundidade de uma realidade subjetiva e múltipla como aquela que se pretendia estudar (Pocinho, 2012). Em suma, as estratégias metodológicas selecionadas permitiram duas perspetivas distintas, complementando-se, proporcionando assim uma visão mais abrangente dos fenómenos em estudo.

4.2. Critérios de constituição da amostra

Considera-se por população uma coleção de elementos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios (Fortin, 1999). Atendendo à dimensão da população em estudo, nomeadamente os adolescentes com doença crónica, verificou-se a necessidade de recorrer a um processo de amostragem.

Dada a dificuldade em obter uma amostra representativa da população de referência, optou-se por uma amostra não aleatória, de conveniência, que obedecesse aos seguintes critérios:

- i) idade compreendida entre os 13 e os 18 anos;
- ii) doença crónica medicamente diagnosticada há mais de três meses;
- iii) acompanhamento na Consulta Externa de Pediatria ou admissão no Serviço de Pediatria numa instituição hospitalar pertencente à região do Alentejo, em qualquer uma das

suas valências (hospital de dia, ambulatório ou internamento), durante o período de recolha de dados.

A definição da idade mínima de inclusão no estudo relacionou-se com a complexidade do Questionário de Exclusão e Violência Escolar (QEVE), um dos instrumentos utilizados na recolha de dados, habitualmente aplicado a partir do 7º ano do ensino básico, correspondendo assim à idade mínima de participação, ou seja, 13 anos. O limite máximo de idade definido para a participação, ou seja, 18 anos, relacionou-se com o fim da idade pediátrica conforme definida pelo Serviço Nacional de Saúde.

Para a seleção dos adolescentes seguidos na Consulta Externa de Pediatria, foi solicitada a colaboração das equipas médica e de enfermagem que, conhecendo os critérios de inclusão no estudo, referenciaram parte dos participantes.

4.3. Participantes no estudo quantitativo

Participaram na investigação empírica 112 adolescentes, dos quais 51 (45,5%) eram do sexo masculino e 61 (54,5%) eram do sexo feminino. Os participantes tinham idades compreendidas entre os 13 e os 18 anos, sendo a média de idades 15,38 anos, com um desvio padrão de 1,57 anos. A mediana foi de 15 anos e a idade mais frequente de participação foi 17 anos. A distribuição dos sexos por idade encontra-se expressa na tabela 1.

Tabela 1

Distribuição dos adolescentes por sexo e idade

Idades	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
13 anos	10	8,9%	6	5,4%	16	14,3%
14 anos	8	7,1%	14	12,5%	22	19,6%
15 anos	9	8,0%	11	9,8%	20	17,9%
16 anos	13	11,6%	8	7,1%	21	18,8%
17 anos	9	8,0%	14	12,5%	23	20,5%
18 anos	2	1,8%	8	7,1%	10	8,9%
Totais	51	45,5%	61	54,5%	112	100%

Nota: Arredondamentos de acordo com *software* de análise estatística IBM® SPSS® *Statistcs*. Fonte: Elaboração própria.

Procurou-se que o número de rapazes e raparigas fosse semelhante, contudo, verificou-se uma ligeira discrepância, tendo havido uma maior participação do sexo feminino. Não

obstante, estratificando a amostra em dois grupos etários, verificou-se que, do total de participantes, 24,0% eram rapazes com idades compreendidas entre os 13 e os 15 anos e 21,4% eram rapazes entre os 16 e os 18 anos; por sua vez, 27,7% eram do sexo feminino com idades entre os 13 e os 15 anos e 26,7% eram raparigas entre os 16 e os 18 anos. Apesar das ligeiras diferenças, cada grupo perfaz cerca de um quarto dos participantes, denotando-se assim uma distribuição equitativa no que diz respeito à idade.

Os participantes frequentavam níveis de escolaridade compreendidos entre o 7º ano e o ensino universitário, encontrando-se a distribuição dos sexos por nível de escolaridade na tabela 2. Da leitura da tabela torna-se perceptível que não participaram neste estudo adolescentes do sexo masculino que frequentassem o ensino superior e que a maioria dos adolescentes frequentava o 8º, 9º e 10º ano de escolaridade.

Tabela 2

Distribuição dos adolescentes por sexo e nível de escolaridade

Nível de escolaridade	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
7º ano	9	8,0%	2	1,8%	11	9,8 %
8º ano	7	6,3%	13	11,6%	20	17,9 %
9º ano	13	11,6%	12	10,7%	25	22,3 %
10º ano	11	9,8%	15	13,4%	26	23,2 %
11º ano	7	6,3%	8	7,1%	15	13,4 %
12º ano	4	3,6%	8	7,1%	12	10,7 %
EU	0	0,0%	3	2,7%	3	2,7 %
Totais	51	45,5 %	61	54,5 %	112	100 %

Nota: EU = Ensino universitário. Arredondamentos de acordo com *software* de análise estatística IBM® SPSS® Statistics. Fonte: Elaboração própria.

Considerou-se relevante analisar a distribuição das idades em função do nível de escolaridade, encontrando-se esses dados na tabela 3. Dos 112 participantes, 98 (87,5%) tinham as idades esperadas para o seu ano de escolaridade. Dos restantes 14 participantes, 13 (11,6%) encontravam-se em nível de escolaridade inferior ao esperado para a idade por motivos de reprovação, sendo que um adolescente frequentava um nível de escolaridade acima do esperado para sua idade.

Tabela 3*Distribuição dos adolescentes por idade e nível de escolaridade*

NE	13 anos		14 anos		15 anos		16 anos		17 anos		18 anos		Totais	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
7º ano	10	8,9%	1	0,9%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	11	9,8%
8º ano	5	4,5%	13	11,6%	2	1,8%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	20	17,9%
9º ano	1	0,9%	8	7,1%	9	8,0%	3	2,7%	3	2,7%	1	0,9%	25	22,3%
10º ano	0	0,0%	0	0,0%	9	8,0%	13	11,6%	3	2,7%	1	0,9%	26	23,2%
11º ano	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	5	4,5%	10	8,9%	0	0,0%	15	13,4%
12º ano	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	7	6,3%	5	4,5%	12	10,7%
EU	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	3	2,7%	3	2,7%
Total	16	14,3%	22	19,6%	20	17,9%	21	18,8%	23	20,5%	10	8,9%	112	100%

Nota: EU = Ensino universitário; NE = Nível de escolaridade. Arredondamentos de acordo com *software* de análise estatística IBM® SPSS® *Statistics*. Fonte: Elaboração própria.

Na tabela 4 encontra-se a distribuição dos participantes por tipologia de doença crónica. Os diagnósticos mais frequentes entre os participantes foram a diabetes (18,8%), a obesidade (16,1%) e as doenças psiquiátricas (14,3%) sendo os menos frequentes as doenças oncológicas (3,6%), doenças neurológicas (3,6%) ou cardíacas (1,8%). Foram ainda encontradas outras doenças não enquadráveis nas designações anteriores (11,6%) cuja especificidade determina a possibilidade de identificação dos participantes pelo que foram incluídas num grupo mais lato. A prevalência superior de determinados diagnósticos comparativamente a outros coincide com o tipo de consulta mais praticada na instituição onde foi efetuada a recolha de dados. De relevar que apesar de alguns participantes terem mencionado mais do que um diagnóstico de doença crónica, foi aferido junto dos mesmos qual o que mais impactava a sua vida de uma forma geral, tendo sido esse o diagnóstico selecionado para o tratamento de dados.

De modo a facilitar a análise estatística foram formados quatro grupos que se destacam por terem associadas maiores frequências:

- » Grupo I diz respeito aos adolescentes com diabetes *mellitus* tipo 1 (18,8%);
- » Grupo II diz respeito aos adolescentes com obesidade (16,1%);
- » Grupo III diz respeito aos adolescentes com doença psiquiátrica (14,3%);
- » Grupo IV aglomera todos restantes adolescentes (50,8%).

Tabela 4*Distribuição dos adolescentes por tipo de doença crônica*

Grupos	Tipo de doença crônica	n	%
I	Diabetes <i>mellitus</i> tipo 1	21	18,8%
II	Obesidade	18	16,1%
III	Doenças psiquiátricas	16	14,3%
IV	Doenças respiratórias	11	9,8%
IV	Doenças gastrointestinais	8	7,1%
IV	Doenças hematológicas	8	7,1%
IV	Doenças renais	7	6,3%
IV	Doenças oncológicas	4	3,6%
IV	Doenças neurológicas	4	3,6%
IV	Doenças cardíacas	2	1,8%
IV	Outras não enquadráveis nas anteriores	13	11,6%
I, II, III, IV	Total	112	100%

Nota: Arredondamentos de acordo com *software* de análise estatística IBM® SPSS® *Statistics*. Fonte: Elaboração própria.

Ainda no âmbito da caracterização dos participantes, considerou-se pertinente determinar a idade em que ocorreu o diagnóstico da doença tendo-se verificado que, na amostra em estudo, 31,3% dos adolescentes foram diagnosticados antes dos 5 anos de idade, 38,4% entre os 6 e os 11 anos de idade e 30,4% após os 12 anos de idade, ou seja, em plena adolescência. Verificou-se também que 83,0% dos participantes haviam sido diagnosticados há mais de um ano enquanto que os restantes 17,0% tinham sido diagnosticados recentemente, isto é, há menos de um ano.

Do total dos participantes, 86 (76,8%) referiram cumprir um regime terapêutico. De entre esses adolescentes, 39,1% referiram fazer medicação várias vezes ao dia, 47,1% mencionaram a necessidade de uma toma diária e os restantes 13,8% referiram frequências de administração de medicação mais espaçadas temporalmente. Relativamente aos internamentos, 69 (61,6%) dos participantes referiram ter já tido internamentos hospitalares. Desses adolescentes, 17,4% referiram mais do que sete internamentos, 21,7% referiram entre três a sete internamentos e os restantes 60,9% mencionaram um a dois internamentos.

Do total de participantes, 101 (90,2%) referiram ir habitualmente ao hospital para realização de exames complementares de diagnóstico, realização de procedimentos ou consultas, demarcando-se assim a necessidade de vigilância implícita aos diagnósticos dos participantes neste estudo. De entre os adolescentes que responderam afirmativamente, 8,9%

referiram ir ao hospital anualmente, 41,6% bianualmente, 24,8% mensalmente e 4,0% semanalmente. Os restantes 20,8%, referiram ir ao hospital pelo menos de três em três meses.

4.4. Participantes no estudo qualitativo

Participaram no estudo qualitativo quatro adolescentes, dos quais três eram do sexo feminino (75,0%) e um do sexo masculino (25,0%). A média de idades dos participantes foi 14,50 anos, a mediana 13,50 anos, sendo a idade mais frequente de participação 13 anos. O desvio padrão foi calculado em 2,38 anos.

Esta amostra foi selecionada de entre os adolescentes que participaram no estudo quantitativo devido à pertinência das respostas dadas e à disponibilidade demonstrada pelos próprios na participação também no estudo qualitativo. Para tratamento e posterior compreensão dos resultados obtidos, importa saber que:

» E1 - 13 anos de idade; 7º ano de escolaridade; diagnóstico de doença psiquiátrica há 7 anos; medicação diária; um internamento associado à doença crónica;

» E2 - 13 anos de idade; 8º ano de escolaridade; doença não enquadrável diagnosticada há 11 anos; medicação quinzenal; sem internamentos;

» E3 - 18 anos de idade; ensino universitário; diagnóstico de doença psiquiátrica há 10 anos; medicação em situações de crise; sem internamentos;

» E4 - 14 anos de idade; 7º ano de escolaridade; doença não enquadrável diagnosticada há 4 meses; medicação diária; dois internamentos associados à doença crónica.

4.5. Instrumentos de recolha de dados do estudo quantitativo

Para a obtenção de uma multiplicidade de dados quantificáveis que permitissem a realização de numerosas análises quantitativas e, consequentemente, uma maior compreensão dos fenómenos em estudo, foi utilizado como instrumento de recolha de dados o inquérito por questionário, tendo-se optado por um questionário de administração direta, ou seja, preenchido pelos participantes (Quivy & Campenhoudt, 1998).

Neste estudo, foram utilizados três questionários de autorrelato (Anexo A), entregues num só momento: Questionário sobre a Doença Crónica e a Relação com os Pares (QDCRP); Subescala do Apoio Social da Escala de Bem-estar Psicológico para Adolescentes (EBEPA); e QEVE. Encontram-se seguidamente descritos seguindo a ordem pela qual foram apresentados aos participantes.

4.5.1. QDCRP

O QDCRP, é um instrumento de elaboração própria, composto por três partes (parte I, II e III). As partes I e II pretendem, recolher dados sociodemográficos e caracterizar clinicamente os participantes, avaliando as necessidades individuais de saúde e de que forma a doença crónica interfere no seu quotidiano.

A parte III, denominada de Doença Crónica e Relação com os Pares, é composta por dois grupos de questões. O primeiro grupo procura aferir a existência de modificações na relação com os pares após o diagnóstico da doença crónica, auspiciando-se a identificação dos motivos para essas alterações, tendo sido criadas opções de resposta com base na revisão de literatura efetuada. O segundo grupo, referente à escala de Impacto da Doença Crónica na Relação com os Pares (IDCRP), diz respeito à perceção e aos sentimentos dos adolescentes relativamente à própria doença bem como ao impacto que esta tem no seu quotidiano e na convivência social com os pares.

Sendo composta por 14 itens, as respostas são feitas através de uma escala *Likert* de seis pontos (1 - nunca; 2 - raras vezes; 3 - algumas vezes; 4 - bastantes vezes; 5 - a maior parte das vezes; 6 - sempre). Optou-se pela escala de seis pontos como forma de evitar a escolha do ponto médio da escala, obrigando assim os adolescentes a optar por um dos polos de resposta, eliminando o enviesamento de resultados. A cotação da escala é obtida através da média das respostas aos itens, tendo assim um valor mínimo de 1 e um máximo teórico de 6. Quanto mais elevadas as médias, maior o impacto da doença na relação com os pares nos diferentes itens da escala.

Relativamente às características psicométricas da escala IDCPRP, foi analisada a sua fidelidade através do coeficiente de *alfa de Cronbach*, tendo-se obtido um alfa de 0.92. Este resultado permite concluir que o instrumento apresenta uma muito boa consistência interna, logo uma elevada fidelidade.

4.5.2. Apoio social (subescala da EBEPA)

A EBEPA, de Bizarro (2001a), é um instrumento que procura avaliar os aspetos que influenciam o bem-estar psicológico dos adolescentes, sendo composta por cinco dimensões (ansiedade; cognitiva-emocional negativa; cognitiva-emocional positiva; apoio social; perceção de competências). Atendendo aos objetivos da presente investigação, optou-se somente pela inclusão da subescala relativa ao apoio social, constituída por seis itens que avaliam a autoperceção de apoio social por parte dos pares.

As respostas são obtidas através de uma escala *Likert* de seis pontos (1 - nunca; 2 - raras vezes; 3 - algumas vezes; 4 - bastantes vezes; 5 - a maior parte das vezes; 6 - sempre), sendo referentes ao último mês à data da aplicação do instrumento. A cotação é obtida através da média das respostas aos itens, pelo que o mínimo teórico é 1 e o máximo teórico é 6, sendo a média teórica igual a 3,5. Quanto mais elevadas as médias, maior o apoio social por parte dos pares nos diferentes itens.

Relativamente às características psicométricas da EBEPa, estudos anteriores evidenciaram bons índices de consistência interna para todas as subescalas, apresentando a subescala do apoio social um *alfa de Chronbach* de 0,85 no estudo de Bizarro (2001a). Após cálculo do alfa verificou-se que este foi 0,88 no nosso estudo, valor discretamente superior ao encontrado no estudo original de Bizarro (2001a), permitindo assim concluir que o instrumento apresenta uma muito boa consistência interna, logo uma moderada a elevada fidelidade.

4.5.3. QEVE (adaptado)

O QEVE é um instrumento que avalia o tipo e o grau de envolvimento do indivíduo em condutas de *bullying*, no contexto escolar, reportando-se às ocorrências dos últimos dois meses, tendo sido adaptado por Martins (2009) a partir da versão original de Díaz-Aguado et al. (2004). Na versão de Martins (2009), o QEVE encontrava-se organizado em sete blocos de questões, contudo, atendendo aos objetivos do nosso estudo, excluíram-se os dois blocos relativos ao papel dos observadores, passando este instrumento a ser constituído por cinco blocos de questões:

» Bloco A - Composto por 13 questões relativas aos sentimentos dos adolescentes em diferentes lugares, situações e nos relacionamentos que estabelecem com as pessoas significativas da sua esfera social. A escala, é de escolha múltipla, podendo ir de 1 (muito mal) a 7 (muito bem). Frequências mais elevadas remetem para um melhor sentimento de bem-estar. Comparativamente à escala aplicada por Martins (2009), foi acrescentado um item relativo à relação com o namorado, apenas a ser preenchido quando aplicável;

» Bloco B - Composto por 15 itens que visam avaliar em que medida o participante foi vítima de diferentes formas de agressão. Cada item tem quatro hipóteses de resposta (1 - nunca; 2 - algumas vezes; 3 - muitas vezes; 4 - quase sempre). Relativamente à escala proposta por Martins (2009), optou-se por remover o item “Os meus colegas insultam-me e gozam-me” por se considerar que se encontra espelhado nos demais, substituindo-o por um novo item relativo ao *cyberbullying*, em consonância com o enquadramento teórico onde a importância desta forma de agressão foi evidenciada. No final deste bloco foram adicionadas duas perguntas

abertas, a serem respondidas caso o participante assinalasse alguma forma de vitimização, com intuito de compreender as justificações que as vítimas atribuem à agressão e os sentimentos despoletados na sequência da vitimização;

» Bloco C - Composto por 15 itens similares sintaticamente ao bloco anterior e com a mesma tipologia de opção de resposta (1 - nunca; 2 - algumas vezes; 3 - muitas vezes; 4 - quase sempre), mas que têm por objetivo determinar em que medida o participante foi agressor. Também aqui foi feita a substituição do item “Insultei e/ou gozei com um(a) colega” por um item relativo ao *cyberbullying*, tendo sido igualmente adicionadas duas perguntas de resposta aberta, com intuito de compreender as motivações para o envolvimento em *bullying* na ótica dos agressores bem como os sentimentos associados a esse fenómeno;

» Bloco D - Composto por 11 itens que pretendem determinar quem são as pessoas que constituem um apoio quando ocorrem situações de vitimização ou agressão, sendo a tipologia de resposta semelhante à dos blocos anteriores (1 - nunca; 2 - algumas vezes; 3 - muitas vezes; 4 - quase sempre). Também aqui foram adicionados à adaptação de Martins (2009) três novos itens relacionados com figuras que se consideram poder ser um apoio para os adolescentes com doença crónica, nomeadamente o psicólogo, o médico e o enfermeiro;

» Bloco E - Explora a atitude dos professores face a situações de vitimização ou agressão. É composto por sete itens e tem também quatro possibilidades de respostas (1 - nunca; 2 - algumas vezes; 3 - muitas vezes; 4 - quase sempre). A média teórica da escala é 2,5.

Relativamente às características psicométricas do QEVE, estudos anteriores evidenciaram bons índices de consistência interna, tendo Martins (2009) obtido um *alfa de Chronbach* de 0,84 na escala da vitimização e de 0,80 na escala de agressão. No nosso estudo, o alfa foi de 0,88 na escala da vitimização, permitindo concluir que o instrumento apresenta uma muito boa consistência interna, logo uma elevada a moderada fidelidade. Já na escala da agressão, o alfa foi de 0,63, ou seja, um valor inferior ao obtido por Martins (2009), permitindo concluir que o instrumento apresenta uma fraca consistência interna, logo uma baixa fidelidade no nosso estudo.

4.6. Instrumento de recolha de dados do estudo qualitativo

Um dos instrumentos mais relevantes no âmbito da pesquisa qualitativa em ciências sociais é a entrevista individual (Amado & Ferreira, 2017). De acordo com Quivy e Campenhoudt (1998) a entrevista permite ao investigador retirar “informações e elementos importantes de reflexão muito ricos e matizados” (p.192).

Selecionou-se a entrevista semidiretiva a qual, permitindo o contacto direto entre o investigador e os seus interlocutores, não contempla um grande número de perguntas precisas, sendo revestida de uma flexibilidade que permite ao investigador deixar o entrevistado falar de forma fluída, expressando ideias e sentimentos (Pocinho, 2012). Dado que a mesma situação pode ser vivenciada de forma distinta pelos diferentes participantes, esta técnica permite a emersão de um quadro razoavelmente representativo sobre os fenómenos em estudo, facultando uma base de interpretação sobre os mesmos (Tuckman, 2012). Nesta tipologia de entrevista cabe ao entrevistador o papel de direcionar o participante ao encontro dos objetivos definidos, sendo possível modelar a entrevista à compreensão do entrevistado, alterar a ordem das questões ou adicionar outras que, no momento, se considerem pertinentes com vista à exploração do tema, assumindo assim uma natureza essencialmente descritiva (Pocinho, 2012).

Nesse sentido, foi elaborado um guião (Anexo B) composto por três partes distintas:

» Parte I - Caracterização sociodemográfica - composta por questões relacionadas com as especificidades individuais que permitem a caracterização dos participantes (idade; sexo; nível de escolaridade; identificação da doença crónica; data do diagnóstico);

» Parte II - Doença crónica e convivência social com os pares - destinada à compreensão sobre a forma como foi vivenciado o diagnóstico e aceitação da doença; eventual repercussão na relação com os pares; apoio social autopercebido; particularidades da doença que condicionem a relação com os pares; sentimento de diferença imposto pela doença;

» Parte III - *Bullying* e doença crónica - composta por questões relacionadas com vitimização e agressão no contexto escolar, com as quais se procurou aferir as formas de participação no *bullying* (tipos de *bullying*; papéis desempenhados; frequências de envolvimento; motivações implícitas à participação; figuras de apoio; relação do envolvimento em *bullying* com as características da doença e momento do diagnóstico).

4.7. Procedimentos

Atendendo à especificidade do contexto onde decorreu este estudo, foram formalizados pedidos de parecer para aprovação do estudo às Comissões de Ética do IPP e da instituição hospitalar da região do Alentejo onde foram recolhidos os dados. Ambos os pedidos de parecer foram positivos à realização do estudo empírico (Anexo C e D).

4.7.1. Recolha de dados

A recolha de dados iniciou-se imediatamente após o parecer positivo por parte de ambas as Comissões de Ética, tendo compreendido o período entre 21 de março e 31 de julho de 2023.

Com vista à participação neste estudo, todos os contactos com os adolescentes e encarregados de educação foram efetuados pela investigadora.

Em todos contextos, após a apresentação da investigadora, foram expostos verbalmente os objetivos principais do estudo, tendo-se sempre sublinhado a natureza voluntária, anónima e confidencial da participação, salvaguardando-se assim as questões éticas, de privacidade, segurança e proteção dos dados pessoais preconizadas pela Comissão de Ética do IPP (2021). Todos os adolescentes e encarregados de educação tomaram conhecimento de que, a qualquer momento, poderiam desistir da participação no estudo, sem qualquer prejuízo para os próprios.

Com vista à sua inclusão no estudo, os adolescentes referenciados pela equipa médica e que tinham agendadas consultas de vigilância, foram abordados presencialmente pela investigadora, à semelhança dos seus encarregados de educação. O mesmo sucedeu com os adolescentes admitidos no Serviço de Pediatria. Estes adolescentes responderam aos questionários no próprio dia, na presença da investigadora, sendo recolhidos de imediato. Por norma, o seu preenchimento não ultrapassou os 15 minutos.

Quando apesar de referenciados os adolescentes não tinham uma marcação de consulta no período de recolha de dados ou, não tendo sido possível à investigadora comparecer no dia da consulta, foram efetuados contactos telefónicos aos encarregados de educação e, sempre que possível e facilitado pelos pais, também aos adolescentes, de forma a dar a conhecer o estudo e agilizar o processo de recolha de dados.

Em consonância com aquilo que as famílias consideravam como sendo mais viável, foram enviados questionários pelo correio, devolvidos posteriormente pela mesma via, com recurso a envelopes pré-pagos; efetuados contactos presenciais pela investigadora no espaço extra-hospitalar; e, pontualmente, recorreu-se à mediação por parte de terceiras pessoas referenciadas pelos pais ou pelos adolescentes, sendo o questionário devolvido em mãos, em envelope fechado de forma a salvaguardar a confidencialidade dos dados. Aos adolescentes com quem não foi possível o contacto presencial, foi sempre endereçada uma carta personalizada, com intuito de os mobilizar à participação no estudo. Dos 119 questionários entregues, 112 foram devolvidos devidamente preenchidos.

Relativamente ao estudo qualitativo, foram efetuados contactos presenciais ou telefónicos a fim de aferir a receptividade à participação nas entrevistas. Sendo já os participantes conhecedores do estudo e dos respetivos objetivos por terem preenchido previamente os questionários, foi explicada a pertinência da realização das entrevistas e a forma como estas iriam decorrer. Todas as entrevistas foram feitas presencialmente, tendo os locais onde decorreram sido escolhidos pelos participantes. Três das entrevistas contaram apenas com

a presença da investigadora e do participante, contudo, numa das entrevistas esteve também presente a mãe, a pedido do adolescente, não tendo esta interferido no decurso da mesma. Todas as entrevistas demoraram aproximadamente 40 minutos.

Foram entregues consentimentos informados, livres e esclarecidos por escrito. Quando a idade do participante era inferior a 16 anos, os consentimentos foram assinados pelos encarregados de educação (Anexo E), tendo sido obtido o assentimento verbal dos adolescentes relativamente à sua participação. Quando a idade dos participantes era igual ou superior a 16 anos, assinaram eles próprios o consentimento informado (Anexo F). Este procedimento foi ao encontro do preconizado pela Lei da Investigação Clínica (Lei n.º 21/2014, de 16 de abril alterada pela Lei n.º 49/2018, de 14 de agosto).

Em todos os consentimentos encontravam-se expressos os objetivos do estudo, sendo asseguradas as questões éticas, de privacidade, proteção, segurança e proteção dos dados pessoais de forma escrita. Aos encarregados de educação (Anexo G) ou aos participantes (Anexo F) do estudo qualitativo foi entregue um segundo consentimento, no qual, para além das garantias éticas, foi também solicitada a gravação da entrevista em suporte áudio, de modo a facilitar a posterior análise de conteúdo.

4.7.2. *Análise de dados*

Os dados recolhidos foram analisados mediante a sua tipologia. Assim, os dados recolhidos através de metodologia quantitativa, foram transferidos para uma base de dados no *software* de análise estatística IBM® SPSS® *Statistics* (versão 29), sendo posteriormente analisados e tratados estatisticamente. Todos os dados e arredondamentos que seguidamente se apresentam, encontram-se em consonância com o programa de análise estatística. De modo a manter o anonimato e a confidencialidade, facilitando em simultâneo a análise dos dados recolhidos, foi atribuído um código numérico a cada questionário. Por sua vez, os dados obtidos com recurso a metodologia qualitativa foram analisados através da análise de conteúdo.

5. Apresentação dos resultados

5.1. Análise do estudo quantitativo

5.1.1. Análise descritiva do QDCRP

Do total dos adolescentes com doença crónica, aproximadamente um terço (30,4%) referiu ter sentido alterações na relação com os colegas após o diagnóstico da doença. Tendo sido solicitado a esses adolescentes que identificassem todos os fatores responsáveis pelas modificações ocorridas ao nível das amizades e da convivência social com os pares, permitindo-se assim respostas múltiplas, cerca de metade identificou as alterações físicas secundárias à doença (47,1%) e a falta de informação (47,1%) como os principais fatores responsáveis pelas modificações ocorridas. Com elevada expressividade foram também selecionadas as opções necessidade de fazer medicação (41,2%), faltas escolares (41,2%) e as restrições secundárias à doença (41,2%). Os itens tratamentos necessários ao controlo da doença (26,5%) e internamentos (17,6%) foram os menos assinalados.

De entre os adolescentes que mencionaram as restrições associadas à doença como um dos fatores que mais contribuiu para alterações ao nível das relações com os amigos e colegas, 10 participantes especificaram essas restrições: três adolescentes associaram as modificações à frequência escolar (“não vou a todas as disciplinas”; “frequento o ensino especial”; “quando estou com uma crise asmática não posso fazer aula de educação física”); três adolescentes referiram restrições relacionadas ao autocuidado e à perceção de pouca liberdade (“[não poder fazer] esforço físico, passeios e comer como todos os outros”; “não poder andar livre”; “alertar para dar insulina e para medir valores”); os restantes quatro referiram os sentimentos menos positivos derivados da própria doença como sendo restritivos ao convívio com as pares (“isolamento; tristeza”), controlo parental excessivo (“dificuldade em sair com os amigos [por causa dos pais]”), diminuição da destreza física secundária à doença (“mobilidade, na atividade física”) e o facto da doença determinar exclusão (“ser excluído em certas ocasiões”).

Foram ainda apontados por uma minoria dos participantes (14,7%) outros fatores relacionados com a doença crónica que, na ótica dos adolescentes, interferiram de alguma forma na relação com os colegas e amigos, nomeadamente a incapacidade de controlo de impulsos, alterações emocionais e o sentimento de pena por parte dos outros. Foi mencionado apenas por um dos participantes que a doença contribuiu para a melhoria da relação com os colegas e amigos (“senti muito apoio, compreensão, preocupação e muito carinho”).

Relativamente à escala de IDCRP, os resultados encontram-se descritos na tabela 5. Analisando os dados obtidos, torna-se perceptível que apenas um terço dos participantes (33,9%) referiu que a doença nunca interferiu no seu quotidiano, pelo que os restantes dois terços (66,1%) referiram algum nível de limitação do seu dia-a-dia relacionado com a condição de doença. Apenas 21,4% dos participantes referiram não passar demasiado tempo a cuidar de si próprios pelo que os restantes 78,6% mencionaram algum grau de frequência relativamente ao facto de dispenderem demasiado tempo no autocuidado.

De entre os participantes, aproximadamente dois terços (61,6%) referiram algum nível restrição nas atividades que gostavam de fazer, mas que devido à situação de doença, não podem. Desses, praticamente um terço (28,5%) referiu que essa impossibilidade acontecia bastantes vezes, a maior parte das vezes ou sempre. A maioria dos adolescentes (60,7%) referiu nunca ser excluído de certas atividades, contudo, os restantes 39,4% mencionaram algum nível de exclusão associado à doença, valor este elevado e digno de reflexão.

Relativamente à forma como passaram a ser tratados pelos pares após o diagnóstico da doença crónica, cerca de dois terços dos participantes (65,2%) referiram não ter sentido mudanças na relação com os amigos e a maioria (59,8%) referiu também não ter sentido modificações na relação com os colegas. Ainda assim, foi possível constatar que houve com maior frequência modificações nas relações estabelecidas com os colegas e que mais de um terço dos colegas e dos amigos modificaram de alguma forma relação estabelecida com o adolescente após o diagnóstico da doença crónica. Esta discreta divergência entre amigos e colegas foi também evidenciada nas questões relacionadas com a aceitação do adolescente com doença crónica e no apoio social percebido. Os amigos foram referenciados como aceitando mais o adolescente e como garantindo um maior apoio quando comparados com os colegas.

Cerca de um terço dos participantes (35,7%) considerou que a doença contribuiu, com alguma frequência, para a dificuldade em fazer novos amigos e um quarto dos adolescentes (25,0%) considerou que a doença dificultou, em algum momento, a sua relação com o sexo oposto. Apesar da maioria ter referido não se sentir diferente dos pares, uma percentagem significativa (42,9%) considerou sentir-se de alguma forma diferente, sendo que 8,9% dos adolescentes com doença crónica referiram sentir-se sempre diferentes quando comparados com os amigos e colegas. De salientar que 42,0% dos adolescentes referiram que a doença crónica os colocou, em algum momento, numa posição de vulnerabilidade para serem vitimizados, sendo que 8,0% mencionaram que a doença os tornou um alvo fácil para serem sempre vítimas de abuso.

Tabela 5*Frequências relativas aos itens da escala IDCRP*

Itens da escala IDCRP	Nunca	Raras vezes	Algumas vezes	Bastantes vezes	A maior parte das vezes	Sempre	Total
10.1. Limita o meu dia-a-dia na escola.	38 (33,9%)	23 (20,5%)	30 (26,8%)	4 (3,6%)	7 (6,3%)	10 (8,9%)	112 (100%)
10.2. Passo demasiado tempo a cuidar de mim.	24 (21,4%)	33 (29,5%)	32 (28,6%)	14 (12,5%)	4 (3,6%)	5 (4,5%)	112 (100%)
10.3. Há coisas que gostava de fazer e não posso.	43 (38,4%)	14 (12,5%)	23 (20,5%)	13 (11,6%)	8 (7,1%)	11 (9,8%)	112 (100%)
10.4. Sou excluído de certas atividades.	68 (60,7%)	18 (16,1%)	12 (10,7%)	7 (6,3%)	4 (3,6%)	3 (2,7%)	112 (100%)
10.5. Mudou a forma como os amigos me tratam.	73 (65,2%)	14 (12,5%)	12 (10,7%)	3 (2,7%)	2 (1,8%)	8 (7,1%)	112 (100%)
10.6. Mudou a forma como os colegas me tratam.	67 (59,8%)	13 (11,6%)	16 (14,3%)	6 (5,4%)	1 (0,9%)	9 (8,0%)	112 (100%)
10.7. É difícil fazer amigos.	72 (64,3%)	16 (14,3%)	10 (8,9%)	3 (2,7%)	7 (6,3%)	4 (3,6%)	112 (100%)
10.8. Dificulta a minha relação com o sexo oposto.	84 (75,0%)	8 (7,1%)	7 (6,3%)	1 (0,9%)	6 (5,4%)	6 (5,4%)	112 (100%)
10.9. Os amigos têm dificuldade em aceitar-me.	93 (83,0%)	10 (8,9%)	4 (3,6%)	2 (1,8%)	1 (0,9%)	2 (1,8%)	112 (100%)
10.10. Os colegas têm dificuldade em aceitar-me.	81 (72,3%)	11 (9,8%)	11 (9,8%)	4 (3,6%)	2 (1,8%)	3 (2,7%)	112 (100%)
10.11. Os amigos apoiam-me de forma insuficiente.	78 (69,6%)	18 (16,1%)	7 (6,3%)	0 (0,0%)	4 (3,6%)	5 (4,5%)	112 (100%)
10.12. Os colegas apoiam-me de forma insuficiente.	70 (62,5%)	14 (12,5%)	14 (12,5%)	3 (2,7%)	4 (3,6%)	7 (6,3%)	112 (100%)
10.13. Sou diferente dos meus amigos/colegas.	64 (57,1%)	6 (5,4%)	21 (18,8%)	6 (5,4%)	5 (4,5%)	10 (8,9%)	112 (100%)
10.14. Tornou-me um alvo fácil para que abusem.	65 (58,0%)	16 (14,3%)	10 (8,9%)	8 (7,1%)	4 (3,6%)	9 (8,0%)	112 (100%)

Fonte: Elaboração própria.

Analisando as médias de cada item da escala IDCRP, as quais se encontram expressas na tabela 6, verificou-se que os itens que apresentaram médias mais altas foram, por esta ordem: a impossibilidade de fazer algumas coisas; o passar demasiado tempo a cuidar de si próprio; a limitação do quotidiano; o ser diferente dos colegas e amigos; tornar-se um alvo fácil para que

abusem. Assim, os itens que mais parecem impactar o cotidiano do adolescente com doença crônica são aqueles que se associam às restrições impostas pela doença, ao autocuidado e à percepção de diferença, sendo também de relevar a percepção de vulnerabilidade para o abuso associada à doença. Em oposição, os itens que apresentaram médias mais baixas e que parecem ter tido menos impacto relacionam-se com o convívio com os pares e foram, por esta ordem: a dificuldade dos amigos em aceitar; a dificuldade dos colegas em aceitar; o apoio insuficiente dos amigos; a dificuldade na relação com o sexo oposto; a dificuldade em fazer novos amigos.

Tabela 6

Estatística descritiva de cada item da escala IDCRP

Itens da escala IDCRP	Média	DP	Mínimo	Máximo	n
10.1. Limita o meu dia-a-dia na escola.	2,54	1,57	1	6	112
10.2. Passo demasiado tempo a cuidar de mim.	2,61	1,30	1	6	112
10.3. Há coisas que gostava de fazer e não posso.	2,66	1,69	1	6	112
10.4. Sou excluído de certas atividades.	1,84	1,31	1	6	112
10.5. Mudou a forma como os amigos me tratam.	1,85	1,47	1	6	112
10.6. Mudou a forma como os colegas me tratam.	2,00	1,53	1	6	112
10.7. É difícil fazer amigos.	1,83	1,40	1	6	112
10.8. Dificulta a minha relação com o sexo oposto.	1,71	1,46	1	6	112
10.9. Os amigos têm dificuldade em aceitar-me.	1,34	0,94	1	6	112
10.10. Os colegas têm dificuldade em aceitar-me.	1,61	1,19	1	6	112
10.11. Os amigos apoiam-me de forma insuficiente.	1,65	1,30	1	6	112
10.12. Os colegas apoiam-me de forma insuficiente.	1,91	1,48	1	6	112
10.13. Sou diferente dos meus amigos/colegas.	2,21	1,67	1	6	112
10.14. Tornou-me um alvo fácil para que abusem.	2,08	1,61	1	6	112

Nota: DP = Desvio padrão. Fonte: Elaboração própria.

5.1.2. Análise descritiva da subescala do apoio social da EBEPA

Na tabela 7 apresentam-se os resultados obtidos com a subescala do apoio social da EBEPA de Bizarro (2001a). Da sua leitura, constatou-se que no mês anterior à obtenção dos dados a maioria dos participantes teve sempre colegas ou amigos com quem passar os tempos livres (50,9%), considerou ter alguém verdadeiramente seu amigo (52,7%) e referiu ter sempre colegas ou amigos com quem gostou de estar (55,4%).

Não obstante, excluindo a categoria “sempre” e fazendo o somatório das categorias restantes para cada item da escala, foi possível verificar que, em algum momento, 60,7% dos participantes referiram não ter tido um amigo íntimo que os compreendesse; 58,0% referiram

que nem sempre tiveram um amigo a quem contar os seus problemas; 59,8% referiram que nem sempre tiveram alguém com quem desabafar. Desta análise depreende-se que, apesar de a maioria dos participantes considerar ter amigos ou colegas com quem gostou de estar, parece existir uma menor proximidade aos pares naquilo que se refere à compreensão efetiva dos seus problemas ou à possibilidade de partilha das suas inquietações e desabafos, sendo de evidenciar que 14,3% dos adolescentes referiram não ter em momento algum um amigo íntimo que os compreendesse.

Tabela 7

Frequências relativas à subescala do apoio social da EBEPA

Itens da subescala do apoio social da EBEPA	Nunca	Raras vezes	Algumas vezes	Bastantes vezes	A maior parte das vezes	Sempre	Total
11.1. Tive um amigo íntimo que me compreendeu.	16 (14,3%)	8 (7,1%)	19 (17,0%)	9 (8,0%)	16 (14,3%)	44 (39,3%)	112 (100%)
11.2. Tive um amigo a quem contar os meus problemas.	12 (10,7%)	9 (8,0%)	12 (10,7%)	11 (9,8%)	21 (18,8%)	47 (42%)	112 (100%)
11.3. Tive colegas/amigos com quem passar os tempos livres.	4 (3,6%)	7 (6,3%)	14 (12,5%)	15 (13,4%)	15 (13,4%)	57 (50,9%)	112 (100%)
11.4. Achei que tinha alguém com quem podia desabafar.	10 (8,9%)	8 (7,1%)	17 (15,2%)	14 (12,5%)	18 (16,1%)	45 (40,2%)	112 (100%)
11.5. Achei que tinha alguém verdadeiramente meu amigo.	9 (8,0%)	6 (5,4%)	10 (8,9%)	13 (11,6%)	15 (13,4%)	59 (52,7%)	112 (100%)
11.6. Tive colegas/amigos com quem gostei de estar.	1 (0,9%)	4 (3,6%)	8 (7,1%)	15 (13,4%)	22 (19,6%)	62 (55,4%)	112 (100%)

Fonte: Elaboração própria.

Esta perceção foi confirmada pelos dados constantes na tabela 8, relativos às médias obtidas nos diferentes itens da subescala da EBEPA. Apesar de todos os itens terem pontuado acima da média teórica, através da leitura da tabela verificou-se que os itens referentes ao ter amigos/colegas com quem gostaram de estar, ter com quem passar os tempos livres e o considerar alguém como verdadeiramente como amigo apresentaram médias superiores aos itens relacionados com o ter um amigo íntimo que efetivamente os compreendesse, ter alguém a quem contar os problemas ou desabafar e ter um amigo a quem contar os problemas.

No estudo de Bizarro (2001b), verificou-se que a média do somatório dos seis itens da subescala do apoio emocional era de 4,05 no grupo com doença crónica renal e 4,97 no grupo de adolescentes saudáveis, sendo esse valor 4,62 no nosso estudo. Assim, considera-se que apesar dos participantes do nosso estudo, que engloba doenças com vários tipos de severidade, percecionarem um apoio social inferior ao de uma amostra normativa, quando comparados com adolescentes com um tipo de doença crónica bastante impactante, parecem ter uma superior percepção de apoio social por parte dos pares.

Tabela 8

Estatística descritiva de cada item da subescala do apoio social da EBEPA

Itens da subescala do apoio social da EBEPA	Média	DP	Mínimo	Máximo	n
11.1. Tive um amigo íntimo que me compreendeu.	4,19	1,858	1	6	112
11.2. Tive um amigo a quem contar os problemas.	4,44	1,759	1	6	112
11.3. Tive com quem passar os tempos livres.	4,79	1,502	1	6	112
11.4. Tinha alguém com quem desabafar.	4,40	1,695	1	6	112
11.5. Tive alguém verdadeiramente meu amigo.	4,75	1,652	1	6	112
11.6. Tive amigos/colegas com quem gostei de estar.	5,13	1,197	1	6	112

Nota: DP = Desvio padrão. Fonte: Elaboração própria.

5.1.3. Análise descritiva do QEVE

5.1.3.1. Sentimentos relativos a diferentes lugares e pessoas

Na tabela 9 apresenta-se a descrição, em termos de valores mínimos e máximos, médias e desvios padrão, das respostas dadas pelos adolescentes aos primeiros 13 itens do QEVE, que questionavam sobre como se sentiam nos diferentes lugares e situações os adolescentes com doença crónica. A sua análise, permitiu constatar que os adolescentes referiram sentir-se muito bem na maioria das situações e com a maior parte das pessoas com as quais se relacionam, alcançando pontuações próximas do valor máximo. Destacaram-se, como melhores que as restantes a relação com a mãe, com o namorado e o sentir-se bem em casa. As pontuações mais baixas, embora sempre acima da média teórica de 4, associaram-se ao sentir-se bem na escola, na turma e com os colegas.

Tabela 9

Estatística descritiva relativa à forma como se sentiram os adolescentes nos diferentes lugares e na relação com os outros do QEVE

Diferentes lugares e pessoas	Média	DP	Mínimo	Máximo	n
12.1. Em casa	6,28	1,15	2	7	112
12.2. Com o teu pai	5,73	1,85	1	7	108
12.3. Com a tua mãe	6,46	1,10	1	7	112
12.4. Na escola, em geral	5,08	1,70	1	7	112
12.5. Na tua turma	5,08	1,77	1	7	112
12.6. Com os(as) professores(as)	5,39	1,61	1	7	112
12.7. Com o que aprendes na escola	5,36	1,50	1	7	112
12.8. Com os teus amigos	6,10	1,39	1	7	112
12.9. Com os teus colegas	5,12	1,73	1	7	112
12.10. Com os tempos livres	6,27	1,25	1	7	112
12.11. Contigo mesmo	5,48	1,93	1	7	112
12.12. Com o teu futuro	5,49	1,54	1	7	112
12.13. Caso se aplique, com o teu namorado(a)	6,41	0,84	4	7	41

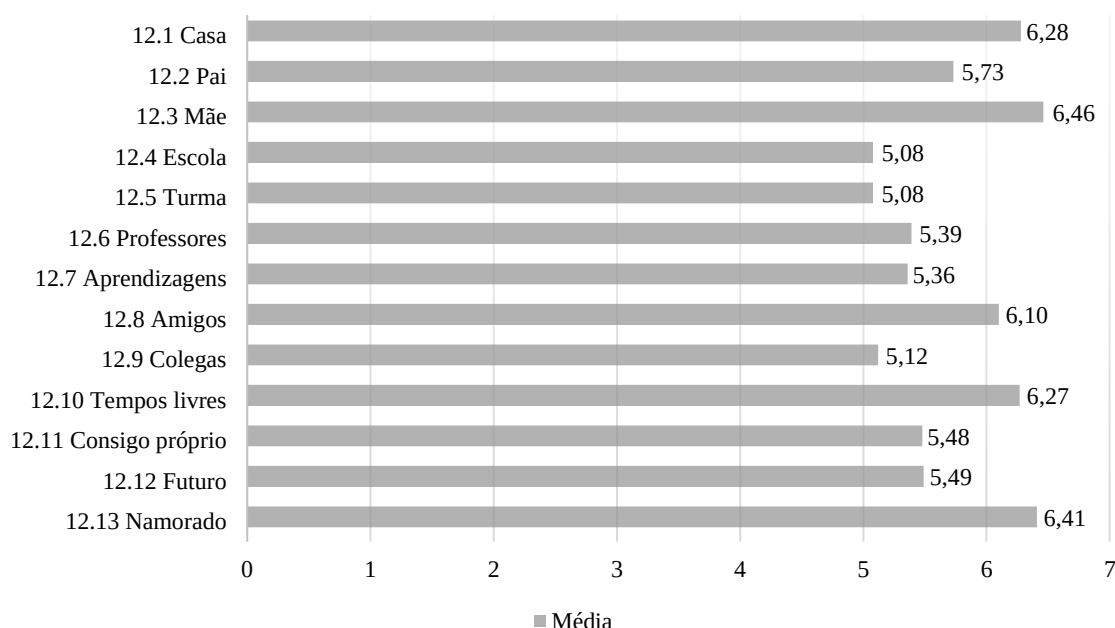
Nota: DP = Desvio padrão. Fonte: Elaboração própria.

De forma a facilitar a sua compreensão, estes valores foram representados graficamente (gráfico 1), simplificando-se assim a interpretação sobre o sentimento de melhor bem-estar associado a determinados lugares e pessoas comparativamente a outros.

Comparando estes resultados com os obtidos por Martins (2009), verificou-se que, de uma forma geral, os adolescentes com doença crónica parecem sentir-se pior em todos os locais e na relação com os outros quando comparados com uma amostra normativa, apresentando somente um sentimento de maior bem-estar no que se refere à mãe, aos professores e às aprendizagens. As principais diferenças relacionam-se, por esta ordem, com as médias relativas ao sentir-se bem com os colegas, consigo próprio, com a turma e com os amigos. Em todos estes itens, as médias que se apresentam na tabela 8, são inferiores em pelo menos 0,45 face às médias obtidas por Martins (2009).

Gráfico 1

Médias relativas à forma como se sentiram os adolescentes nos diferentes lugares e na relação com os outros



Fonte: Elaboração própria.

5.1.3.2. Escala da vítima

Em seguida apresentam-se as distribuições de frequência das respostas dadas às diferentes situações de vitimização que ocorreram na escola, nos últimos dois meses, encontrando-se na tabela 10 as frequências para cada uma das respostas aos 15 itens da escala da vítima do QEVE.

Analisando os dados, as condutas relativas ao *bullying* indireto do tipo relacional foram aquelas que obtiveram frequências superiores, sendo que 40,2% dos participantes referiram que os colegas falavam mal de si, 32,1% mencionaram ser ignorados, 24,2% consideraram ser rejeitados pelos pares e 22,4% referiram ser impedidos de participar em determinadas atividades verificando-se, por isso, a predileção pela exclusão social enquanto forma de agressão. Sublinha-se a elevada frequência da situação “escondem-me coisas”, típica do *bullying* direto e físico, que com 35,8% foi a segunda forma de vitimização mais escolhida. O *bullying* direto e verbal apresentou também alguma expressividade, tendo 23,3% dos participantes referido que os colegas lhes chamavam nomes ofensivos.

No âmbito da vitimização, releva-se ainda que alguns participantes mencionaram outras condutas de *bullying* físico direto, tendo 11,6% referido ser ameaçados, 9,0% roubados, 8,1% viram os seus pertences serem danificados de forma propositada e 7,2% referiram ser agredidos

fisicamente. Os itens relacionados com a intimidação através de insultos sexuais (5,4%) ou à coerção (1,8%) obtiveram nesta amostra frequências pouco expressivas, contudo, sendo formas mais gravosas de vitimização, devem ser relevadas. O item adicionado a esta escala, relativo ao uso das redes sociais e da internet como forma de agressão, apresentou também pouca expressão na amostra em estudo (4,5%).

Tabela 10

Frequências das respostas aos itens da escala da vítima do QEVE

Itens da escala da vítima do QEVE	Nunca	Algumas vezes	Muitas vezes	Quase sempre	Total
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
13.1. Os colegas ignoram-me.	76 (67,9%)	23 (20,5%)	8 (7,1%)	5 (4,5%)	112 (100%)
13.2. Os colegas impedem-me de participar nas suas atividades.	87 (77,7%)	20 (17,9%)	2 (1,8%)	3 (2,7%)	112 (100%)
13.3. Os colegas falam mal de mim.	67 (59,8%)	33 (29,5%)	3 (2,7%)	9 (8,0%)	112 (100%)
13.4. Os colegas rejeitam-me.	85 (75,9%)	15 (13,4%)	5 (4,5%)	7 (6,3%)	112 (100%)
13.5. Os colegas chamam-me nomes que me ofendem e ridicularizam.	86 (76,8%)	15 (13,4%)	5 (4,5%)	6 (5,4%)	112 (100%)
13.6. Os colegas escondem-me coisas.	72 (64,3%)	27 (24,1%)	7 (6,3%)	6 (5,4%)	112 (100%)
13.7. Os colegas estragam-me coisas.	103 (92,0%)	7 (6,3%)	1 (0,9%)	1 (0,9%)	112 (100%)
13.8. Os colegas roubam-me coisas.	102 (91,1%)	7 (6,3%)	2 (1,8%)	1 (0,9%)	112 (100%)
13.9. Os colegas batem-me.	104 (92,9%)	5 (4,5%)	0 (0,0%)	3 (2,7%)	112 (100%)
13.10. Os colegas ameaçam-me para me meter medo.	99 (88,4%)	12 (10,7%)	0 (0,0%)	1 (0,9%)	112 (100%)
13.11. Os colegas obrigam-me a fazer coisas que não quero com ameaças.	110 (98,2%)	2 (1,8%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	112 (100%)
13.12. Os colegas intimidam-me com frases ou insultos de carácter sexual.	106 (94,6%)	4 (3,6%)	0 (0,0%)	2 (1,8%)	112 (100%)
13.13. Os colegas obrigam-me a ter comportamentos ou a participar em situações de carácter sexual.	112 (100%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	112 (100%)
13.14. Os colegas ameaçam-me com armas (facas; bastões; etc.).	112 (100%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	112 (100%)
13.15. Os colegas insultam-me e ridicularizam-me através da internet.	107 (95,5%)	5 (4,5%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	112 (100%)

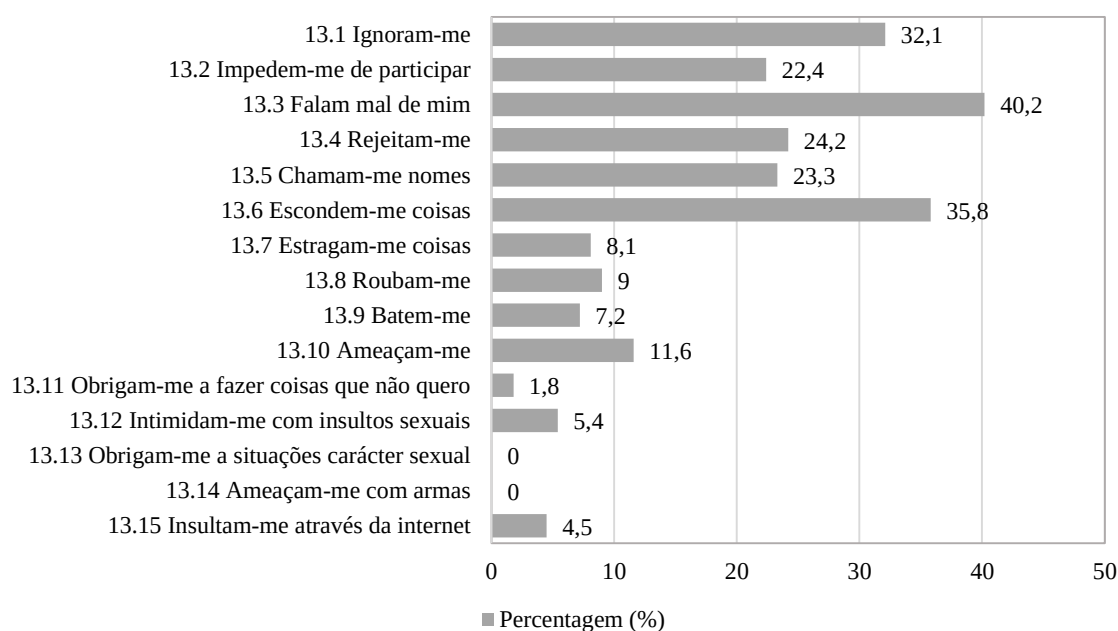
Fonte: Elaboração própria.

Comparando dos dados obtidos com os estudos com jovens madrilenos (Díaz-Aguado et al., 2004) e portugueses (Martins, 2009; Melo & Duarte, 2011) que utilizam o QEVE em amostras normativas, verificou-se que as principais formas de agressão nesses estudos se relacionavam também com condutas associadas ao *bullying* indireto, contudo, constatou-se uma prevalência superior relativamente às condutas de agressão verbal face às condutas de agressão física, contrariamente ao identificado no nosso estudo.

No gráfico 2 apresenta-se um resumo dos comportamentos relativos a ter experienciado vitimização na escola, tendo sido somadas as percentagens referentes às alternativas de resposta “algumas vezes”, “muitas vezes” e “quase sempre”, facilitando-se assim a compreensão da análise efetuada anteriormente.

Gráfico 2

Comportamentos relativos à experiência de ser vítima na escola (“algumas vezes”; “muitas vezes”; “quase sempre”)



Fonte: Elaboração própria.

Analisando conjuntamente a tabela 10 e o gráfico 2 comparativamente aos resultados obtidos por Martins (2009), verificou-se que, à primeira vista, os dados relativos aos adolescentes com doença crónica são menos expressivos face aos obtidos na amostra normativa. A título exemplificativo realça-se que no estudo de Martins (2009) o item “falam mal de mim” foi mencionado com algum grau de frequência por 63,0% dos participantes e o

item “ignoram-me” por 45,0%, tendo os dados relativos aos adolescentes com doença crónica sido 40,2% e 32,1%, respetivamente. Assim, os dados obtidos no item “falam mal de mim” no nosso estudo foram mais próximos dos resultados obtidos por Díaz-Aguado et al. (2004), que obtiveram uma percentagem nesse item de 45,5%.

Não obstante, os restantes itens da escala relativos à exclusão social (“impedem-me de participar”; “rejeitam-me”) apresentaram percentagens mais elevadas nos adolescentes com doença crónica comparativamente às encontradas por Martins (2009). Relativamente ao estudo de Díaz-Aguado et al. (2004), ressaltam-se as diferenças no item “rejeitam-me” que no nosso estudo obteve uma frequência de 22,4%, sendo que no estudo normativo essa frequência foi de apenas 14,6%. Assim, comparando os três estudos, foi no estudo com adolescentes com doença crónica que foi reportada uma maior rejeição pelos pares.

Apesar de terem pouca expressão no total da amostra, as formas de violência com agressão menor (“roubam-me coisas”; “batem-me”) ou grave (“intimidam-me com frases de carácter sexual”) registaram uma maior frequência nos adolescentes com doença crónica quando comparados com uma amostra normativa (Martins, 2009). Comparando os três estudos, foi no que diz respeito aos adolescentes com doença crónica, que se verificaram as frequências mais elevadas no item “ameaçam-me para me meter medo”.

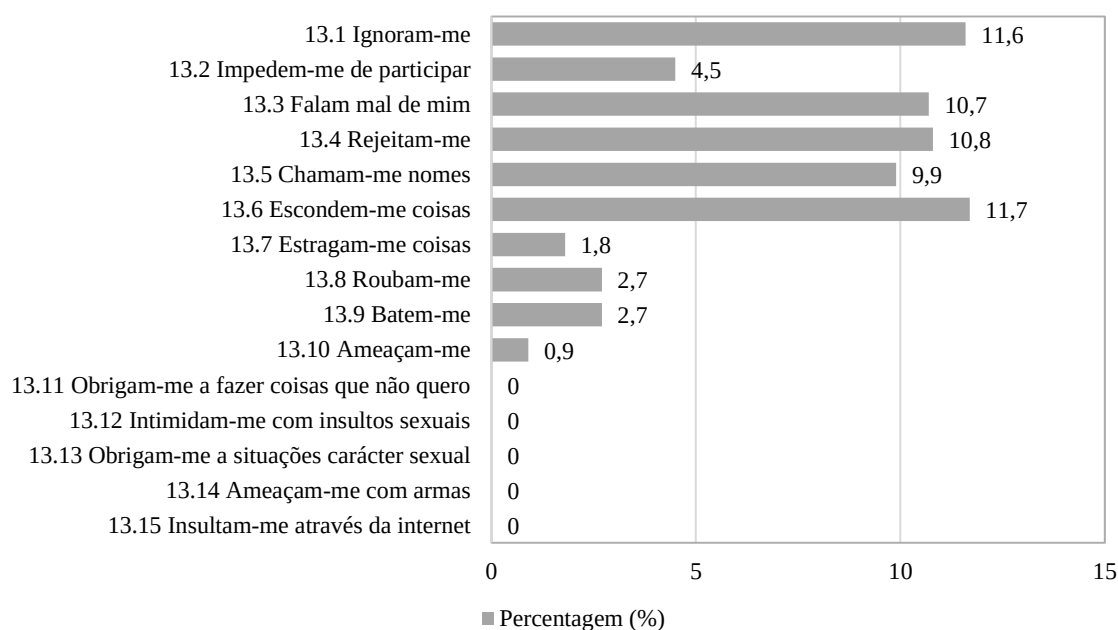
Atendendo a que o envolvimento em *bullying* se relaciona com a continuidade das agressões, considerou-se pertinente analisar quais as frequências nos diferentes itens da escala da vítima que acontecem “muitas vezes” ou “quase sempre”, apresentando-se os resultados no gráfico 3. Da análise do gráfico verificou-se que os comportamentos que ocorreram “muitas vezes” ou “quase sempre” com maior frequência foram, por esta ordem: “escondem-me coisas” (11,7%); “ignoram-me” (11,6%); “rejeitam-me” (10,8%); “falam mal de mim” (10,7%); “chamam-me nomes” (9,9%). Atendendo à diferença substancial comparativamente às frequências identificadas quando incluída a categoria “algumas vezes”, considera-se que, provavelmente, um número significativo das agressões relatadas aconteceu ocasionalmente, não constituindo efetivas situações de *bullying*.

Da análise do gráfico 3, foi possível ainda constatar uma discreta inversão na ordem dos comportamentos mais frequentes, contudo, à semelhança do que aconteceu quando incluída a categoria “algumas vezes”, as situações relatadas que aconteceram “muitas vezes” ou “quase sempre” também se enquadravam maioritariamente no âmbito do *bullying* indireto e relacional. Não obstante, em primeiro lugar surgiu a conduta “escondem-me coisas”, característica do *bullying* físico e direto. Situações de agressão grave (“obrigam-me a fazer coisas que não quero”; “intimidam-me com insultos sexuais”; “obrigam-me a situações de carácter sexual”;

“ameaçam-me com armas”) não tiveram representatividade na amostra em estudo tal como o item “insultam-me através da internet”, adicionado especificamente para este estudo.

Gráfico 3

Comportamentos relativos à experiência de ser vítima na escola (“muitas vezes”; “quase sempre”)



Fonte: Elaboração própria.

Comparando os dados obtidos com o estudo de Díaz-Aguado (2004) após eliminar a categoria “algumas vezes”, verificou-se que os adolescentes com doença crónica apresentam frequências bastante superiores nos itens “ignoram-me”, “falam mal de mim”, “rejeitam-me” e ligeiramente superiores nos itens “batem-me”, “escondem-me coisas” e “chamam-me nomes”. Essa diferença ficou ainda mais evidente quando se compararam os resultados obtidos com os de Martins (2009), tendo-se verificado que os adolescentes com doença crónica apresentaram frequências substancialmente superiores em praticamente todos os itens da escala da vítima, exceção feita ao item “ameaçam-me para meter medo” e aos quatro itens relativos a formas de agressão grave. As frequências relativas às condutas de vitimização nos adolescentes com doença crónica ultrapassaram em dobro as de Martins (2009) nos itens “ignoram-me”, “impedem-me de participar”, “escondem-me coisas” e “batem-me”; em triplo nos itens “falam mal de mim”, “chamam-me nomes” e “roubam-me”; e até em quádruplo no item “rejeitam-me”. Desta forma, depreende-se que os adolescentes com doença crónica foram

vítimas de agressão de forma mais continuada quando comparados os adolescentes pertencentes às amostras dos estudos normativos.

5.1.3.3. Justificações, sentimentos e emoções associados à vitimização

De entre os 61 (54,5%) participantes que foram vítimas de alguma forma de agressão, 43 (38,4%) responderam à questão aberta que pretendia encontrar a justificação para a ocorrência deste tipo de situações. Essas justificações encontram-se resumidas na tabela 11 cuja análise permitiu constatar que o principal motivo apontado pelos adolescentes com doença crónica para a vitimização foi a diferença, quer fosse a nível físico, quer fosse associada à forma de se expressarem ou à diferença imposta por passarem muito tempo em contexto hospitalar. Esta justificação foi referida por mais de um quarto dos participantes (27,9%).

As questões de afiliação, nomeadamente o não gostarem de si ou a influência dos pares, foram mencionadas por 14,0% dos adolescentes enquanto 9,3% consideraram que a culpa destas situações é tanto da vítima como do agressor. Foram também referidas como justificação para a vitimização as faltas de respeito (7,0%), as divergências de opiniões (7,0%) e os motivos hedonistas (4,7%). Pela sua fraca representatividade nesta amostra, as justificações morais como a retaliação foram incluídas na categoria outros motivos. Releva-se ainda que 11,6% dos adolescentes que responderam a esta questão referiram não saber como justificar a vitimização.

Tabela 11

Justificações para a vitimização na perspetiva dos adolescentes com doença crónica

Categorias	Exemplos	Total	
		n	%
Ser diferente dos outros	“Pelo meu peso”; “Não gostam que eu seja diferente e por isso fazem coisas más”; “Acham estranho o que é diferente deles”; “Não me expresso de forma ‘normal’ ou ‘aceitável’”; “Por passar muito tempo no hospital”; “Por causa das minhas cicatrizes”.	12	27,9%
Afiliação	“Porque eu não me queria relacionar com o amigo dele”; “Talvez por influência de amigos”; “Têm mais intimidade entre eles”; “Nem toda a gente é obrigada a gostar de mim”; “Porque não gostam de mim”.	6	14,0%
Ambas as partes são culpadas	“A culpa vem das duas partes”; “Ninguém é santo: todos falam ou já falaram mal dos outros”; “Somos adolescentes, acontece com todos”.	4	9,3%
Divergência de opiniões	“Não defendo os mesmos ideais e opiniões”; “Discordamos em certos temas ou questões”.	3	7,0%

Categorias	Exemplos	Total	
		n	%
Falta de respeito	“Estão sempre a rebaixar, a insultar... Faltas de respeito!”; “Falta de respeito e de educação”; “Não respeitam as pessoas”.	3	7,0%
Brincadeira	“É tudo na brincadeira”.	2	4,7%
Não sabe	“Não sei o que eles estão a pensar”; “Não tenho a certeza”.	5	11,6%
Outros motivos	“Talvez precisassem daquele material”; “Por coisas que eu digo ou publico na internet”; “São parvos”; “Inveja”; “Porque os ignorei a eles primeiro”.	8	18,6%

Fonte: Elaboração própria.

Comparando os dados obtidos com o estudo de Martins (2013), verificou-se que no caso dos adolescentes com doença crónica a diferença como causa para a agressão foi mencionada com maior frequência (27,9%), sendo esse valor inferior no estudo com a amostra normativa (15,3%). Os motivos hedonistas mencionados como principal justificação para o *bullying* na amostra normativa (31,1%), no nosso estudo não tiveram uma representatividade significativa (4,7%). Por outro lado, justificações como a divisão de culpas entre quem é vítima e agressor não foram mencionadas na amostra normativa, algo que pode ser explicado pela média superior de idades dos adolescentes do nosso estudo, que provavelmente determinou uma maior capacidade de compreensão de diferentes perspetivas para além das suas. Releva-se ainda a influência dos pares, associada às questões de afiliação, que se constatou ser mais frequente no nosso estudo (14,0%) comparativamente ao estudo de Martins (2013) em que essa percentagem foi residual (1,0%).

Estes adolescentes, vítimas de alguma forma de *bullying*, foram também indagados sobre como se que sentiam aquando da ocorrência das agressões, tendo-se obtido um total de 43 respostas, cuja súmula se encontra na tabela 12. De acordo com a tabela, onde se encontram expressos sentimentos e emoções referenciados pelos adolescentes, a indiferença foi o sentimento predominante entre as vítimas, tendo sido mencionada por praticamente um terço dos adolescentes (30,2%).

O sentir-se mal, referenciado por 16,3% dos adolescentes vitimizados, merece particular atenção pelas justificações apontadas pelos participantes, que denotam elevado sofrimento emocional. Atendendo ao contexto em análise, evidencia-se a frequência obtida relativamente à emoção medo (14,0%), a qual surgiu sempre acompanhada das palavras rejeição ou exclusão. Sentimentos e emoções negativas como a tristeza (14,0%), a mágoa/desconforto (9,3%) ou a raiva (4,7%) foram também mencionados. Com menor

frequência surgiram outros sentimentos, nomeadamente de culpa, a necessidade de evasão ou a incompreensão relativamente à situação de doença.

Tabela 12

Sentimentos e emoções relacionados com a experiência de ser vítima

Categorias	Exemplos	Total	
		n	%
Indiferença	“Aqueles pessoas e o que dizem, não tem qualquer significado para mim”; “Nada”; “Sinto-me normal.”; “Indiferente porque é pontual”.	13	30,2%
Mal	“Mal comigo mesma”; “Extremamente mal, sinto que não devia existir neste mundo”; “Que não estava cá a fazer nada, que não sou nada”.	7	16,3%
Medo da rejeição/ exclusão	“Medo, pensava que não me ia conseguir adaptar”; “Rejeitada”; “Rejeição e receio que nunca vá conseguir fazer amigos na turma”; “Excluída”; “Senti que não pertencia ao mesmo espaço que eles”.	6	14,0%
Tristeza	“Alguma tristeza”.	6	14,0%
Mágoa/ Incómodo	“Um pouco magoada”; “Chateado”; “Incomodada”.	4	9,3%
Raiva	“Raiva. Quão baixo vão?”; “Raiva, ódio”.	2	4,7%
Outros	“Elas não percebem o que é fazer ferro intravenoso durante quatro horas seguidas”; “Culpada”; “Senti vontade de sair daquele lugar”.	5	11,6%

Fonte: Elaboração própria.

Comparando os dados obtidos com o estudo de Martins (2013), verificou-se que apesar de justificarem a vitimização de forma diferente, a forma como adolescentes saudáveis e com doença crónica referiram sentir-se nestes contextos foi semelhante, sendo que em ambos os estudos o sentimento mais frequente foi a indiferença. No estudo de Martins (2013) foram seguidamente mencionados como mais frequentes a tristeza (19,2%), o sentir-se mal (15,2%) e o medo (10,6%), emoções e sentimentos também mencionados no nosso estudo com frequências próximas, tal como é perceptível pela leitura da tabela 12.

5.1.3.4. Escala do agressor

De seguida, apresentam-se as distribuições de frequência das respostas dadas às diferentes situações de agressão que ocorreram na escola, nos últimos dois meses. Na tabela 13 encontram-se as frequências para cada uma das respostas aos 15 itens da escala do agressor do QEVE.

Tabela 13*Frequências das respostas aos itens da escala do agressor do QEVE*

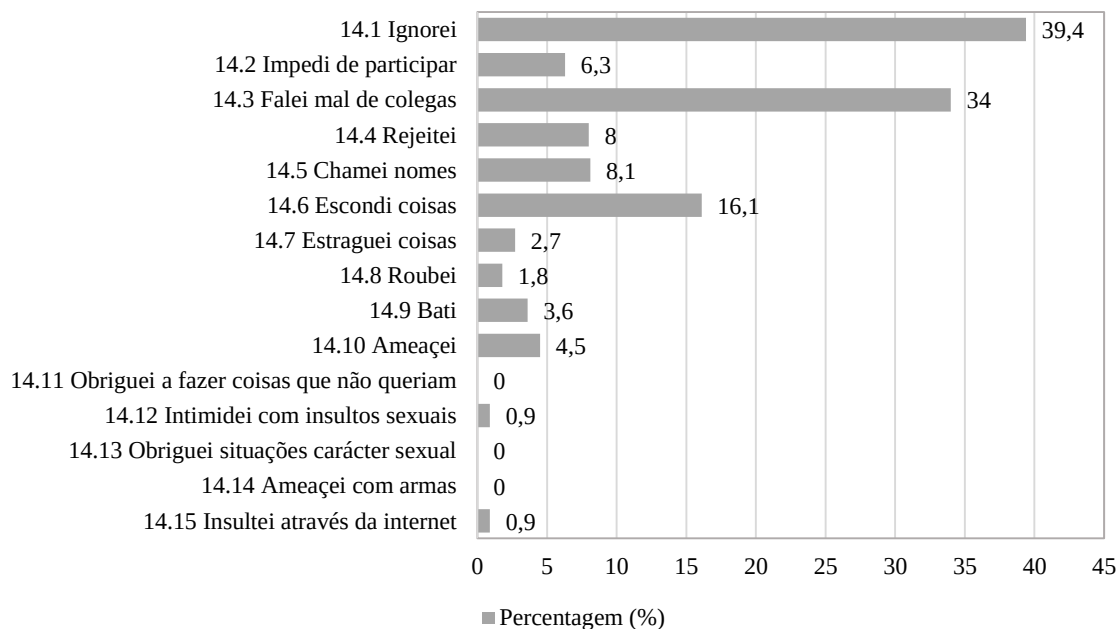
Itens da escala do agressor do QEVE	Nunca	Algumas vezes	Muitas vezes	Quase sempre	Total
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
14.1. Ignorei um colega.	68 (60,7%)	32 (28,6%)	6 (5,4%)	6 (5,4%)	112 (100%)
14.2. Impedi um colega de participar nas minhas atividades.	105 (93,8%)	7 (6,3%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	112 (100%)
14.3. Falei mal de um colega.	74 (66,1%)	34 (30,4%)	3 (2,7%)	1 (0,9%)	112 (100%)
14.4. Rejeitei um colega.	103 (92,0%)	8 (7,1%)	0 (0,0%)	1 (0,9%)	112 (100%)
14.5. Chamei nomes que ofendem e ridicularizam a um colega.	103 (92,0%)	7 (6,3%)	1 (0,9%)	1 (0,9%)	112 (100%)
14.6. Escondi as coisas de um colega.	94 (83,1%)	15 (13,4%)	2 (1,8%)	1 (0,9%)	112 (100%)
14.7. Estraguei as coisas de um colega.	109 (97,3%)	2 (1,8%)	0 (0,0%)	1 (0,9%)	112 (100%)
14.8. Roubei as coisas de um colega.	110 (97,3%)	0 (0,0%)	2 (1,8%)	0 (0%)	112 (100%)
14.9. Bati em um colega.	108 (96,4%)	2 (1,8%)	1 (0,9%)	1 (0,9%)	112 (100%)
14.10. Ameacei um colega, para lhe meter medo.	107 (95,5%)	4 (3,6%)	0 (0,0%)	1 (0,9%)	112 (100%)
14.11. Obriguei através de ameaças um colega a fazer coisas que não queria.	112 (100%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	112 (100%)
14.12. Intimidei um colega com frases ou insultos de carácter sexual.	111 (99,1%)	1 (0,9%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	112 (100%)
14.13. Obriguei um colega a ter comportamentos ou a participar em situações de carácter sexual.	112 (100%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	112 (100%)
14.14. Ameacei um colega com armas (facas; bastões; etc...).	112 (100%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	112 (100%)
14.15. Insultei ou ridicularizei um colega através da internet.	111 (99,1%)	0 (0,0%)	1 (0,9%)	0 (0,0%)	112 (100%)

Fonte: Elaboração própria.

No gráfico 4 apresenta-se um resumo dos comportamentos relativos às formas de agressão por parte dos adolescentes com doença crónica. Foram seleccionadas as percentagens relativas às alternativas de resposta “algumas vezes”, “muitas vezes” e “quase sempre”.

Gráfico 4

Comportamentos relativos à experiência de ser agressor na escola (“algumas vezes”; “muitas vezes”; “quase sempre”)



Fonte: Elaboração própria.

As frequências relativas às condutas de agressão na escola foram inferiores às frequências de vitimização, tal como é facilmente perceptível pela comparação dos gráficos 2 e 4. O único item que apresentou maior frequência entre aqueles que agredem comparativamente aos adolescentes vitimizados foi a conduta ignorar, relacionada, portanto, com a exclusão social, ou seja, *bullying* indireto e que foi referida por 39,4% dos participantes. Seguidamente, as condutas mais frequentes entre os agressores foram, por esta ordem: “falei mal de colegas” (34,0%); “escondi coisas” (16,1%); “chamei nomes” (8,1%); “rejeitei” (8,0%); “impedi de participar em atividades” (6,3%). Assim, tal como na vitimização, as formas de agressão mais frequentes foram essencialmente a exclusão social e a agressão física, ou seja, também ao nível da agressão parece existir um predomínio do *bullying* indireto e do direto e físico entre os adolescentes com doença crónica.

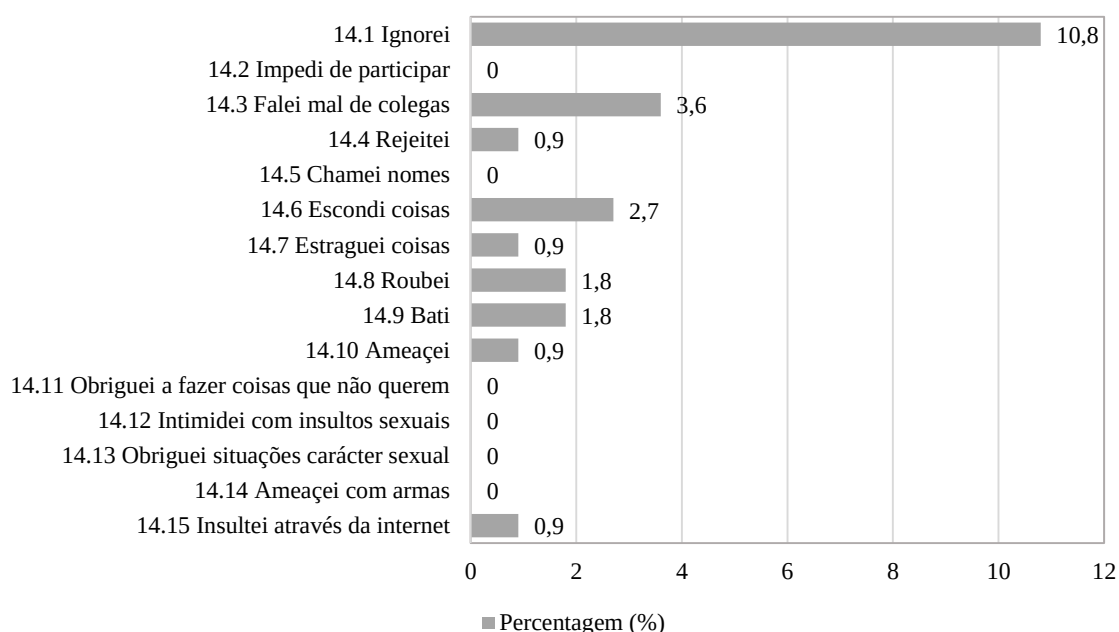
Com frequências menos expressivas foram também mencionadas como forma de agressão as ameaças (4,5%); bater (3,6%); estragar objetos pertencentes ao outro (2,7%); roubar (1,8%); intimidar com insultos sexuais (0,9%); insultar através da internet (0,9%).

Comparando os resultados obtidos com o estudo de Martins (2009) e de Díaz-Aguado et al. (2004), todas as frequências obtidas na escala do agressor que se associam a algum grau de agressão foram inferiores na amostra de adolescentes com doença crónica.

À semelhança do que foi feito na escala da vítima, atendendo ao conceito de *bullying*, optou-se pela análise das categorias “muitas vezes” e “quase sempre” isoladamente, de forma a distinguir as agressões continuadas dos eventuais conflitos ocasionais, encontrando-se esses dados no gráfico 5.

Gráfico 5

Comportamentos relativos à experiência de ser agressor na escola (“muitas vezes”; “quase sempre”)



Fonte: Elaboração própria.

Da análise do gráfico 5 concluiu-se que as agressões relatadas pelos adolescentes com doença crónica ocorreram de forma mais frequente ocasionalmente, na medida em que as frequências obtidas no gráfico 5 foram substancialmente mais baixas do que as apresentadas no gráfico 4. A principal forma de agressão que aconteceu “muitas vezes” ou “quase sempre” relacionou-se com a conduta ignorar (10,8%), seguindo-se o falar mal (3,6%), comportamentos típicos do *bullying* indireto. Seguidamente surgiram com maior frequência condutas relativas ao *bullying* físico e direto, nomeadamente, o esconder coisas (2,7%), o roubar (1,8%) e o bater (1,8%), contudo, apresentaram uma frequência muito reduzida.

5.1.3.5. Escala da vítima versus escala do agressor

Relativamente aos valores totais de agressão e vitimização, verificou-se que houve mais adolescentes que referiram participar em alguma forma de agressão (58,0%) comparativamente aos dados obtidos na escala da vítima (54,5%). Assim, considerou-se pertinente determinar as medidas descritivas dos totais das escalas da vítima e do agressor, encontrando-se os referidos dados na tabela 14. Através da análise da tabela, verificou-se que a média dos somatórios da escala da vítima foi superior à obtida na escala do agressor, existindo também uma maior dispersão de resultados na vitimização. Estes dados permitem deduzir que apesar de terem sido menos os adolescentes envolvidos em vitimização, uma vez envolvidos, estes adolescentes foram sujeitos a diferentes formas de vitimização ou a vitimização mais frequente.

Tabela 14

Medidas descritivas dos somatórios totais das escalas da vítima e do agressor do QEVE

Escalas	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Vítima QEVE total	15,0	38,0	18,33	5,15
Agressor QEVE total	15,0	25,0	16,63	2,24

Fonte: Elaboração própria.

Cruzando os dados obtidos no total da escala da vítima e do agressor, os quais se apresentam na tabela 15, foi possível determinar que 33 dos participantes (29,5%) não se envolveram nem em agressão, nem em vitimização. Por sua vez, 18 dos participantes (16,1%) envolveram-se apenas em agressão e 14 (12,5%) foram somente vítimas. Os restantes 47 (42,0%) envolveram-se simultaneamente em comportamentos de vitimização e agressão.

Tabela 15

Cruzamento dos somatórios totais das escalas da vítima e do agressor do QEVE

Escalas	Total agressor QEVE = 15	Total agressor QEVE > 15	Totais
	n (%)	n (%)	n (%)
Total vítima QEVE = 15	33 (29,5%)	18 (16,1%)	51 (45,5%)
Total vítima QEVE > 15	14 (12,5%)	47 (42,0%)	61 (54,5%)
Totais	47 (42,0%)	65 (58,0%)	112 (100%)

Fonte: Elaboração própria.

No estudo de Catarino & Martins (2009), em que foi utilizado o QEVE numa amostra de 78 crianças entre os 10 e os 13 anos na região do Alentejo, foram aferidos os papéis

desempenhados na vitimização e agressão, tendo-se verificado que 19,2% dos participantes apenas se envolveram em *bullying* enquanto vítimas, 10,3% envolveram-se apenas como agressores e 16,6% envolveram-se em ambas as condutas, sendo vítimas/agressores. Através da análise da tabela 15, é possível verificar que os dados obtidos no nosso estudo foram substancialmente superiores naquilo que se reporta ao papel de agressor e vítima/agressora.

5.1.3.6. Justificações, sentimentos e emoções associados à agressão

À semelhança do que foi feito após o preenchimento da escala da vítima, também após o preenchimento da escala do agressor foi apresentada uma pergunta aberta sobre as justificações para a agressão. Dos 65 adolescentes (58,0%) que referiram algum grau de envolvimento enquanto agressores, 37 (57,0%) responderam à questão relativa à justificação para a ocorrência deste tipo de situações. Essas justificações encontram-se resumidas na tabela 16 cuja análise permitiu constatar que o principal motivo apontado pelos adolescentes com doença crónica para a agressão foi a retaliação após terem sido vitimizados (32,4%).

Contrariamente às justificações de vitimização, na agressão os adolescentes nomearam mais frequentemente os motivos hedonistas (16,2%), bem como as divergências de opinião ou de formas de estar (10,8%). As questões de afiliação (7,1%) e a divisão da culpa (5,4%) foram menos nomeadas comparativamente ao verificado na vitimização, tendo assim menor representatividade no âmbito da agressão. Relativamente à categoria outros motivos, houve menção à agressão como estratégia de proteção com vista à preservação da saúde mental, tendo sido também justificada como sendo um mero desabafo ou derivada do mau humor do adolescente. Releva-se ainda que 5,4% dos adolescentes que responderam a esta questão referiram não saber como justificar a agressão.

Tabela 16

Justificações para a agressão na perspetiva dos adolescentes com doença crónica

Categorias	Exemplos	Total	
		n	%
Retaliação	“Com as coisas que os outros me disseram acabei por me descontrolar!”; “Quando falam mal de mim também falo, quando me ofendem, também ofendo.”; “Para dar o mesmo tratamento”.	12	32,4%
Brincadeira	“Tenho intimidade. Não levaram a mal”; “São as nossas brincadeiras”.	6	16,2%
Divergência de opiniões/ formas de estar	“Não gostar de certas atitudes”; “Gosto de estar no meu canto sossegado com os meus pensamentos e certas pessoas não aceitam”.	4	10,8%

Categorias	Exemplos	Total	
		n	%
Afiliação	“Não gostava dela”; “Esse colega em questão tem mau carácter, não gosto da pessoa e não faço questão de me dar com a pessoa”.	3	7,1%
Ambas as partes são culpadas	“Porque todos falam mal de todos”; “Todos temos esse lado inconsciente”.	2	5,4%
Não sabe	“Não sei”.	2	5,4%
Outros motivos	“Teve que ser”; “Foi um pequeno desabafo”; “Para eu me distanciar e manter a minha saúde mental”; “Porque estava de mau humor”.	6	16,2%

Fonte: Elaboração própria.

Comparando estes dados com os obtidos por Martins (2013), verificou-se que os dois principais motivos para a agressão foram semelhantes em ambos os estudos ainda que os adolescentes com doença crónica tenham mencionado a retaliação com uma frequência discretamente superior, referindo menos frequentemente os motivos hedonistas (16,2%) comparativamente ao estudo desenvolvido com recurso a uma amostra normativa (27,7%). A diferença, que surge como a terceira justificação mais frequente no estudo de Martins (2013), não foi mencionada no nosso estudo como justificação da agressão.

Relativamente aos sentimentos e emoções associados à agressão, foram obtidas 35 respostas, cujo resumo se encontra na tabela 17. À semelhança do verificado na vitimização, também no que se refere aos sentimentos associados à agressão, a indiferença foi o sentimento mencionado mais frequentemente (28,6%), sendo seguida pelo sentir-se mal (20,0%), com raiva (14,3%), mágoa ou desconforto (8,6%). Com menor expressividade foram referenciados sentimentos como a felicidade (5,7%), tristeza (2,9%), sensação de dever (2,9%) ou alívio (2,9%). De relevar que 5,7% dos participantes não conseguiram identificar os sentimentos associados à agressão.

Tabela 17

Sentimentos e emoções relacionados com a experiência de ser agressor

Categorias	Exemplos	Total	
		n	%
Indiferença	“Absolutamente nada”; “Sentimento de indiferença”.	10	28,6%
Mal	“Mal”; “Ranço”; “Mal porque não gosto de fazer às outras pessoas o que não queria que me fizessem mas também não posso ser totó”.	7	20,0%
Raiva	“Ódio, raiva, desprezo.”; “Tensão”; “Raiva”.	5	14,3%
Mágoa/Desconforto	“Desconforto”; “Chateado”.	3	8,6%

Categorias	Exemplos	Total	
		n	%
Felicidade	“Fico feliz por falar mal de colegas”; “Felicidade”.	2	5,7%
Tristeza	“Fiquei triste”.	1	2,9%
Dever	“Estava a fazer o que era certo (...) cumpri um dever”.	1	2,9%
Alívio	“Senti um pouco de alívio”.	1	2,9%
Não sabe	“Não sei”.	2	5,7%
Outros	“Muita coisa”; “Vontade de desabafar”.	3	8,6%

Fonte: Elaboração própria.

Comparando os resultados obtidos com o estudo de Martins (2013), verificou-se alguma discrepância pois o principal sentimento referenciado pelos adolescentes saudáveis foi o de bem-estar (21,2%) enquanto que no nosso estudo os sentimentos positivos relativamente à agressão foram mencionados com menor frequência, sendo que apenas 5,7% dos participantes referiram sentir-se felizes após a agressão e somente 2,9% mencionaram sentir alívio. A indiferença, o sentimento mais frequente no nosso estudo, foi o segundo mais mencionado na amostra normativa (19,2%). O sentir-se mal e com raiva, à semelhança do nosso estudo foram também mencionados, contudo, com menor frequência. O sentimento de arrependimento, mencionado por 11,5% dos participantes do estudo de Martins (2013), não foi mencionado no nosso estudo. Este facto poderá estar relacionado com a elevada frequência da vitimização/agressão e consequente justificação para a agressão como uma forma retaliação sequencial ao ser vitimizado previamente.

5.1.3.7. Pessoas disponíveis para ajudar

Seguidamente, na tabela 18, encontram-se as frequências relativas às respostas que indicam quem seriam as pessoas disponíveis para ajudar ou a quem o adolescente pediria ajuda em caso de *bullying*. Pela análise das frequências tornou-se perceptível que os amigos seriam aqueles a quem os adolescentes com doença crónica mais recorreriam em caso de conflitos (87,2%), seguindo-se a mãe (84,4%) e outras pessoas (74,4%) tais como os namorados (36,0%), os avós (24,0%), irmãos (16,0%), primos (8,0%), tios (8,0%), auxiliares de ação educativa (4,0%) ou os próprios (4,0%). Os colegas, diretor de turma e professores, ainda que inseridos no contexto em as situações de violência ocorrem, apresentaram, por comparação, frequências mais baixas. Os médicos, enfermeiros e o conselho diretivo da escola foram os menos referenciados, sendo aqueles que a maioria dos adolescentes considerou como sendo as figuras menos apoiantes e a quem nunca pediriam ajuda.

Tabela 18

Frequências das respostas relativas às pessoas que ajudam em caso de envolvimento em bullying do QEVE

Pessoas que ajudam	Nunca		Algumas vezes		Muitas vezes		Quase sempre		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
15.1. Os amigos.	14	12,8%	25	22,9%	23	21,1%	47	43,1%	109	100%
15.2. Os colegas.	35	32,1%	49	45,0%	15	13,8%	10	9,2%	109	100%
15.3. O diretor de turma.	35	32,1%	27	24,8%	25	22,9%	22	20,2%	109	100%
15.4. Os professores.	33	30,3%	34	31,2%	20	18,3%	22	2,2%	109	100%
15.5. O conselho diretivo.	64	58,7%	15	13,4%	14	12,8%	16	14,7%	109	100%
15.6. O meu pai.	36	34,3%	12	11,4%	18	17,1%	39	37,1%	105	100%
15.7. A minha mãe.	17	15,6%	17	15,6%	13	11,9%	62	56,9%	109	100%
15.8. O psicólogo.	47	43,1%	22	20,2%	17	15,6%	23	21,1%	109	100%
15.9. O médico.	68	57,8%	16	14,7%	18	16,5%	12	11,0%	109	100%
15.10. O enfermeiro.	68	62,4%	19	17,4%	14	12,8%	8	7,3%	109	100%
15.11. Outra pessoa.	10	25,6%	2	5,1%	3	7,7%	24	61,5%	39	100%

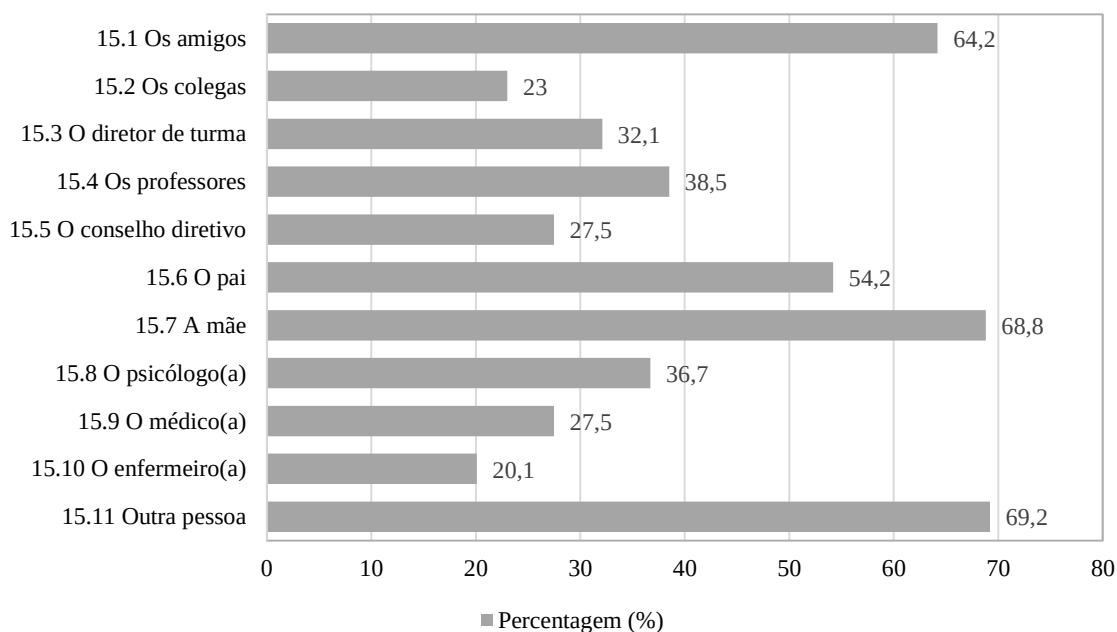
Fonte: Elaboração própria.

No gráfico 6 apresenta-se um resumo dos dados da tabela anterior, referentes às frequências das pessoas que ajudariam os adolescentes “muitas vezes” ou “quase sempre” em situações de vitimização/agressão. Este gráfico permitiu consolidar a perceção anterior relativamente às principais figuras de apoio em situações de vitimização e agressão, colocando em evidência que apesar de os problemas de *bullying* ocorrerem no meio escolar, os professores e o diretor de turma são vistos como figuras efetivas de apoio por apenas cerca de um terço dos participantes, sendo que os colegas e o conselho diretivo apenas são perspetivados como uma ajuda na resolução dos conflitos por, aproximadamente, um quarto dos participantes. Os profissionais de saúde, especialmente os enfermeiros, são o grupo com menor relevância no âmbito do apoio em situações de agressão ou vitimização envolvendo os adolescentes com doença crónica desta amostra.

Comparando os dados obtidos com as amostras normativas de Martins (2009) e Díaz-Aguado et al. (2004), constatou-se que os adolescentes com doença crónica foram aqueles que menos referiram poder contar com a ajuda dos colegas mas foram os que mais mencionaram poder contar com outras pessoas como figuras principais de apoio em situações de *bullying*. Comparativamente ao estudo de Martins (2009), os adolescentes com doença crónica, referiram contar e recorrer substancialmente mais aos amigos, professores e a ambos os pais.

Gráfico 6

Pessoas que ajudam ou com quem os adolescentes podem contar quando ocorrem situações de vitimização/agressão na escola (“muitas vezes”; “quase sempre”)



Fonte: Elaboração própria.

5.1.3.8. Condutas e atitudes dos professores

Na tabela 19 apresentam-se as frequências relativas às condutas e atitudes dos professores da escola, quando confrontados com situações de agressão/vitimização. Como se pode observar, a grande maioria dos adolescentes (88,1%) referiu poder contar com um professor, com algum tipo de frequência, aquando de uma situação de vitimização/agressão, sendo que aproximadamente um terço (32,1%) considerou poder contar quase sempre com a sua ajuda. Relativamente à prevenção destas situações, os adolescentes referiram que 80,7% dos professores tentavam, com maior ou menor frequência, resolver as situações de *bullying*. Não obstante, consideraram que, com alguma frequência, cerca de dois terços dos professores não se apercebiam das situações de *bullying* (63,2%) e mais de um terço não queria sequer saber que essas situações ocorriam (38,5%). Referiram ainda que 11,0% dos professores quase nunca sabiam como impedir o *bullying* e apenas 19,3% intervinham ativamente quase sempre. Daqui se depreende que apesar de serem perspectivados como figuras de apoio, nem sempre os professores sabem ou querem saber que as situações de *bullying* ocorrem e, mesmo quando confrontados com a sua existência, é frequente não saberem como agir no âmbito da prevenção e intervenção dos conflitos entre pares.

Tabela 19

Frequência das respostas aos itens relativos às atitudes dos professores face ao bullying do QEVE

Atitudes dos professores face ao bullying	Nunca		Algumas vezes		Muitas vezes		Quase sempre		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
16.1. Tentam ativamente prevenir.	21	19,3%	31	28,4%	26	23,9%	31	28,4%	109	100%
16.2. Nem se dão conta.	40	36,7%	36	33,0%	20	18,3%	13	11,9%	109	100%
16.3. Não querem sequer saber.	67	61,5%	29	26,6%	6	5,5%	7	6,4%	109	100%
16.4. Não sabem impedi-los.	38	34,9%	43	39,4%	16	14,7%	12	11,0%	109	100%
16.5. Intervêm ativamente.	24	22,0%	32	29,4%	32	29,4%	21	19,3%	109	100%
16.6. Atuam como mediadores para ajudar a resolver problemas.	26	23,9%	40	36,7%	21	19,3%	22	20,2%	109	100%
16.7. Podemos contar com um professor quando tentam abusar.	13	11,9%	28	25,7%	33	30,3%	35	32,1%	109	100%

Fonte: Elaboração própria.

A tabela 20 resume as condutas e atitudes dos professores em termos de medidas descritivas, facilitando assim a análise dos dados obtidos.

Tabela 20

Análise descritiva das atitudes dos professores face a situações de agressão

Atitudes dos professores face ao bullying	n	Média	Desvio padrão
16.1. Tentam ativamente prevenir.	109	2,61	1,096
16.2. Nem se dão conta.	109	2,06	1,017
16.3. Não querem sequer saber.	109	1,57	,865
16.4. Não sabem impedi-los.	109	2,02	,972
16.5. Intervêm ativamente.	109	2,46	1,041
16.6. Atuam como mediadores para ajudar a resolver problemas.	109	2,36	1,059
16.7. Podemos contar com um professor quando tentam abusar.	109	2,83	1,017

Fonte: Elaboração própria.

Comparando os dados obtidos com os de Martins (2009), foi possível verificar a similaridade de alguns dados, havendo uma noção comum de que os professores tinham interesse em resolver as situações, tendo sido as médias mais baixas registadas no item “não querem saber” que, em ambos os estudos, pontuou abaixo da média teórica. No nosso estudo,

os itens relativos à tentativa de evitar problemas, ao intervir ativamente na resolução de conflitos e o poder contar com um professor apresentaram médias mais altas. Estes dados vão ao encontro ao facto de, no nosso estudo, os professores serem mais frequentemente considerados como figuras de apoio comparativamente àquilo que se observou no estudo de Martins (2009).

5.1.4. Testes de associação

Sendo as escalas utilizadas neste estudo variáveis do tipo intervalar, optou-se pela utilização do Coeficiente de Correlação de Pearson (r) que averigua se duas ou mais variáveis intervalares estão associadas, permitindo também avaliar a direção e a intensidade dessa mesma associação (Marôco, 2021). Na tabela 21 apresentam-se as correlações entre as quatro variáveis em estudo (IDCRP; apoio social dos pares; vitimização; agressão).

A leitura da tabela 21 permitiu verificar que todas as variáveis apresentavam uma correlação estatisticamente significativa entre si, sendo $p < 0,01$, à exceção das variáveis “IDCRP” e “agressão” em que $p > 0,05$.

Assim, identificou-se a existência de uma correlação positiva, significativa e forte entre o IDCRP e o ser vítima ($r = ,606$) pelo que o maior impacto da doença está fortemente associado a uma maior vitimização entre os adolescentes com doença crónica. Verificou-se também a existência de uma correlação negativa, significativa e moderada, entre o impacto da doença e o apoio social recebido pelos pares ($r = -,417$) pelo que o maior IDCRP se associa à menor perceção de apoio por parte dos pares.

Identificou-se também uma correlação negativa, significativa e moderada, entre o apoio social recebido pelos pares e a vitimização ($r = -,346$) pelo que, o maior apoio social recebido por parte dos pares está associado a uma menor vitimização. Apesar de fraca, verificou-se ser também significativa estatisticamente a correlação estabelecida entre o apoio social recebido e a agressão, apresentando estas variáveis uma correlação negativa ($r = -,244$), tendo-se assim verificado que o maior apoio social por parte dos pares se associa a uma menor agressão.

Verificou-se ainda a existência de uma correlação positiva, significativa e moderada, entre ser vítima e ser agressor ($r = ,295$) pelo que ser vítima está associada a alguma probabilidade de ser agressor. Assim, depreende-se que alguns adolescentes experimentam, simultaneamente, a condição de vítima e de agressor. Este achado é sobreponível ao encontrado por Martins (2009), embora no referido estudo a correlação encontrada entre as duas variáveis fosse um pouco mais forte ($r = ,412$).

Tabela 21

Correlação de Pearson entre as quatro variáveis em estudo (IDCRP; apoio social dos pares; vitimização; agressão)

Variáveis	IDCRP	Apoio social dos pares	Vitimização	Agressão
IDCRP	-	-	-	-
Apoio social dos pares	-,417**	-	-	-
Vitimização	,606**	-,346**	-	-
Agressão	,182	-,244**	,295**	-

Nota: ** A correlação é significativa ao nível $p < 0,01$. Fonte: Elaboração própria.

Nas tabelas 22, 23 e 24 apresentam-se as correlações entre o IDCRP, apoio social, vitimização e agressão com as diferentes pessoas e contextos sociais com quem os adolescentes interagem no seu quotidiano.

A tabela 22 apresenta as correlações entre as quatro escalas utilizadas (IDCRP; apoio social dos pares; vitimização; agressão) e alguns itens da subescala do QEVE que avaliam o bem-estar na família (em casa; com a mãe; com o pai). A sua leitura permitiu verificar que existem correlações fracas a moderadas, estatisticamente significativas entre o IDCRP e a forma como os adolescentes se sentem junto da mãe e do pai bem como entre o apoio social recebido e a forma como os adolescentes se sentem junto da mãe.

A correlação entre o impacto da doença e o sentimento de bem-estar junto do pai foi de todas aquela que apresentou um valor mais elevado ($r = -,261$), sendo a correlação estabelecida negativa, significativa e moderada, pelo que, quanto maior o impacto da doença na relação com os pares, menor tende a ser o sentimento de bem-estar junto do pai. Constatou-se que o impacto da doença na relação com os pares se correlaciona ainda com o sentimento de bem-estar junto da mãe, sendo esta correlação negativa e fraca, mas significativa estatisticamente ($r = -,214$), pelo que um maior IDCRP determina um sentimento de menor bem-estar junto da mãe. Verificou-se também a existência de uma correlação significativa entre o apoio social por parte dos pares e o sentimento de bem-estar junto da mãe ($r = ,194$), sendo a correlação positiva e muito fraca, de acordo com a qual a perceção de maior apoio social por parte dos pares determina um maior sentimento de bem-estar junto da mãe.

Contrariamente ao verificado por Martins (2009), no nosso estudo não foram identificadas correlações estatisticamente significativas entre a vitimização ou a agressão e o sentimento de bem-estar junto da família.

Tabela 22

Correlação de Pearson entre as escalas IDCRP, apoio social dos pares, vitimização e agressão com os sentimentos de bem-estar na família do QEVE

Escalas	Casa	Pai	Mãe
IDCRP	-,184	-,261**	-,214*
Apoio social dos pares	,159	,043	,194*
Vitimização	-,023	-,078	-,029
Agressão	-,153	-,112	,011

Nota: *A correlação é significativa ao nível $p < 0,05$; **A correlação é significativa ao nível $p < 0,01$. Fonte: Elaboração própria.

A tabela 23 apresenta as correlações entre as quatro escalas (IDCRP, apoio social, vitimização e agressão) e alguns itens da subescala do QEVE que avaliam o sentimento de bem-estar com pessoas ou situações relacionadas com a escola. Da análise da tabela 23, verificou-se que, de uma forma geral, os adolescentes não pareciam sentir-se bem na escola pois as correlações encontradas eram significativas, maioritariamente negativas e moderadas. Relativamente ao impacto da doença na relação com os pares, verificou-se a existência de correlações estatisticamente significativas, negativas, com todas as situações ou pessoas relacionadas com a escola. Destacaram-se como mais elevadas que as restantes as correlações fortes estabelecidas entre o impacto da doença na relação com os pares e o sentimento de bem-estar na turma ($r = -,712$), junto dos colegas ($r = -,643$) e na escola ($r = -,544$). Assim, o maior impacto da doença correlaciona-se com o menor sentimento de bem-estar na escola, na turma e junto dos colegas.

Relativamente ao apoio social por parte dos pares, as correlações encontradas são positivas dadas as características da escala, tendo-se verificado a existência de correlações estatisticamente significativas com todas as situações ou pessoas relacionadas com a escola, pelo que uma maior perceção de apoio social por parte dos pares se correlaciona com o maior sentimento de bem-estar na escola, na turma, com os professores, com as aprendizagens e junto dos colegas. As correlações positivas entre receber mais apoio social por parte dos pares e o sentimento de bem-estar junto da turma ($r = ,428$) e dos colegas ($r = ,410$) foram as mais elevadas.

A vitimização correlaciona-se negativamente com as diferentes situações ou pessoas relacionadas com a escola. Verificou-se serem estatisticamente significativas a correlação moderada estabelecida entre a vitimização e a escola ($r = -,364$) e as correlações fortes entre a

vitimização e o sentir-se bem na turma ($r = -,691$) ou com os colegas ($r = -,592$). Assim, a maior vitimização relaciona-se negativa e significativamente com o menor sentimento de bem-estar na escola, turma e junto dos colegas.

A agressão correlaciona-se de forma negativa e estatisticamente significativa com todas as diferentes situações ou pessoas relacionadas com a escola, sendo as correlações estabelecidas moderadas a fracas pelo que o ser agressor correlaciona-se com o menor sentimento de bem-estar na escola. Destacou-se como mais elevada que as restantes a correlação moderada estabelecida entre ser agressor e o sentimento de menor bem-estar junto dos colegas ($r = -,337$).

Comparando as correlações da vitimização e agressão com os sentimentos relativos à escola, à turma e aos colegas, verificou-se que as vítimas apresentavam correlações mais fortes. Assim, ainda que os agressores se sintam mal nesses contextos, o sentimento de mal-estar é superior nas vítimas quando comparadas com os agressores. Este achado vai ao encontro dos dados obtidos por Martins (2009), contudo, as correlações identificadas no nosso estudo foram substancialmente superiores quando comparadas com as obtidas na amostra normativa.

Tabela 23

Correlação de Pearson entre as escalas IDC RP, apoio social dos pares, vitimização e agressão com os sentimentos de bem-estar relacionados com a escola do QEVE.

Escalas	Escola	Turma	Professores	Aprendizagens	Colegas
IDCRP	-,544**	-,712**	-,273**	-,271**	-,643**
Apoio social dos pares	,385**	,428**	,222*	,296**	,410**
Vitimização	-,364**	-,691**	-,029	-,022	-,592**
Agressão	-,245**	-,258**	-,293**	-,264**	-,337**

Nota: *A correlação é significativa ao nível $p < 0,05$; **A correlação é significativa ao nível $p < 0,01$. Fonte: Elaboração própria.

A tabela 24 diz respeito às correlações entre as escalas IDC RP, apoio social dos pares, vitimização e agressão com outras pessoas ou situações não relacionadas com a família ou com a escola, nomeadamente, amigos, tempos livres, consigo próprio, futuro e namorado.

Da leitura da tabela 24, verificou-se que as correlações mais elevadas se relacionavam com o IDC RP no sentido de um maior impacto da doença se associar a um sentimento de menor bem-estar em todas as situações ou na relação com os outros, sendo essas correlações negativas e estatisticamente significativas. Destacaram-se como mais elevadas que as restantes e como

bastante fortes as correlações entre o IDCRP e o sentimento de bem-estar junto dos amigos ($r = -,625$) e consigo próprio ($r = -,501$).

O apoio social correlacionou-se de forma positiva e com significado estatístico com o sentimento de bem-estar junto dos amigos ($r = ,502$) e consigo próprio ($r = ,195$). Assim, o maior apoio social prestado pelos pares associa-se fortemente com o sentimento de maior bem-estar junto dos amigos e de forma fraca, mas estatisticamente significativa, com o sentimento de maior bem-estar consigo próprio.

No âmbito da vitimização verificou-se a existência de correlações negativas, estatisticamente significativas, relacionadas com o sentimento face aos amigos ($r = -,439$), consigo próprio ($r = -,256$) e com o namorado ($r = -,325$), ou seja, as vítimas sentem-se menos bem junto dos amigos, consigo próprias e com os namorados, sendo as correlações estabelecidas moderadas. As correlações relacionadas com as vítimas foram identificadas como sendo mais elevadas e com maior significado estatístico quando comparadas com as correlações dos agressores pelo que os agressores parecem sentir-se melhor nos contextos em análise quando comparados com as vítimas. No âmbito da agressão, apenas se verificou a existência de uma correlação com significado estatístico, referente ao sentimento face aos amigos ($r = -,191$). A correlação é fraca e negativa, pelo que os agressores parecem sentir algum grau de menor bem-estar face aos amigos ainda que essa correlação seja inferior quando comparada com o sentimento das vítimas.

Tabela 24

Correlação de Pearson entre as escalas IDCRP, apoio social dos pares, vitimização e agressão com os sentimentos de bem-estar relacionados com outras pessoas ou situações do QEVE

Escalas	Amigos	Tempos livres	Consigo	Futuro	Namorado
IDCRP	-,625**	-,269**	-,501**	-,275**	-,334*
Apoio social dos pares	,502**	,118	,195*	,028	,232
Vitimização	-,439**	-,050	-,256**	-,038	-,325**
Agressão	-,191*	-,026	-,111	-,075	,026

Nota: *A correlação é significativa ao nível $p < 0,05$; **A correlação é significativa ao nível $p < 0,01$. Fonte: Elaboração própria.

Também no estudo de Martins (2009) as correlações mais elevadas diziam respeito à forma como as vítimas e os agressores se sentiam face aos amigos e consigo próprios, contudo, no nosso estudo, as correlações relativas à vitimização foram bastante superiores, sendo assim possível deduzir que, uma vez vitimizados, os adolescentes com doença crónica parecem

sentir-se pior face aos amigos e consigo mesmos comparativamente aos pares saudáveis que também são vítimas.

Atendendo aos objetivos do estudo, considerou-se igualmente pertinente correlacionar as variáveis relacionadas com doença (idade atual; idade aquando do diagnóstico; tempo de diagnóstico; frequência da toma de medicação; frequência das idas ao hospital; frequência dos internamentos), com o impacto da doença na relação com os pares, o apoio social recebido pelos pares, a agressão e a vitimização. Dadas as características das variáveis em estudo (ordinais e intervalares), foi utilizado o coeficiente de correlação de Spearman (ρ), uma medida de associação não paramétrica, cujos resultados se encontram na tabela 25.

Da análise da tabela foi possível verificar que praticamente todas as correlações se encontravam próximas do zero não sendo, portanto, significativas. A única correlação que foi identificada como sendo estatisticamente significativa diz respeito à correlação estabelecida entre o tempo de diagnóstico da doença e o apoio social recebido pelos pares ($\rho = ,220$), sendo esta uma correlação positiva e fraca, de acordo com a qual o diagnóstico mais recente se associa a uma maior perceção de apoio por parte dos pares.

Tabela 25

Correlação de Spearman entre as variáveis relacionadas com a doença crónica e as escalas IDCRP, apoio social dos pares, vitimização e agressão

Variáveis	IDCRP	Apoio social dos pares	Vitimização	Agressão
Idade atual	-,020	,026	-,111	,004
Idade aquando do diagnóstico	,184	-,181	-,086	,095
Tempo de diagnóstico	,181	,220*	-,074	,022
Medicação	-,096	,046	-,096	-,056
Internamentos	-,048	-,037	-,116	-,011
Idas ao hospital	,172	,004	-,126	,024

Nota: *A correlação é significativa ao nível $p < 0,05$. Fonte: Elaboração própria.

5.1.5. Análise de variâncias (tipo de doença; escalão etário; sexo)

Os testes de diferenças permitem explorar as diferenças entre grupos independentes, avaliando o efeito da variável independente sobre a variável dependente. Na tabela 26 apresenta-se a análise das médias das ordenações obtidas nas diferentes escalas em função de cada um dos grupos de doença definidos. A fim de se testar a significância das diferenças nos quatro grupos considerados de forma a determinar a existência de influência do tipo de doença nos resultados obtidos em cada escala, utilizou-se o teste não-paramétrico Kruskal-Wallis.

Da análise dos resultados obtidos, verificou-se que apenas eram estatisticamente significativas as diferenças entre os grupos de doença na escala IDCRP e na escala da vítima do QEVE sendo, em ambas, $p < 0,01$.

Na escala IDCRP as ordenações médias mais elevadas associaram-se aos adolescentes com doença psiquiátrica, sendo seguidos dos adolescentes com obesidade e dos adolescentes com diabetes. Os adolescentes com outras patologias não enquadráveis nas anteriores foram os que apresentaram médias de ordenação menores. Verificou-se que as diferenças encontradas eram significativas estatisticamente ($H(112) = 16,29$; $p < 0,001$).

Na escala da vítima do QEVE, verificou-se que ordenações médias foram, por esta ordem, mais elevadas nos adolescentes com doenças psiquiátricas, seguidos dos adolescentes com obesidade, dos adolescentes com outras doenças não enquadráveis, ficando em último lugar os adolescentes com diabetes. Verificou-se que as diferenças encontradas eram significativas estatisticamente ($H(112) = 11,68$; $p = 0,009$).

Tabela 26

Ordenações das médias obtidas nas diferentes escalas em função de cada um dos grupos de doença (Teste Kruskal-Wallis)

Escalas	Tipo de doença	n	Ordem média	Nível de significância
IDCRP total	Doenças psiquiátricas	16	84,47	< ,001**
	Diabetes	21	54,05	
	Obesidade	18	61,31	
	Outras	57	48,04	
Apoio social EBEPa total	Doenças psiquiátricas	16	38,78	,116
	Diabetes	21	57,90	
	Obesidade	18	56,67	
	Outras	57	60,90	
Vítima QEVE total	Doenças psiquiátricas	16	77,56	,009**
	Diabetes	21	43,21	
	Obesidade	18	59,11	
	Outras	57	54,66	
Agressor QEVE total	Doenças psiquiátricas	16	60,34	,480
	Diabetes	21	64,40	
	Obesidade	18	51,03	
	Outras	57	54,24	

Nota: **A diferença é significativa ao nível $p < 0,01$. Fonte: Elaboração própria.

Considerou-se pertinente comparar as diferenças entre sexos em cada uma das quatro escalas utilizadas. Na tabela 27 encontram-se as médias e desvios padrão associadas ao sexo em cada uma das escalas utilizadas. Da análise da tabela, foi possível verificar que a subescala do apoio social da EBEPa e a escala da vítima apresentaram médias muito próximas independentemente do sexo, contudo, as médias da escala IDCRP e da escala do agressor apresentaram diferenças que pareciam evidenciar um maior envolvimento do sexo masculino na agressão e um maior impacto da doença no sexo feminino.

Tabela 27

Médias e desvios padrão nas quatro escalas utilizadas em função do sexo

Escalas	Sexo	n	Média	Desvio padrão
IDCRP total	Masculino	51	26,43	14,10
	Feminino	61	29,03	13,70
Apoio social EBEPa total	Masculino	51	27,63	7,45
	Feminino	61	27,77	8,03
Vítima QEVE total	Masculino	51	18,51	5,49
	Feminino	61	18,18	4,89
Agressor QEVE total	Masculino	51	17,06	2,92
	Feminino	61	16,28	1,37

Fonte: Elaboração própria.

De modo a compreender se essas diferenças eram significativas, procedeu-se à análise das diferenças com recurso ao teste *T-student* para amostras independentes cuja aplicação revelou que apenas eram marginalmente significativas estatisticamente as diferenças entre sexos na escala do agressor, no sentido de os rapazes obterem médias mais elevadas que as raparigas, dado que $t(110) = -1,857$, $p = 0,084$. Nas restantes escalas as diferenças entre sexos não foram estatisticamente significativas.

Seguindo a mesma lógica, foram comparados escalões etários (mais novos e mais velhos) em cada uma das subescalas utilizadas. De modo a fazer a distinção entre uma fase mais inicial da adolescência e uma fase mais intermédia/tardia, procedendo-se a análises estatísticas semelhantes às efetuadas para o sexo, foi selecionado como ponto de corte os 15 anos. Na tabela 28 encontram-se as médias e os desvios padrão relativamente a cada uma das escalas utilizadas. Da análise da tabela verificou-se que na escala do agressor as médias foram similares em ambos os escalões etários, contudo, as médias na escala IDCRP e na escala da

vítima foram superiores no grupo dos adolescentes mais novos sendo que na subescala do apoio social da EBEPa as médias foram superiores no grupo dos mais velhos.

Tabela 28

Médias e desvios padrão nas quatro escalas utilizadas em função do escalão etário

Escalas	Idade	n	Média	Desvio padrão
IDCRP total	< 15 anos	38	29,50	14,02
	≥ 15 anos	74	27,00	13,83
Apoio social EBEPa total	< 15 anos	38	27,05	8,94
	≥ 15 anos	74	28,04	7,09
Vítima QEVE total	< 15 anos	38	19,68	6,44
	≥ 15 anos	74	17,64	4,23
Agressor QEVE total	< 15 anos	38	16,68	1,95
	≥ 15 anos	74	16,61	2,39

Fonte: Elaboração própria.

De modo a compreender se essas diferenças eram estatisticamente significativas, procedeu-se à aplicação do teste *T-student* para amostras independentes. A aplicação do teste T revelou que apenas eram significativas as diferenças entre os dois escalões etários na escala da vítima, no sentido dos mais novos serem mais vitimados que os mais velhos, dado que $t(110) = -2,021$, $p = 0,046$. As diferenças nas outras três escalas não foram estatisticamente significativas.

5.1.6. Regressões

De modo a determinar quais as variáveis mais preditivas para a vitimização e agressão, foi efetuada uma análise de regressão linear, procurando-se avaliar se as variáveis relacionadas com a doença (idade atual; idade aquando do diagnóstico; tempo de diagnóstico; frequência da toma de medicação; frequência das idas ao hospital; frequência dos internamentos), o apoio social e o impacto da doença na relação com os pares eram critérios preditores de vitimização e agressão, encontrando-se o resultado na tabela 29.

Da análise do resumo dos modelos, constante na tabela 29, verificou-se que as variáveis listadas explicavam bastante as variâncias na escala da vítima ($R^2_a = ,416$) não sucedendo o mesmo na escala da agressão ($R^2_a = ,097$). Considera-se que, eventualmente, outras variáveis não estudadas como o papel da família ou da personalidade dos jovens possam contribuir mais na explicação da agressão.

Tabela 29*Resumo da regressão linear para os modelos de vitimização e agressão*

Modelo	R	R quadrado	R quadrado ajustado	Erro padrão da estimativa
Vitimização	,709	,503	,416	4,544
Agressão	,481	,231	,097	2,124

Fonte: Elaboração própria

Explicando o modelo proposto para a vitimização 41,6% do total da variância, considerou-se pertinente analisar os coeficientes de regressão, de forma a analisar o peso das variáveis de forma independente, encontrando-se os resultados na tabela 30. Em função dos valores elevados de beta, destacou-se como mais preditiva que as restantes a variável IDCRP e como menos preditivas as variáveis frequência da medicação e o apoio social por parte dos pares.

Tabela 30*Coefficientes de regressão para o modelo de vitimização*

Modelo vitimização	B	Beta	T	Sig.
Idade	-,432	-,118	-,951	,347
Idade aquando do diagnóstico	-1,294	-,117	-,740	,463
Tempo de diagnóstico	-,536	-,113	-,465	,644
Medicação	,132	,026	,222	,825
Internamentos	-,516	-,094	-,841	,404
Idas ao hospital	-,491	-,116	-,965	,340
IDCRP	,252	,635	5,178	<0,01
Apoio social pares EBEPA	-,006	,008	-,071	,944

Fonte: Elaboração própria.

5.2. Análise do estudo qualitativo

5.2.1. Doença crónica e convivência com os pares

No quadro 1 encontram-se resumidas as características dos participantes, constituindo-se este instrumento como um auxiliar de interpretação dos resultados obtidos no estudo qualitativo.

Quadro 1

Características resumidas dos participantes do estudo qualitativo

Características	E1	E2	E3	E4
Sexo	Masculino	Feminino	Feminino	Feminino
Idade atual	13 anos	13 anos	18 anos	14 anos
Nível de escolaridade	7º ano	8º ano	EU	7º ano
Tipo de doença	Psiquiátrica	Outra	Psiquiátrica	Outra
Idade aquando do diagnóstico	6 anos	2 anos	8 anos	13 anos
Papel no <i>bullying</i>	Vítima/agressora	Vítima/agressora	Vítima	Vítima/agressora

Nota: EU = Ensino universitário. Fonte: Elaboração própria.

A análise relativa ao impacto da doença na convivência social com os pares diz respeito ao grupo II do guião de entrevista semiestruturado, dando resposta às questões que se encontram no quadro 2.

Quadro 2

Questões do guião de entrevista relativas ao impacto da doença crónica na convivência social com os pares

Questões em análise
2 Podes explicar-me como foi o processo de diagnóstico da doença e a fase inicial de adaptação? De uma forma geral, que impacto teve na tua vida? Como te sentiste?
3 Consideras que a doença afetou a tua relação com os colegas, amigos ou namorado(a)? De que forma?
4 Sentes que os teus amigos/colegas/namorado(a) te têm apoiado neste processo? De que formas o fazem/não fazem?
5 Existe alguma particularidade da doença que consideres que condiciona vossa a relação? Qual? De que forma?
6 Devido à doença, alguma vez te sentiste diferente ou tratado de forma diferente relativamente aos teus colegas? Podes explicar?

Fonte: Elaboração própria.

As perceções relativas ao momento do diagnóstico foram bastante díspares entre os adolescentes, algo explicado não somente pelas especificidades intrínsecas a cada condição crónica, mas sobretudo pelas idades em que ocorreram os diagnósticos. Assim se E2, cujo diagnóstico ocorreu por volta dos 2 anos de idade, referiu não ter memórias específicas desse momento, E1 e E3, cujos diagnósticos foram definidos após a entrada no 1.º ciclo do ensino básico, aos 6 anos e 8 anos de idade respetivamente, recordaram-no como longínquo e vago

(E1 - “Sei lá... Para aí em 2016 (...) mas eu não sei explicar...”; E3 - “Eh pá... Isso agora já foi há bué tempo”; “não me lembro dos meus pais dizerem: ‘Ah, tu tens isto, tens que passar por isto e por aquilo’”). Por sua vez, E4, com um diagnóstico bastante recente, tinha presentes todos os detalhes desse processo, descrevendo-os minuciosamente (“As plaquetas começaram a baixar e o sangue a ficar fraco”; “depois de fazer as análises fui para Lisboa”; “lá é que me deram entrada no internamento cá em baixo, no primeiro piso, que era isolamento, onde tive uma semana”; “tiveram que fazer duas biópsias”; “picaram-me toda”).

A fase inicial de adaptação foi também diferente entre os participantes. E1 relacionou a fase inicial da doença com a forma como esta condicionou a sua vivência escolar (“Eu era tipo... Sei lá... Muito mexido”; “os meninos afastavam-se de mim, ignoravam-me”). Também E2 referiu que a sua primeira recordação relacionada com a doença diz respeito à frequência do ensino pré-escolar (“na pré era meio difícil”). Por sua vez, E3 associou sentimentos positivos às primeiras idas a consultas de psicologia e psiquiatria (“Eu gostava porque aquilo era assim meio umas atividades que as crianças gostam”), enquanto E4 referiu ter sentido de imediato receio sobre as limitações que a doença acarretaria para o seu quotidiano (“perguntei logo: ‘Então não posso ir às piscinas?’”).

Ainda relativamente aos sentimentos vivenciados pelos adolescentes, verificou-se também que E1 e E4 sentiam angústia face ao futuro quer pela evolução desconhecida da doença (E1 - “Eu tenho uma tia que tem problemas (...) ela tinha ataques e era muito agressiva... (...). Já pensei, será que vou ficar como ela?”), quer pelo receio de agudizações da doença (E4 - “começam-me a logo a aparecer manchas pequeninas, que desaparecem logo na hora, mas eu tenho medo que fique marcado”) ou medos relativos à frequência escolar (E4 - “quando está muito calor eu começo a ficar muito zozza e tenho medo que me dê alguma coisa na escola”).

No que se refere ao impacto geral que a doença crónica teve nas suas vidas, os adolescentes mencionaram modificações relacionadas com o aproveitamento e participação escolar, atividades de lazer, aspeto físico, hábitos alimentares, vestuário, necessidade de acompanhamento clínico e dificuldade em fazer amigos. De referir que, de entre os participantes, foi E4, com um diagnóstico grave e mais recente, quem referiu um maior número de limitações associadas à doença.

O prejuízo ao nível do aproveitamento escolar foi mencionado por três participantes. Para E1 e E3 esse prejuízo relacionava-se com a incapacidade de concentração e distração constante na sala de aula (E1 - “Não me concentrava”; “no primeiro ano mandaram-me para casa três dias porque acharam que eu tinha um problema qualquer, que não era normal”; E3 -

“Mau, muito mau.... Comecei a aperceber-me das dificuldades que tinha”; “Eu tinha notas baixas e, claro, ficava mal porque fartava-me de estudar”; “[nas aulas] ficava no meu mundo e era tipo um diálogo comigo mesma e isso desconcentrava-me”). Os comportamentos de E1 de grande impulsividade, característicos do seu diagnóstico, levaram a inúmeras suspensões (“Já não consigo fazer essas contas [relativas ao número de suspensões]”) e a uma retenção.

Para E4 o diagnóstico da doença crónica durante o ano letivo, com consequentes internamentos prolongados e faltas escolares, foi motivo para que ocorresse uma retenção (“chumbei agora porque faltei o último período quase todo”). Para além disso, dado que na sua escola as aulas de educação física decorrem no exterior determinando, por isso, exposição solar, E4 está impedida de frequentar as aulas de educação física (“nós temos educação física na rua e eu não posso fazer”).

As modificações relativas às atividades de lazer foram mencionadas por três participantes. E3 referiu que a condição de doença fez com que passasse a procurar ocupar o seu tempo livre com atividades que a estimulassem intelectualmente e que otimizassem a sua capacidade de concentração (e.g. ler; fazer croché). Por sua vez, E2 e E4 mencionaram limitações concretas impostas pela doença e que condicionaram em algum momento a sua participação em determinadas atividades tais como a prática de exercício físico (E2 - “sou guarda-redes e fico ali parada, ainda por cima com roupa térmica (...). Fico toda lixada.”; “exercício físico sempre com a bomba ao lado”) ou outras atividades que impliquem exposição solar, nomeadamente idas à praia ou à piscina (E2 - “[Devo] Evitar expor-me muito ao sol”; “Ardia-me um bocado a pele por causa da água do mar (...), depois entrava areia nas feridas”; E4 - “tenho é que andar de cinco em cinco minutos a colocar protetor”; “das duas às três, tenho que ficar à sombra e depois quando começar a refrescar já posso ir à água”).

As modificações relacionadas com o aspeto físico foram mencionadas por três participantes. Para E1 e E4 as modificações ocorridas relacionaram-se com toma de medicação específica para a sua condição de saúde cujo principal efeito secundário foi o aumento de peso, tendo ambos os adolescentes diagnósticos secundários de obesidade (E1 - “Comecei a engordar, comia muito”; E4 - “estou a engordar outra vez por causa da medicação porque eu tomo oito a nove medicamentos por dia”). Por sua vez, E3 referiu que a presença constante de feridas condiciona o seu quotidiano (E2 - “custo a andar porque crio feridas na sola do pé”).

Também se identificaram mudanças ao nível do padrão alimentar, tendo sido este aspeto referenciado por três participantes. E1 revelou alguma preocupação e esforço no sentido de contrariar o excesso de peso, contudo, com pouco êxito (“Eu consigo fazer um ou dois dias [restrição alimentar] mas a seguir não consigo mais. Não tenho vontade”). E4 referiu

necessidade de adotar uma alimentação diferente com vista à otimização dos valores analíticos (“ando a fazer sumo de aloe vera, mamão e espinafres, a ver se elas sobem [as plaquetas]”) e, por sua vez, E2 referiu inúmeras restrições alimentares (“sou alérgica ao amendoim e mais a um monte de coisas”).

As mudanças relativas ao vestuário foram mencionadas por uma participante. De acordo com E2, determinado tipo de roupa permite que se sinta mais protegida, tendo referido optar preferencialmente por vestuário não muito condizente com a época do ano (“Às vezes quando estão a fazer 29°C eu vou de casaco”; “acho que é uma forma de evitar conversas, especialmente da parte dos rapazes”).

Relativamente à necessidade de acompanhamento clínico, este aspeto foi mencionado por dois participantes como tendo impacto na sua vida. Se E3 mencionou o acompanhamento e a medicação como aspetos positivos, determinantes na melhoria da sua qualidade de vida e aproveitamento escolar (“Ajudou muito mesmo”; “dá-me aquela segurança o que é bom”; “Hoje em dia também fico nervosa nas apresentações, mas não é aquela coisa: ‘Ah o mundo vai acabar’”) por sua vez, E1 referiu que ter consultas médicas com uma periodicidade pelo menos bimestral, era algo que determina invariavelmente abstinência escolar, com consequências negativas. De relevar que apesar de terem deslocações muito mais frequentes ao hospital, E2 (quinzenalmente) e E4 (pelo menos uma vez por semana) não mencionaram diretamente esta situação como sendo um fator que impacte a sua vida.

Relativamente à forma como a doença condicionou a relação com os pares, todos os participantes referiram que, em menor ou maior grau, se verificaram modificações nas relações estabelecidas com colegas e amigos. Ao longo do seu trajeto de vida, E1 referiu ter tido apenas dois amigos que classifica como verdadeiros, com nenhum dos quais mantém contacto atualmente. Referiu não ter amigos nem confiar em nenhum colega, contudo, mencionou sentir que tem melhor relação com os colegas do sexo masculino, tal como é característico da sua faixa etária. Atribuiu esta situação aos seus comportamentos (“As minhas brincadeiras são um bocado agressivas”; “como viam que eu era muito agitado, afastavam-se. Isto tem sido assim desde que entrei na escola”), tendo referido sentir-se sozinho, excluído, sem qualquer tipo de apoio por parte dos pares, tanto no recreio como na sala de aula (“Elas fogem [as pessoas]”).

E2 classificou a dificuldade em fazer amigos como o fator secundário à doença que mais impactou a sua vida, descrevendo um episódio recorrente nos primeiros anos de escola, período em que aplicava uma terapêutica tópica específica para a melhoria das lesões cutâneas resultantes da sua condição de doença: “tinha uns comprimidinhos que metia na água e depois a água ficava roxa. Eu depois de sair da água ficava com a pele assim mais escura (...) quando

aparecia mais escura gozavam comigo e pensavam que era tudo contagioso, não se chegavam ao pé de mim e depois gozavam comigo”.

Ao longo do seu percurso escolar, a adolescente referiu ter tido poucos amigos, mantendo desde sempre um pequeno grupo de amigos íntimos cuja constituição se foi modificando, tal como é característico deste período do desenvolvimento. Nos momentos de conflito, era no grupo de amigos que encontrava proteção e apoio (“Vá anda para cá, anda brincar. Lanchávamos juntos, almoçávamos juntos”). Atualmente mencionou ter três amigas íntimas, essenciais na partilha de intimidade (“foi a primeira pessoa a quem eu disse”), na promoção do sentimento de inclusão (“levam só coisas que não tenham aquilo a que eu disse que era alérgica”), sendo o apoio prestado também do tipo instrumental (“Qualquer coisa tenho ali um creme”). Enalteceu ainda o papel das colegas da equipa de futebol atribuindo-lhes, contudo, apenas um papel de apoio instrumental (“vêm a correr e dão-me a garrafa de água”). De relevar que referiu manter os mesmos colegas desde o ensino pré-escolar e que apesar das dificuldades iniciais relativas à aceitação da doença por parte dos pares, atualmente considera que todos passaram a apoiá-la ainda que prestem um apoio menor quando comparados com as amigas, principal fonte de apoio e proteção.

Para E3 foram as dificuldades sentidas a nível escolar bem como a atitude dos colegas perante as suas notas e testes adaptados que condicionaram a relação estabelecida com os pares (“lembro-me de alturas em que vinham: ‘Ah isso é super fácil, isso é não sei quê, quem me dera fazer os teus testes, se eu tivesse os teus testes tinha muito melhor nota e não sei quê’”; “Aqueles testes para mim eram super difíceis imagina lá os outros”). Evidenciou o papel das suas duas melhores amigas, colegas de turma há 12 anos, as quais assumiam um papel protetor, intervindo nos momentos de tensão para explicar aos colegas a situação de saúde de E3 (“defendiam-me e entendiam o meu lado”). Não obstante, referiu ter poucos amigos (“eu não sou muito de amigos”) e de se escudar na solidão como mecanismo de defesa (“Então fazem-me aquilo, vou-me meio que me afastando para não me fazerem mais”).

Negando problemas relacionais anteriores, E4 mencionou que a relação com os colegas mudou drasticamente aquando dos primeiros sinais e sintomas de doença (“mandavam-me muitas bocas a dizer que eu faltava à escola”; “eu não andava bem... O meu corpo parece que lutava contra as pessoas estarem a falar comigo”; “comecei a responder assim [mal] e a sentir-me revoltada foi quando a doença apareceu”; “[mais tarde] percebi que aquilo que sentia, o não ter paciência, tinha a ver com isso”). Referiu não ter amigos na escola por se ter afastado de todos e que após o diagnóstico as colegas do sexo feminino contactaram-na apenas ocasionalmente, a fim de aferirem o seu estado de saúde, sendo perceptível que considera esse

apoio como insuficiente (“elas só mandavam a perguntar se estava tudo bem, mas depois também não mandavam mais nada”). Referiu considerar como amigos próximos os adolescentes do centro de juvenil que frequentou durante as férias escolares, que incluem algumas colegas da equipa de *rugby* feminino a que pertence, que considera terem uma postura mais compreensiva e de apoio (“Aqui é mais tranquilo. (...) perguntam-me só se correu bem [idas ao hospital], convidam-me todos os dias para ir ao largo”).

De entre os participantes, apenas E2 e E3 referiram ter namorados. E2 referiu considerar que a doença foi sempre bem aceite por parte dos namorados, não representando qualquer entrave (“Diziam: ‘Ai rapariga não liguês a isso, isso não faz mal, eu não me importo!’. Sempre se deram bem com a minha doença (...). Sempre foram um bom apoio, é verdade. Para tudo!”). Por sua vez, E3 revelou que o namorado demonstra pouco interesse face à sua condição de saúde (“não foi uma coisa sobre a qual demonstrasse interesse, mas preocupa-se...”), mencionando que os esquecimentos frequentes e a dificuldade na manutenção de um discurso, por vezes, leva a amuos e ressentimentos por parte do companheiro que os interpreta como falta de interesse.

No âmbito da aceitação da doença, realça-se uma situação vivenciada por E2, que relatou que a própria sobrinha, com quatro anos, a confrontou sobre as manifestações cutâneas da sua doença (“Eh tia, estás toda manchada. O que é que é isso? Ah, é um problema que a tia tem. Ah, pareces uma vaca! E eu disse: ‘Eu sei...’”). Quando questionada sobre como a forma que estas questões a fizeram sentir, demonstrou descontracção referindo-se a si própria em tom de brincadeira como “uma cobra” ou “uma vaca (...) toda malhada”. Apresenta, portanto, um nível de aceitação da doença não demonstrado pelos restantes participantes, nem mesmo por E3, a mais velha dos participantes, que apesar de ter referido aceitar-se tal como é, parece ainda sentir-se revoltada com algumas características da doença (“Agora já me aceito, mas às vezes chateio-me de estar sempre a esquecer-me de coisas e estar sempre a fazer coisas ao mesmo tempo. É que às vezes esqueço-me mesmo de coisas graves, uma notícia grave ou coisa assim... Depois nunca sei onde meti as coisas”).

Três dos participantes referiram o processo de habituação como sendo determinante na vivência diária e aceitação da doença. E2 mencionou o facto de se ter habituado ao constante desconforto físico resultante das feridas; E3 referiu a habituação como forma de lidar com os comentários menos positivos por parte dos pares (“Era aguentar... Habituei-me”); já E4 referiu ter-se habituado às limitações impostas pela doença, nomeadamente no que se refere à não exposição solar (“agora já estou habituada é mais fácil”).

Relativamente à percepção de diferença, todos os participantes, à exceção de E2, referiram que se sentem diferentes ou tratados de forma diferente devido à sua condição de saúde. E1 referiu sentir-se tratado quer pelos colegas quer pelos professores de forma diferente (“pago pelo que não faço, já tenho uma fama tão má”; “quando são os outros ninguém faz nada”), associando que os colegas o consideram “um menino diferente” devido aos seus “comportamentos maus”.

E3 referiu sentir-se diferente frequentemente (“Tanta vez! Mas tanta vez! Eu sei que sou diferente das outras raparigas”), justificando essa diferença quer pelas dificuldades de expressão (“É a maneira de falar, pronto eu sou assim meio avariada”), quer pela forma como ocupa o seu tempo livre (“Há coisas que eu faço como o croché que dizem que é coisas de velhinha, depois chamam-me avó”). E4 referiu ter essa percepção de diferença, mesmo junto daqueles que considera como amigos, na medida em que parecem perder o interesse sobre si rapidamente (“Às vezes sinto que estão muito bem comigo, mas depois de repente encontram outra pessoa e deixam-me para trás das costas. É como se fosse menos interessante”).

5.2.2. *Bullying envolvendo adolescentes com doença crónica*

As questões analisadas neste subcapítulo pertencem ao grupo III do guião de entrevista e relacionam-se com a forma como cada um dos adolescentes com doença crónica se envolveu em fenómenos de *bullying*, encontrando-se descritas no quadro 3.

Quadro 3

Questões do guião de entrevista relativas à caracterização do envolvimento em bullying

Questões em análise	
7	Viveste alguma situação na escola em que te sentiste agressivo ou vítima da agressividade de alguém?
8	Podes explicar o que aconteceu? Que idade tinhas quando aconteceu pela primeira vez? Com que frequência isso aconteceu?

Fonte: Elaboração própria.

Todos os participantes relataram algum grau de envolvimento em *bullying*. Três dos adolescentes assumiram o papel de vítimas/agressoras (E1; E2; E4), enquanto E3 assumiu somente o papel de vítima. Nenhum dos participantes se identificou como sendo somente agressor. As formas preferenciais de vitimização foram o *bullying* indireto e relacional, sobretudo na forma de exclusão social, bem como a agressão verbal direta, tendo estas condutas sido mencionadas por todos os participantes. A vitimização através do *cyberbullying* foi

referenciada por dois participantes (E1 e E2). A forma de agressão mais frequente por parte dos adolescentes com doença crónica foi a agressão física, do tipo reativa, sendo que apenas E1 assumiu provocar também algumas situações de conflito, não sendo, nesse caso, a agressão apenas associada à retaliação como se verificou nos casos de E2 e E4. O momento do diagnóstico como fator determinante para o envolvimento em fenómenos de *bullying* apenas pode ser associado a dois participantes (E1 e E4), contudo, para todos os outros a doença e as suas especificidades constituíram, em algum momento, motivo de vitimização. A maioria das agressões ocorreu em contexto de sala de aula, com frequências variáveis, mas que muitas vezes aconteceram diariamente ou várias vezes durante a semana.

E1 referiu que o início do *bullying* coincidiu com o diagnóstico da doença, adotando desde esse momento o papel de vítima/agressora, envolvendo-se em todas as formas de *bullying* no papel de vítima e em *bullying* direto e físico ou verbal como agressor. Estas situações envolveram tanto adolescentes do sexo masculino, mais velhos, de outras turmas como colegas da turma de ambos os sexos, tendo referido utilizar formas de agressão menos graves para com o sexo feminino (“um empurrão ou assim”).

Identificou-se o envolvimento em *bullying* direto e verbal quer no papel de vítima (“Ele começou a gozar comigo”; “gordo”; “filho da prontos”; “chamam-me nomes”; “[diziam] para ir ao médico que sou maluquinho”; “Gozavam comigo porque diziam que tinha botox porque tinha o lábio inchado”), quer no papel de agressor (“Quando já estou farto das pessoas, sim [provoco]”). Participou também em *bullying* direto e físico no papel de vítima (“Já foram tantas”; “Deu-me um murro e uma chapada”; “Foi daquela vez que vim ao hospital. Fiquei com a cara inchada, o pescoço cortado”; “mandaram-me contra a parede”) e de agressor (“parti para a porrada, fiz-lhe um mata-leão”; “Bato (...) Em todos os que me aparecem”; “[bato com] tudo, mas normalmente é com as mãos”).

Aferiu-se também o envolvimento e *bullying* indireto através de exclusão social (“os meninos afastavam-se de mim, ignoravam-me”) e em *cyberbullying* (“fiz uns vídeos no *tiktok* a dançar com a minha mãe e isso e eles gozam”), em ambos os casos somente no papel de vítima. De acordo com o adolescente, estas situações aconteceram com uma frequência diária aquando do período letivo, iniciando-se frequentemente na sala de aula, escalando para agressões mais graves no recreio (“Às vezes nas aulas eles falam de mim, não sei se falam, mas acho que falam”; “metem-se a apontar e eu digo ‘Deixa, falamos no intervalo’”). Apesar de a violência ser uma constante desde o início do seu percurso escolar, referiu estar atualmente a passar por uma fase especialmente perniciosa (“Eu troco sempre de turma por causa dos meninos e isso... Mas esta turma está a ser pior que as outras...”).

Para E2 o envolvimento em *bullying* foi posterior ao diagnóstico de doença, mas coincidiu com o primeiro contacto com pares após o diagnóstico tendo tido início logo no ensino pré-escolar e aquando da frequência do 1º ciclo do ensino básico. As situações de agressão relatadas envolveram somente colegas da turma, principalmente do sexo masculino, tendo sido essencialmente no papel de vítima, na forma de *bullying* indireto tanto através de boatos com vista à propagação do estigma relacionado com a doença (“isso é contagioso, não te chegues ao pé dela”) como da manipulação com vista à exclusão social (“A E2 anda-te a chamar gorda’ (...) só mentiras para fazer as pessoas afastarem-se de mim, para me excluírem.”), que durante esse período aconteceu com uma frequência praticamente diária.

Mais recentemente, E2 referiu também o envolvimento em *bullying* verbal e direto enquanto vítima, sendo alvo de ameaças frequentes por parte dos colegas do sexo masculino (“Espeto-te com o lápis no olho”), ofensas relativas ao seu aspeto físico (“[insultos relativos ao cabelo] ou é palha de aço, ou é ninho de ratos, ninho de aranhas, ninho de cegonhas”), tendo mencionado também conflitos mais esporádicos com colegas do sexo feminino, também na sequência de *bullying* verbal e direto. Nenhuma destas situações se encontra relacionada com a situação de doença. Apurou-se também o envolvimento *cyberbullying* enquanto vítima, associado à repetição contínua de vídeos publicados nas redes sociais por parte da mãe, nos quais E2 surge a cantar, fazendo os colegas uso disso como forma de provocação. Após as agressões mais recentes, referiu sentir necessidade de deixar de ignorar, tendo começado a retaliar com recurso à agressão física (puxões de cabelos; empurrões; lesão corporal com recurso a um lápis) pelo que se considera que atualmente adotou o papel de vítima/agressora. As situações relatadas ocorreram maioritariamente em contexto de sala de aula.

Apesar do diagnóstico da sua condição de saúde ter sido feito por volta dos 8 anos de idade, E3 referiu que “A pior altura de dizerem coisas foi tipo no 8º/9ºano”, o que corresponde à idade entre os 13 e 15 anos, não se verificando assim uma associação concreta ao momento do diagnóstico. Apesar da descrição dos comportamentos por parte dos colegas coincidir com a definição de *bullying* direto e verbal, E3 mencionou não considerar ter sido alvo de agressões, referindo terem sido “bocas” e “brincadeiras parvas”.

Não obstante, verificou-se que foi sistematicamente vítima de comentários depreciativos sobre a sua condição cognitiva não somente pela doença de base como também devido a uma dislexia, o que constituiu uma forma de *bullying* direto e verbal. Para além disso, foi também alvo de outras ofensas não relacionadas com a sua situação de doença (“[chamavam-me] rata, era a minha alcunha e eu odiava”) e de *bullying* direto e físico (“mandar papéis”; “daquelas físgas com borrachas”). De acordo com E3 a frequência das agressões

relatadas era variável, podendo acontecer várias vezes por semana ou apenas aquando da aproximação aos períodos avaliativos. Referiu que, apesar de normalmente ignorar as situações, ocasionalmente, sentiu necessidade de responder de forma agressiva, verbalmente (“até gritei no meio da sala, durante uma aula”; “lembro-me de me ter chateado mesmo a sério”) e com isolamento. Todas as situações descritas aconteceram em contexto de sala de aula.

Também E4 referiu ter sido vítima de *bullying* verbal direto por parte dos colegas do sexo masculino (“os outros começavam a gozar comigo, a implicar comigo”; “Começam a faltar ao respeito a chamar-nos nomes e gozar com o nosso corpo”; “Sobre o peso.... Ah, tens que emagrecer”). Apesar da postura inicial adotada ser a de ignorar os comentários dos colegas, a adolescente referiu ter passado a sentir necessidade de retorquir verbalmente (“preguei mesmo um berro”; “começaram a esticar a corda e eu tive que gritar com eles”) e com recurso à agressão física (“Mandeí-lhe com uma cadeira acima.”; “mandei um contra a porta”) pelo que se considera que atualmente se enquadra mais no papel de vítima/agressora. Todas as agressões relatadas aconteceram durante este ano letivo, em contexto de sala de aula, com uma frequência praticamente diária.

5.2.3. *Justificações, sentimentos e emoções associados ao bullying*

As questões do guião de entrevista relativas aos motivos, sentimentos e emoções relacionados com o envolvimento em fenómenos de *bullying* pertencem ao grupo III do guião e encontram-se expostas no quadro 4.

Quadro 4

Questões do guião de entrevista relativas às motivações, emoções e sentimentos associados ao bullying

Questões em análise	
10	Qual pensas ter sido a causa da agressividade? A tua doença crónica está de alguma forma relacionada com essas situações?
11	Achas que alguma particularidade da tua doença pode contribuir para a ocorrência de conflitos ou de exclusão? De que forma? (Explorar: alterações físicas; autocuidado; ausências escolares; restrições; falta de informação).

Fonte: Elaboração própria.

No que diz respeito às justificações para a ocorrência vitimização, E1 associou as agressões por parte dos colegas às suas alterações de comportamento e à dificuldade de controlo de impulsos (“por causa dos meus comportamentos maus”), sendo em parte agravadas

pela obesidade secundária ao diagnóstico inicial, falta de informação sobre a doença e dificuldades de concentração que o tornam um alvo mais suscetível à vitimização.

Para E2 a vitimização inicial explicava-se pela sua situação de doença, sobretudo pelas manifestações cutâneas da mesma mas, com o avançar da idade, referiu que as agressões passaram a relacionar-se com sentimentos como a inveja por parte dos agressores (“Eles sabem que eu canto bem e têm inveja”), com dinâmicas implícitas aos diferentes grupos de pares dentro da turma (“Ele é gente boa assim nos corredores, mas quando se junta com o M. (...) É tipo covid com gripe”) e com características físicas suas não relacionadas com a doença.

E3 relacionou a ocorrência de *bullying* à doença crónica pois foi devido a ela e à questão da dislexia que teve sempre testes adaptados com um menor nível de dificuldade, sendo que os preconceitos e o desconhecimento por parte dos pares sobre a doença foram também determinantes na continuidade da vitimização (“era mesmo só o facto de as pessoas terem muito preconceito”; “são uns ignorantes”). Para além disso, mencionou também o seu aspeto físico como justificação para o *bullying*, fator esse não associado à condição de doença.

Por sua vez, E4 referiu que na génese da vitimização a que foi sujeita se encontravam características do seu aspeto físico, nomeadamente a obesidade derivada da situação de doença (“por causa do corpo”), mas também as faltas escolares (“mandavam-me muitas bocas a dizer que eu faltava muito à escola”; “que eu faltava sem motivos nenhuns”).

Relativamente aos sentimentos e emoções associadas à vitimização, sendo evidente em todo o discurso ao longo da entrevista uma revolta latente, E1 referiu sentir-se “mal”, “às vezes triste”. Por sua vez, E2 referiu que quando as agressões começaram sentia-se “muito mal, muito triste”, contudo, atualmente esses sentimentos foram suplantados pela raiva, agressividade, choro e sentimento de necessidade evasão do local onde ocorrem as agressões (“Às vezes estou mesmo com a sentir-me com bué raiva”; “Só me apetece mandar-lhe com a cadeira acima”). Para E3 os constantes comentários depreciativos dos colegas levavam a que se sentisse triste, frustrada, chateada, excluída (“no 12.º ano é que me senti assim um bocado de parte”), referindo também sentir raiva e considerar “as pessoas um bocado insuportáveis”.

Por sua vez, E4 referiu sentir-se muito nervosa e introspetiva (“se começam a dizer coisas sobre o meu corpo eu começo a matutar se o problema é meu ou deles”), incorrendo num processo de culpabilização característico da vitimização. Referiu também sentir algum grau de incompreensão face à atitude dos pares (“se eles tivessem no meu lugar eu não gozava com eles. Muito pelo contrário, até os ajudava”).

Quanto às motivações para o envolvimento em *bullying* como agressor, E2 e E4 referiram que foram sempre sequenciais a uma agressão prévia tratando-se, por isso, de uma

retaliação a uma agressão anterior. Também E1 referiu que, por norma, as agressões eram secundárias a uma agressão sofrida anteriormente, contudo, da análise efetuada, foi possível objetivar que comportamentos com pouca expressão no âmbito da agressão por parte dos colegas foram referidos como suficientes para despoletar uma reação, denotando-se assim uma reatividade excessiva (“Às vezes basta o olhar intenso direito a mim... Vou lá e coiso”). A falta de informação sobre questões relacionadas com a doença foi também mencionada por E1 como motivo para a agressão, tendo referido que não apenas essa escassez de compreensão o afeta a ele enquanto vítima como também já foi motivo para ele próprio agredir outros verbalmente (“quando entrei para esta escola eu não sabia, não é... E a seguir gozava muito com ela [colega com autismo]. Mas a seguir, quando comecei a saber, já a comecei a proteger”).

Relativamente aos sentimentos e emoções no papel de agressor, E1 referiu a ausência de sentimentos quando considera que foi uma retaliação justificada, isto, é, secundária a uma agressão anterior, contudo, refere sentir-se arrependido quando agride sem motivo aparente (“Às vezes. Depende, se for uma coisa grave não [sinto nada], se for uma coisa em que implicaram muito, não [sinto nada]. Mas se for se for do nada, eu arrependo-me”). E2 referiu sentir-se bem pois o recurso à agressão física foi a forma de fazer as agressões contra si cessarem (“Senti-me bem. Pensei ‘fogo, finalmente consegui fazer o que queria!’. Finalmente tirei a gaja da minha mesa e da sala”). Por sua vez, E4 referiu sentir-se mal após as explosões emocionais que determinaram que agredisse verbal e fisicamente os colegas.

5.2.4. Figuras de apoio

Neste subcapítulo prendeu-se dar resposta às questões do guião de entrevista pertencentes ao grupo III, relacionadas com as figuras de apoio em caso de *bullying*, que constam do quadro 5.

Quadro 5

Questões do guião de entrevista relativas ao papel dos pais, professores e profissionais de saúde

Questões em análise	
9	Como se resolveu essa situação? Pediste ajuda? Quem te ajudou e de que forma?
12	Sentes-te apoiado pelos professores? E pelos profissionais de saúde? Qual é o seu papel relativamente à tua doença e às situações de <i>bullying</i> ?

Fonte: Elaboração própria.

Relativamente à resolução das situações de conflito, apenas E3 com a transição para o ensino universitário parece ter a situação efetivamente resolvida dado o afastamento do contexto e dos colegas, contudo, mencionou que durante o período em que foi mais vitimizada foi necessário que a mãe fosse à escola falar com o seu diretor de turma. Por sua vez, E1 referiu todos os anos mudar de turma devido às situações de conflito, contudo, sendo a única escola próxima do seu local de residência, a mudança de escola não é opção. Referiu ter já sido necessário pedir auxílio ao Programa Escola Segura, sem que isso contribuísse para a resolução dos conflitos, tendo também o próprio pai ido à escola abordar os adolescentes mais velhos que vitimizam o adolescente.

E2 referiu que como forma de controlar os seus impulsos e tolerar melhor as provocações de que é alvo tem vindo a desenvolver técnicas de controlo emocional tais como a escrita, o desenho ou a prática de artes marciais. Já E4 referiu que no próximo ano letivo mudará de turma e, apesar de apreensiva com os novos colegas, a mãe irá ser determinante na eventual antecipação de conflitos pois tentará desde logo intervir, explicando abertamente aos novos colegas e respetivos pais o que é e o que determina a doença da filha (“como é uma turma nova e a minha mãe também vai falar com os pais deles”).

No se que se refere às figuras de apoio, os pais são referidos por todos os participantes como figuras essenciais tanto no âmbito da doença como do *bullying*. Tendo afirmado não ter amigos, é junto dos pais que E1 desabafa e a quem pede ajuda na resolução dos conflitos com os pares (“o meu pai foi falar com eles”; “a minha mãe ouviu tudo”). Mencionou também a avó como sendo uma figura de apoio determinante.

No âmbito da resolução dos conflitos E2 realçou o papel da melhor amiga enquanto fonte de apoio e tranquilidade (“sinto um apoio, uma força”; “olho para ela e ela faz-me ‘calma’ [movimenta a mão em sinal de abrandamento]”; “Eu às vezes digo ‘Eh, o M. irritou-me mesmo hoje’ e ela diz ‘Bora, que eu ajudo. A gente enforca-o, vá’. Mas é no gozo, ela é mais *soft*”). Também E3 mencionou as melhores amigas que frequentemente a defendiam diante dos outros colegas como fonte de apoio em situações de *bullying* (“Defendiam-me, diziam aos outros ‘Olha tens que perceber que a E3...’”). A adolescente mencionou ser a mãe a pessoa a quem recorria para desabafar, dando-lhe esta conselhos sobre as melhores estratégias face às agressões. Por sua vez, E4 referiu que o seu apoio principal foram os pais e a família alargada.

Relativamente ao apoio prestado pelos professores em situações de conflitos, E1 focou-se essencialmente no papel do diretor de turma. Se antigamente recorria ao diretor de turma na tentativa de resolver conflitos por considerar existir algum interesse na mediação dos conflitos (“Eu antes dizia ao diretor de turma e ele falava com eles, mas eles inventavam desculpas e

diziam que tinham ido dar voltas à escola”) atualmente, após uma nova mudança de turma, referiu sentir que o diretor de turma não só não é uma figura de apoio como ainda contribui para a ocorrência de conflitos ao dar conhecimento à turma dos motivos das suas ausências escolares (“Às vezes sabem [a que consultas vou] porque o professor também não se cala”; “Já duas vezes não aceitou a justificação e a seguir foi dizer à minha mãe que eu não lhe tinha dado”; “Quando fui suspenso disse à frente da turma que ia ficar tantos dias suspenso... O professor saiu da aula que estava a dar para ir à nossa sala dizer ‘O E1 vai ficar suspenso por tal, tal, tal e digam aos vossos professores todos’”).

Por sua vez, relativamente às condutas e comportamentos dos professores face ao *bullying*, E2 mencionou que apesar de na grande maioria das vezes haver interesse por parte dos professores tanto relativamente à sua doença como na mediação de conflitos, sentindo-se muito próxima dos mesmos (“Eu com os meus professores falo assim por gestos”), também existem professores pouco atentos a situações de *bullying* (“ele estava nessa aula, mas não estava a ligar”; “Querem ver que o professor não vê?”).

E3 referiu que alguns professores tinham o cuidado de tentar explicar aos colegas a sua situação específica, procurando assim fomentar a inclusão e minimizar os conflitos, contudo, a postura apresentada mais frequentemente era a de desinteresse (“[lembro-me de] alguns professores dizerem: ‘Olhem a E3 tem isto e aquilo, tentem ser mais compreensivos’. Uns [professores] tinham esse cuidado, outros não”; “Eram mais os que se estavam pouco importando... Eram pouquinhos aqueles que se importavam”). Ainda assim, referiu ter havido sempre algum cuidado por parte de todos os professores, por exemplo, não lhe pedindo para ler textos em voz alta, algo que descreveu como sendo um momento de grande tensão e ansiedade. Por sua vez, E4 referiu ter sentido compreensão por parte dos professores que, sabendo que o momento pelo qual se encontrava a passar era delicado, optaram pelo diálogo (“depois chamam-me à parte, dizem para me acalmar e isso”; “O professor falou comigo e acalmou tudo”).

Relativamente a outras figuras de apoio na escola, E1 mencionou o papel das auxiliares de ação educativa (“Às vezes tentam puxar-me para junto delas”; “Os contínuos ajudam muito mais que os professores”). Por sua vez, E2 apresentou uma opinião contrária mencionando uma auxiliar de ação educativa que contribuiu para a ocorrência de situações de conflito ao evidenciar a abstenção escolar por parte de E2 (“[a auxiliar diz] ‘Faltas às aulas porque queres e bem te apetece’ (...) depois começam os rapazes ‘Eh, faltas às aulas...’”).

O papel dos profissionais de saúde no âmbito do *bullying*, na perspetiva de E1, parece estar mais relacionado com o fornecimento de estratégias que permitam lidar de forma ajustada

com as situações de conflito, tendo o adolescente salientado o papel da psicóloga e da psiquiatra como figuras de referência no apoio social. Apesar da tentativa de auxílio por parte dos profissionais de saúde na aquisição de ferramentas para a gestão do conflito e da agressividade (“Diziam para eu controlar-me, para respirar e contar até dez”), referiu manter dificuldades no controlo de impulsos, sendo difícil empregar essas técnicas na relação quotidiana com os pares.

Já E2 referiu sentir constrangimentos no recurso aos profissionais de saúde no âmbito do *bullying* (“Tenho vergonha”; “já as conheço e vou voltar a ver”) referindo, contudo, recorrer à psicóloga da escola. E3 enfatizou também o papel da psicóloga no seu “desenvolvimento, na melhoria”, referindo ter sentido também algum apoio, ainda que menos significativo, por parte da equipa médica (“era sempre mais a correr”). Ainda assim, referiu que nem a psicóloga nem a psiquiatra abordaram de forma significativa as questões do *bullying* (“Não, essa parte nunca foi muito abordada, mas se calhar devia ter sido”). E4 referiu sentir poder contar a médica que atualmente a segue bem como com a psicóloga da escola. Nenhum dos participantes mencionou os enfermeiros como fonte efetiva de apoio em contexto de *bullying*.

6. Conclusões e discussão

A presente investigação tinha por objetivos compreender como, e em que medida, a doença crónica impacta a relação, a aceitação e o convívio no âmbito dos grupos na adolescência assim como verificar se o diagnóstico de doença crónica se associa, ou não, ao envolvimento em situações de *bullying* na adolescência, nos papéis de vítima, agressor ou vítima/agressora. Para o efeito, recorreu-se a um estudo misto, com uma componente quantitativa e uma qualitativa. Foram utilizados três questionários na componente quantitativa, dois adaptados de outros estudos e um construído propositadamente para esta investigação, que revelaram boas propriedades psicométricas.

Como ponto de partida para a discussão dos resultados obtidos, importa compreender que os participantes do nosso estudo eram adolescentes com marcadas necessidades individuais de saúde, evidenciadas não só pelas tipologias dos diagnósticos como também pelas elevadas frequências relativas ao cumprimento de um regime terapêutico, ao recurso frequente ao hospital e ao facto de a sua maioria ter história de internamentos prévios. A maior parte destes adolescentes foram diagnosticados após os 6 anos de idade e apenas uma pequena fração referiu ter um diagnóstico recente, isto é, há menos de um ano. Atendendo a estes dados, depreende-se que as suas perspetivas relativamente àquilo que significa crescer e viver com uma doença crónica resultam de um processo de introspeção somente possível através do distanciamento temporal, do confronto sistemático com os outros e da operacionalização das competências cognitivas intrínsecas ao seu desenvolvimento.

6.1. Impacto da doença crónica na convivência social dos adolescentes com os pares

Ainda que se tenha verificado que a doença crónica condiciona de forma mais expressiva o quotidiano do adolescente através das restrições que determina a nível da participação social e pela imposição do autocuidado do que aquilo que interfere na aceitação por parte dos colegas ou amigos, os dados obtidos no nosso estudo relativamente ao impacto da doença na relação com os pares foram também bastante relevantes, tendo-se concluído que o maior impacto da doença crónica se associa ao menor o sentimento de bem-estar na turma, com colegas, amigos e namorados.

Os nossos resultados evidenciaram que cerca de um terço dos adolescentes com doença crónica relaciona o diagnóstico da doença à ocorrência de modificações nas relações estabelecidas com os pares. Estes dados foram confirmados no estudo qualitativo no qual todos os adolescentes identificaram a presença da doença crónica como sendo um fator

condicionador no âmbito da convivência com os pares, determinando que as relações estabelecidas com amigos e colegas fossem, desde sempre, negativas ou tendo sido o diagnóstico da doença o ímpeto para a ocorrência dessas modificações. Para além disso, o facto de apenas um adolescente, de entre os 112 que participaram no estudo quantitativo, ter referido que a doença contribuiu para a melhoria das relações estabelecidas com os pares, permite inferir que, uma vez operadas, estas modificações determinam, na sua quase totalidade, a degradação dos laços estabelecidos com os amigos e colegas.

Procurando compreender-se as razões para as modificações nas relações com os pares associadas à situação de doença, verificou-se que estas se associavam sobretudo às mudanças físicas e/ou comportamentais resultantes da doença e à falta de informação percebida nos outros. Sendo as mudanças físicas associadas às situações de doença frequentes e de difícil controlo, tal se verificou na análise das entrevistas realizadas, assumindo as preocupações relativas ao corpo e ao aspeto físico uma elevada relevância na adolescência (Fonseca, 2002), o prejuízo nas relações com os pares parece resultar da perda de similaridade que caracteriza estes vínculos e consequente demarcação da diferença (Ferreira & Garcia, 2008), sendo que esta percepção de diferença face aos pares foi identificada no nosso estudo como sendo um dos aspetos que mais condicionava a convivência social com os pares. No que se refere à falta de informação sobre a doença crónica, este parece ser um fator mais facilmente mutável pois, a evidência demonstra que o aumento do conhecimento sobre a condição de doença se relaciona com a maior aceitação por parte dos pares saudáveis relativamente aos adolescentes com doença crónica (Brook & Galili, 2020).

À semelhança dos resultados obtidos na revisão de Andrade e Alves (2019), também os participantes do nosso estudo referiram ter poucos amigos. Para além disso, constatou-se que uma vez estabelecidas, as relações de amizade pareciam ser superficiais pois, a maioria dos adolescentes mencionou, em algum momento, não ter tido um amigo íntimo que efetivamente os compreendesse, a quem contar os problemas ou com quem desabafar. Estes achados são congruentes com o estudo de Ferreira & Garcia (2008), cujos participantes eram adolescentes com diabetes, doença oncológica e respetivos amigos, no qual se identificou a dificuldade na partilha da intimidade relacionada com a situação de doença uma vez que quer os adolescentes com doença crónica quer os amigos consideravam as questões relativas à doença como sendo tristes e desagradáveis, preferindo evitar falar sobre as mesmas.

Constatou-se que o apoio social prestado pelos pares se correlaciona com o sentimento de maior bem-estar em múltiplos domínios da vida social do adolescente com doença crónica, contudo, a percepção que este tem relativamente ao apoio recebido parece ser menor

comparativamente à percepção que adolescentes saudáveis têm sobre esse mesmo apoio social, quer quando se comparam os resultados obtidos com estudos que utilizaram a mesma subescala (Bizarro, 2001b), quer quando se comparam com outros instrumentos similares (Gaspar et al., 2022). Esta menor percepção de apoio social por parte dos pares identificada no nosso estudo é coincidente com os resultados obtidos por outros autores (e.g. Andrade & Alves, 2019; Pittet et al., 2010; Silva et al., 2019; Svavarsdottir & Orlygsdottir, 2006)

Comparando amigos e colegas, concluiu-se que os amigos apoiam e aceitam mais o adolescente com doença crónica. Através do estudo qualitativo verificou-se que, quando existentes, os amigos funcionavam como uma fonte de proteção e de apoio, não só emocional como também na gestão das questões práticas relacionadas com a doença, demarcando-se assim também nos contextos de doença crónica enquanto figuras importantes no âmbito do apoio emocional e social (Matos, 2020).

Sendo apenas superados pela figura materna, foi junto dos namorados que melhor os adolescentes com doença crónica referiram sentir-se, confirmando-se assim o seu papel no âmbito da intimidade e afetividade durante a adolescência (Maciel & Rebelo, 2015). Este papel foi explorado no estudo qualitativo, tendo-se verificado que os namorados tanto assumiam uma postura de apoio e aceitação face à doença como de desinteresse, encontrando inclusivamente na doença e nas suas manifestações uma fonte de atritos.

Identificou-se a existência de diferenças estatisticamente significativas entre o impacto que a doença crónica determina na relação com os pares e o tipo de diagnóstico, sendo este resultado concordante com os dados obtidos por outros autores (Potter & Roberts, 1984 citados por Spirito et al., 1991; Wirrel et al., 2006). Nesse sentido, concluiu-se que são os adolescentes com doença psiquiátrica que vivenciam substancialmente um maior impacto da doença na relação com os pares. Este achado pode ser explicado com base no processo de estigmatização e exclusão social de que são vítimas os adolescentes com doença psiquiátrica (Matos, 2022; Moses, 2014; Mulfinger et al., 2019).

Posteriormente surgem, como sendo aqueles em quem a doença determina um maior impacto na relação com os pares, os adolescentes com obesidade, com diabetes e, em último lugar, os adolescentes com outro tipo de doenças crónicas. Esta ordenação pode ser explicada pelo facto de os adolescentes com obesidade possuírem caracteristicamente uma morfologia corporal distinta, deixando de se enquadrar nos estereótipos do corpo ideal do grupo, podendo surgir o estigma físico, responsável pela exclusão e prejuízo ao nível das relações entre pares (Scutti et al., 2014). Por sua vez, os adolescentes com diabetes *mellitus*, parecem ser amigos mais toleráveis, tal como foi referenciado no enquadramento teórico (Potter & Roberts, 1984

citados por Spirito et al., 1991). Não obstante, são os adolescentes com outro tipo de doenças, maioritariamente com menor complexidade ou menores necessidades individuais de saúde, aqueles cujos diagnósticos menos parecem impactar a relação com os pares.

Considera-se pertinente referir ainda a correlação estatisticamente significativa identificada entre o tempo de diagnóstico e a perceção de apoio social por parte dos pares, no sentido de o diagnóstico mais recente se associar à maior perceção de apoio social. Assim, interessa enaltecer que o apoio prestado pelos pares ao adolescente com doença crónica é essencial num primeiro momento, aquando do diagnóstico, contudo, não pode ser descurado durante a continuidade do seu percurso escolar pois, tal como verificaram Casier et al. (2013), o maior tempo de diagnóstico relaciona-se com o pior humor quotidiano sendo assim necessário o reforço contínuo do apoio prestado pelos colegas, amigos e namorados.

6.2. Envolvimento em fenómenos de *bullying* nos adolescentes com doença crónica

Aproximadamente metade dos adolescentes que participaram no nosso estudo considerou que, com maior ou menor frequência, a doença crónica os coloca numa posição de fragilidade para serem vítimas de alguma forma abuso. Este dado corrobora o facto de a doença crónica ser perspectivada como um fator de risco para o envolvimento em *bullying*, tal como referenciado por Montano (2015).

Verificou-se a existência de diferenças estatisticamente significativas relativamente ao envolvimento em *bullying* relacionadas com a idade e a vitimização, no sentido de os adolescentes mais novos serem mais vitimizados, sendo esta conclusão congruente com a revisão teórica efetuada (e.g. Carvalho et al., 2019; Rosário et al., 2007; Sentenac et al., 2011; Stingeni et al., 2021). Assim, também nos adolescentes com doença crónica, o aumentar da idade parece contribuir para a diminuição da vulnerabilidade face à vitimização, devendo-se provavelmente esse facto ao refinamento das competências psicossociais que capacitam o adolescente para respostas mais ajustadas no âmbito da resolução dos conflitos interpessoais (e.g. Carvalho et al., 2019; Carvalhosa, 2010; Martins, 2005b; Martins, 2007).

Identificaram-se diferenças estatisticamente significativas no âmbito do *bullying* relacionadas com o tipo de doença e a vitimização, tal como verificado noutros estudos (Borsa & Nunes, 2011; Cheung & Wirrel, 2006; Pinguart, 2017; Wei et al., 2017). De acordo com os nossos dados, os adolescentes com doença psiquiátrica são os mais vitimizados, surgindo posteriormente os adolescentes com obesidade, os adolescentes com outras doenças e, por fim, os adolescentes com diabetes. A prevalência superior da doença psiquiátrica e da obesidade

como sendo os tipos de doença que mais determinam vitimização é coerente com o facto de serem também essas doenças que mais impactam o relacionamento com os pares.

Não obstante, considera-se pertinente relevar que a doença psiquiátrica aparece com uma diferença substancial no âmbito da vitimização, comparativamente aos outros tipos de doença. Sendo este achado mencionado por diversos autores (Haegele & Zgu, 2023; Pittet et al., 2010; Wirrel et al., 2006), as justificações para a prevalência da vitimização sobre os adolescentes com doença psiquiátrica são variáveis. Para McNicholas et al. (2020) as doenças ditas invisíveis, tais como as doenças psiquiátricas, são as que determinam níveis mais elevados de ostracização pois, não tendo manifestações físicas visíveis, a sua menção é percecionada pelos pares como uma forma de procura de facilitismos e de evasão face às responsabilidades, algo que também foi identificado no nosso estudo qualitativo. Outra explicação para esta prevalência, reside no facto de as doenças de ordem física determinarem a perceção de indefensabilidade, induzindo assim um maior sentimento de compaixão por parte dos pares saudáveis e um conseqüente menor risco de vitimização comparativamente às doenças sem repercussões físicas óbvias tais como, por exemplo, as doenças psiquiátricas (Frekkes et al., 2006; Pittet et al., 2010).

Considerando que apenas 29,5% dos adolescentes do estudo quantitativo não se envolveram em alguma forma de violência, que todos os participantes do estudo qualitativo foram vitimizados e apenas um não foi também agressor, considera-se ser possível afirmar que, na sua maioria, os adolescentes com doença crónica parecem envolver-se frequentemente em fenómenos de *bullying*. Não sendo possível determinar com exatidão o maior envolvimento em *bullying* por parte dos adolescentes com doença crónica comparativamente aos pares saudáveis, o confronto dos dados obtidos com alguns estudos que utilizaram instrumentos semelhantes aos nossos permite, no entanto, alguma reflexão nesse sentido.

Comparando os resultados obtidos com os de Martins e Castro (2010), verificou-se que no nosso estudo o envolvimento em agressão e vitimização foi bastante superior pois, de acordo com os autores, 51,9% dos participantes não se envolveram nesse tipo de condutas. Não obstante, comparando os nossos resultados com outros estudos (Díaz-Aguado et al., 2004; Martins, 2009), constatou-se que os adolescentes com doença crónica apresentaram frequências de vitimização e agressão mais baixas nas diferentes condutas, exceto naquelas que se relacionavam com a vitimização com recurso à exclusão social. Ainda assim, quando se compararam os resultados obtidos com os de Martins (2009), excluindo os conflitos esporádicos, verificou-se que as condutas de *bullying* aconteceram de forma muito mais frequente nos adolescentes com doença crónica, permitindo assim concluir que estes

adolescentes tendem a ser alvo de diferentes formas de agressão ou agredidos de modo mais continuado comparativamente aos participantes do estudo normativo. Esta diferença foi ainda mais marcada no âmbito da vitimização, tendo-se constatado que algumas condutas aconteceram com uma frequência superior três a quatro vezes nos adolescentes com doença crónica. Este achado é congruente com os resultados obtidos por Pittet et al. (2010) que atribuem aos adolescentes com doença crónica um risco acrescido de vitimização até três vezes superior ao verificado nos pares saudáveis.

Releva-se ainda que, do cruzamento das frequências totais de vitimização e agressão, concluiu-se que os adolescentes com doença crónica se envolvem com maior frequência em alguma forma de agressão, contudo, esse envolvimento apresenta menor gravidade e frequência comparativamente à forma como são vitimizados.

As vítimas, uma vez comparadas com os agressores, sentem-se pior relativamente à escola, na relação aos pares e consigo próprias, sendo estes dados congruentes, mas mais expressivos, do que os encontrados por Martins (2009). Assim, os adolescentes com doença crónica que são vítimas, para além de se sentirem pior nesses contextos do que os agressores, também eles com doença crónica, parecem igualmente sentir-se pior comparativamente às vítimas de *bullying* sem doença crónica diagnosticada.

Com recurso à análise estatística e procurando identificar os fatores que pudessem prever a vitimização e a agressão em adolescentes com doença crónica, verificou-se que as variáveis em estudo eram pouco explicativas da agressão, contudo, explicavam bastante a vitimização (41,6%), assumindo particular destaque como mais preditora que as restantes, a variável IDCPR que, no âmbito da intervenção do *bullying* em adolescentes com doença crónica, poderá ser perspectivada como um fator de risco a ter em consideração dado que o maior impacto da doença na relação com os pares prediz o risco acrescido de ser vítima.

6.3. Prevalência, tipos de *bullying* e papéis relativos à agressão e vitimização em que os adolescentes com doença crónica se envolvem

Do total de participantes do estudo quantitativo, 70,5% envolveram-se em agressão e/ou vitimização. De entre esses adolescentes, aferiu-se que 12,5% foram somente vítimas, 16,1% foram apenas agressores e os restantes 42,0% envolveram-se simultaneamente em condutas de vitimização e agressão, sendo por isso vítimas/agressoras. A elevada prevalência do papel de vítima/agressora foi confirmada no estudo qualitativo, representando 75,0% dos participantes.

Comparando os dados relativos ao papel de vítima/agressora com resultados de outros estudos com instrumentos semelhantes em amostras normativas, constatou-se que os resultados

obtidos foram substancialmente superiores pois a frequência desse papel no estudo de Catarino & Martins (2009) foi de 16,6% e no estudo de Martins e Castro (2010) foi 10,7%. Não obstante, a elevada prevalência do papel de vítima/agressora é congruente com os resultados obtidos por outros autores em estudos que envolveram adolescentes com doença crónica (Cleave & Davis, 2006; Hamiwka et al., 2009; Janssen et al., 2004; Piquart, 2017; Vinha & Martins, 2022), sendo explicada pelos problemas socioemocionais ou limitações funcionais associadas ao diagnóstico (Cleave & Davis, 2006; Piquart, 2017; Vinha & Martins, 2022).

Concluiu-se que os tipos mais frequentes de condutas de vitimização e de agressão entre os participantes do nosso estudo se relacionavam com *bullying* indireto, ou seja, um tipo de agressão de natureza relacional, associado a condutas de marginalização e isolamento que determinam exclusão. Esta preferência pelo *bullying* indireto foi também identificada no estudo qualitativo, no âmbito da vitimização. A maior prevalência do *bullying* indireto é congruente com os resultados obtidos por outros autores, em estudos com adolescentes com doenças crónicas (McNicholas et al., 2020; Pittet et al., 2010) ou em estudos em que foram utilizados instrumentos similares (Díaz-Aguado et al., 2004; Martins, 2009; Rosário et al., 2017).

Contatou-se que a segunda forma de agressão e vitimização mais frequente foi o *bullying* direto e físico, sendo que a prevalência por este tipo de *bullying* relativamente ao *bullying* direto e verbal não se confirmou em alguns estudos com adolescentes com doença crónica (e.g. Stingeni et al., 2021) nem em estudos que utilizaram instrumentos semelhantes aos nossos (Díaz-Aguado et al., 2004; Martins, 2009). Considera-se que, tal como refere Bizarro (2001a), esta diferença poder-se-á dever a alguma reatividade excessiva por parte dos adolescentes com doença crónica, evidenciada também no estudo qualitativo onde se aferiu que, por exemplo, um simples olhar era gatilho para a agressão física. Assim, incapazes de lidar com todas as condicionantes intrínsecas ao seu desenvolvimento e à sua condição de doença, os adolescentes com doença crónica acabam por ter tendência a manifestar agressividade, externalizando-a (Azenha et al., 2012).

Apesar da crescente utilização das redes sociais e da internet como formas de agressão (Caetano et al., 2016; Gaspar et al., 2022), verificou-se que o *cyberbullying* não teve grande representatividade no nosso estudo tanto no âmbito da vitimização como da agressão, tendo sido somente mencionado por uma minoria dos participantes do estudo quantitativo. Não obstante, verificou-se que no estudo qualitativo este tipo de *bullying* foi mencionado por metade dos participantes. Quando se confrontou o preenchimento dos seus questionários com as respostas obtidas nas entrevistas, verificou-se que estes adolescentes haviam assinalado opções que indicavam o não envolvimento nesse tipo de condutas. Assim, considera-se que,

talvez, tenha havido por parte dos participantes uma certa desvalorização relativamente a esta forma de agressão.

6.4. Motivos e emoções associadas ao envolvimento dos adolescentes com doença crónica em fenómenos de *bullying*

Procurando aferir-se os motivos para a agressão que os adolescentes com doença crónica atribuem aos seus agressores, verificou-se que mais de um quarto dos participantes no estudo quantitativo referiram como principal motivo a diferença, quer a nível físico, quer associada à forma de se expressarem ou por passarem muito tempo no contexto hospitalar. As diferenças físicas, comportamentais e associadas à participação escolar reduzida foram também mencionadas pelos participantes do estudo qualitativo como motivos frequentes para a vitimização. Esta justificação surgiu com uma frequência bastante superior à verificada nos estudos com amostras normativas (Caetano et al., 2017; Martins, 2013), parecendo assim a agressão sofrida pelos adolescentes com doença crónica encaixar no conceito de *bias-based bullying* (Forsberg & Thornberg, 2016; Mulvey et al., 2018).

O sentimento mais frequentemente mencionado pelas vítimas com doença crónica foi a indiferença (30,2%), surgindo com maior frequência comparativamente a sentimentos como o sentir-se mal, com medo ou triste, que são facilmente compreendidos como sendo coerentes com o ser vitimizado (Martins, 2013). Comparando os resultados obtidos com os de amostras normativas, verificou-se que a frequência do sentimento de indiferença foi superior à obtida por Caetano et al. (2016) mas bastante similar ao valor obtido por Martins (2013).

Não sendo possível transpor justificações dada a especificidade do contexto em estudo, considera-se que, no caso específico dos adolescentes com doença crónica, esse sentimento se relacione, eventualmente, com a tentativa de ignorar provocações, surgindo a indiferença como uma estratégia adaptativa para lidar com a agressão tal como referenciado por McNicholas et al. (2020). Esta conclusão é validada pelos resultados obtidos na escala do agressor do QEVE, de acordo com os quais a conduta “ignorar” é a principal forma de agressão a que recorrem os adolescentes com doença crónica. Também os participantes do estudo qualitativo, apesar de identificarem múltiplos sentimentos essencialmente de cariz negativo associados à vitimização, referiram com bastante frequência o recurso ao ignorar como forma de lidar com as provocações, sobretudo numa fase mais inicial dos conflitos.

No âmbito da agressão, o principal motivo que impeliu os adolescentes com doença crónica a serem agressores foi a retaliação (32,4%). Comparando os resultados obtidos com amostras normativas, verificou-se que os nossos dados eram próximos dos obtidos por Martins

(2013) mas superavam em dobro os de Caetano et al. (2017). Este motivo é coerente com o facto de o principal papel em que os adolescentes com doença crónica se envolveram ser o de vítima/agressora, remetendo assim a retaliação para a “emergência impulsiva e conflitualidade intrapsíquica” que caracterizam a adolescência, levando a comportamentos de grande reatividade emocional e dificuldades no autocontrolo (Machado, 2015, p.20).

Constatou-se ainda que, contrariamente ao verificado na vitimização, quando são agressores, os adolescentes com doença crónica justificaram frequentemente os comportamentos com motivos hedonistas, tais como a brincadeira, à semelhança daquilo que acontece, tanto no âmbito da vitimização como da agressão, em amostras normativas (Caetano et al., 2017; Martins, 2013). Este resultado justifica, eventualmente e de forma parcial, o valor superior relativo à agressão e a aparente menor gravidade das agressões infligidas comparativamente à forma como os adolescentes com doença crónica são vitimizados.

Não obstante, considera-se que estes dados podem também estar associados a dimensões morais responsáveis pelo descomprometimento moral por parte daqueles que agredem em oposição ao julgamento moral daqueles que são agredidos, podendo os adolescentes com doença crónica observar dimensões nos outros que, enquanto agressores, não identificam em si próprios (Caetano et al., 2017). De uma forma geral, considera-se ser possível concluir que os motivos dos adolescentes com doença crónica para o envolvimento em *bullying* enquanto agressores são próximos dos verificados em amostras normativas, identificando-se uma maior discrepância no âmbito das justificações dadas relativamente à vitimização.

O sentimento mais frequentemente relacionado com a agressão foi, à semelhança do verificado na vitimização, a indiferença. Atendendo a que a maioria das agressões foi do tipo reativo, esperar-se-ia que surgisse como sentimento predominante a raiva, algo que não se verificou. Considera-se, no entanto, que o sentimento de indiferença é eventualmente coerente com a falta de empatia para com as vítimas resultante de, na maior parte das situações, a agressão ser secundária a uma provocação prévia (Martins, 2013).

Comparando os dados obtidos relativamente aos sentimentos no âmbito da agressão com os de amostras normativas, verificou-se uma discrepância significativa uma vez que nesses estudos, associados à agressão, surgiram predominantemente sentimentos positivos e amorais, relacionados com elevados índices de autoestima e autoconceito (Caetano et al., 2016; Martins, 2013), características habitualmente não associadas aos adolescentes com doença crónica (Azenha et al., 2012; Santos & Lopes, 2017; Viana, 2017).

6.5. Papel dos pares, pais, professores e profissionais de saúde no apoio ao adolescente com doença crónica envolvido em *bullying*

Sabendo que são os laços sociais que conferem ao adolescente a percepção de aceitação e integração (Matos, 2022) e que quanto mais forte for o apoio prestado pelas figuras de referência mais positivo e saudável tende a ser o seu desenvolvimento (Papalia & Feldman, 2013), interessa compreender de que forma as pessoas com quem o adolescente com doença crónica se relaciona o apoiam também no âmbito do *bullying*. Os dados do nosso estudo permitiram concluir que, de uma forma geral, face à ocorrência de *bullying*, as pessoas a quem os adolescentes com doença crónica mais recorrem são os amigos, a mãe e outras pessoas, principalmente, familiares ou parceiros românticos.

De entre os pares, foi junto dos amigos e, principalmente, dos namorados que os adolescentes com doença crónica melhor referiram sentir-se, sendo também os amigos e os parceiros românticos das principais figuras de apoio em situações de *bullying*. Relativamente ao papel desempenhado pelos amigos no âmbito do *bullying*, do estudo qualitativo extraiu-se que os amigos assumiam um papel de defesa ativa do adolescente, apoiando-o, tendo sido mencionados como sendo uma fonte de equilíbrio emocional. Comparando os resultados obtidos com os de Martins (2009) numa amostra normativa, constatou-se que os adolescentes com doença crónica contavam substancialmente com mais apoio dos amigos nas questões relacionadas com os conflitos entre pares. Assim, apesar de se ter identificado que os adolescentes com doença crónica têm amizades mais superficiais, essa condição parece não afetar o apoio e ajuda por parte dos amigos no âmbito do *bullying*.

Em comparação com as outras pessoas com quem interagem, os colegas foram aqueles junto dos quais os adolescentes com doença crónica pior referiram sentir-se, sendo também, dentro do contexto escolar, aqueles que foram mencionados com menor frequência como sendo uma ajuda relativamente às questões do *bullying*. Comparando estes resultados com amostras normativas (Díaz-Aguado et al., 2004; Martins (2009), concluiu-se que os adolescentes com doença crónica são os que menos parecem contar com os colegas em situações de conflito.

Tendo já sido amplamente referenciada a importância dos laços fortes de amizade na adolescência, interessa também evidenciar a relevância dos laços mais fracos, estabelecidos com os colegas. De acordo com Matos (2020), é através destes vínculos que o adolescente é obrigado a confrontar-se com diferentes opções que o obrigam a sair da sua zona de conforto, pois os “laços fracos tendem a valorizar a diversidade, a curiosidade, a abertura, a flexibilidade” (p.112) em oposição à imobilidade e estagnação associada aos laços fortes, que tendem a perpetuar o medo relativamente à disparidade encontrada fora do círculo íntimo do adolescente.

Assim, assumindo uma função distinta, os colegas são também essenciais à evolução e crescimento psicossocial do adolescente com doença crónica, pelo que estas relações devem ser incrementadas, objetivando-se a facilitação da aceitação da diferença (Matos, 2020).

Para além dos pares, o adolescente necessita também ter na sua esfera social adultos de referência com os quais consiga estabelecer uma relação de confiança e que o ajudem a controlar impulsos pouco regulados, numa perspetiva de controlo social pelo afeto em detrimento do mero exercício de autoridade (Matos, 2022).

Os adolescentes com doença crónica referiram sentir-se muito bem junto dos pais, tal como esperado dada a proximidade que caracteristicamente marca a relação entre pais e filhos com doença crónica. Aferiu-se, no entanto, um sentimento de bem-estar superior junto da mãe, sendo esta a pessoa com quem os adolescentes com doença crónica melhor se sentiam. No âmbito do *bullying*, a mãe foi identificada como sendo a segunda pessoa que mais apoiava e ajudava, sendo quem apoiava de forma mais regular, isto é, muitas vezes ou quase sempre. O pai apresentou valores ligeiramente inferiores, contudo, verificou-se que mais de metade dos participantes considerava poder contar com o pai regularmente sendo, nessa perspetiva, a quarta figura que mais apoiava o adolescente com doença crónica no âmbito do *bullying*. Este dado é bastante positivo na medida em que a evidência aponta para o facto de uma forte relação entre pai e filhos ser um fator protetor no âmbito da vitimização (Sentenac et al., 2010). Comparativamente aos estudos com amostras normativas (Díaz-Aguado et al., 2004; Martins, 2009), constatou-se que os pais apoiavam em dobro os adolescentes com doença crónica nas questões relacionadas com os conflitos entre pares. Este dado demonstra que os pais parecem estar despertos para a situação de risco em que os filhos com doença crónica se encontram.

Para além dos pais, outros elementos da família foram mencionados frequentemente como essenciais no âmbito do apoio e resolução de conflitos entre pares pelo que se considera que são figuras-chave no apoio ao adolescente, não devendo o seu papel e importância ser descurados pois, o maior apoio por parte da família está associado à menor vitimização. Assim, considera-se pertinente realçar que, tal como referem McNicholas et al. (2020), ter um irmão na escola é um fator protetor relativamente ao envolvimento em *bullying* e o alargamento da rede de apoio do adolescente através do envolvimento da família alargada na vida escolar pode apresentar-se como uma mais-valia no âmbito da prevenção e intervenção no *bullying*.

De acordo com os dados obtidos, os adolescentes com doença crónica parecem sentir-se melhor junto de outros que não os professores, contudo, de entre todas as pessoas ou locais relacionados especificamente com a escola, é junto dos professores que melhor referiram sentir-se. De uma forma geral, os adolescentes com doença crónica referiram que os

professores se preocupavam com a resolução de conflitos, sendo figuras de apoio e ajuda no âmbito do *bullying*. Ainda assim, no estudo qualitativo, verificou-se que a maioria das agressões ocorreu em contexto de sala de aula, sob supervisão direta do professor que nem sempre agia adequadamente, contribuindo mesmo para o agravamento dos conflitos.

Ainda assim, comparando os resultados obtidos com um estudo normativo (Martins, 2009), concluiu-se que a percepção de apoio e ajuda no *bullying* por parte dos professores foi bastante superior nos adolescentes com doença crónica. Partindo de um nível relacional positivo, tal como evidenciam os dados obtidos, interessa, pois, que os professores se afirmem enquanto modelos de conduta (Sampaio, 2009) uma vez que têm um papel essencial na prevenção da desvinculação escolar por parte dos adolescentes com doença crónica (Lum et al., 2017) e imprescindível no âmbito do combate ao *bullying* (Silva & Bazon, 2017).

De todas as pessoas com quem os adolescentes com doença crónica interagem, foram os profissionais de saúde, sobretudo os enfermeiros, aqueles que foram perspetivados com menor frequência enquanto figuras de recurso e ajuda em contextos de *bullying*. Sabendo-se que a qualidade da relação com os profissionais de saúde influencia a percepção de apoio social (Charepe, 2020), devem ser repensadas posturas, promovendo-se a consciencialização dos profissionais de saúde sobre a sua preponderância ao nível da resolução de conflitos entre pares (Pittet et al, 2010) pois, promover o mais elevado estado de saúde é, hoje em dia, muito mais do que tratar meramente a doença física (Gaspar et al., 2019b; WHO, 2021). Estando amplamente qualificados para a deteção de situações de risco e para a compreensão das consequências adversas que a agressão e a vitimização podem determinar em contextos de doença crónica, os profissionais de saúde, objetivando o cuidado holístico, não podem descurar questões relativas à convivência social com os pares estando numa posição privilegiada para a prevenção e intervenção no âmbito do *bullying*.

6.6. Correlação entre as variáveis IDC RP, apoio social dos pares, vitimização e agressão

De acordo com os dados obtidos, foi possível concluir que todas as variáveis em estudo se correlacionavam de forma estatisticamente significativa, sendo a única exceção a correlação entre o IDC RP e a agressão, não tendo sido assim possível comprovar que o maior IDC RP se associasse à maior probabilidade de agressão.

Posto isto, concluiu-se que: i) um maior valor na escala IDC RP associa-se a níveis mais elevados de vitimização; ii) um maior valor na escala IDC RP associa-se a níveis menores de apoio social por parte dos pares; iii) o maior apoio social dos pares associa-se a níveis menores

vitimização; iv) o maior apoio social dos pares associa-se a níveis menores de agressão; v) a maior vitimização associa-se a níveis mais elevados de agressão.

Os resultados colocaram assim em evidência que o maior impacto que a doença crónica ao nível da relação com os pares se associa de forma muito significativa à maior vitimização e, de forma mais moderada, ao menor apoio social por parte dos pares. Não obstante, determinar o impacto da doença no adolescente e na relação com o outro revela-se bastante subjetivo sobretudo se analisarmos de forma mais transversal a evidência disponível onde não parece existir homogeneidade nos resultados, parecendo assim este constructo depender bastante das características individuais do adolescente e do meio em que se insere, pois, a mesma situação de doença determina resultados completamente díspares no âmbito da aceitação e do impacto social (e.g. Andrade & Alves, 2019; Barros, 2009; Santos et al., 2018).

Os dados obtidos evidenciaram também a preponderância do apoio social por parte dos pares no âmbito do *bullying*, tendo-se concluído que a perceção de apoio social por parte de colegas e amigos influencia o envolvimento em vitimização e agressão, sobretudo no âmbito da vitimização em que a correlação estabelecida entre as variáveis foi identificada como sendo mais forte. Estes resultados são congruentes com outros estudos realizados em amostras normativas (McNicholas et al., 2020; Melo & Duarte, 2011).

Considera-se que o facto de ser vítima se associar a alguma probabilidade de ser agressor é coerente com a elevada frequência do papel de vítima/agressora entre os adolescentes com doença crónica que participaram no nosso estudo, sendo estes resultados concordantes com os obtidos por outros autores em amostras normativas (Falla et al., 2020; Martins, 2009; Walters, 2020). Desta forma, também no contexto em análise, confirma-se a tendência para a perpetuação do ciclo de violência, justificada pela exposição repetida à agressão incitar à violência por parte da vítima (Falla et al., 2020).

6.7. Considerações finais

A revisão da literatura efetuada nos capítulos teóricos e os dados provenientes do estudo empírico, permitem confirmar que viver com uma doença crónica é uma experiência exigente, que obriga a ajustes em múltiplos domínios, incluindo os que se relacionam com a socialização.

De uma forma geral, parece ser possível concluir que os adolescentes com doença crónica envolvem-se em fenómenos de *bullying* de forma similar ao encontrado em amostras normativas, em alguns aspetos, mas apresentam especificidades que claramente se associam à sua condição, nomeadamente a perceção de diferença face aos outros, a perceção de menor apoio social por parte dos pares, o elevado predomínio da exclusão social e o facto de o impacto

da doença na relação com os pares se correlacionar positivamente com a vitimização. Considera-se assim que a doença crónica se demarca efetivamente como um acontecimento disruptivo, condicionador do bem-estar social dos adolescentes.

Apesar de se considerar que os resultados obtidos representam uma mais-valia no âmbito da compreensão dos fenómenos em estudo, fornecendo novos dados sobre a forma como a doença crónica impacta a relação com os pares, interfere ao nível da perceção do apoio social prestado pelos pares e se associa ao envolvimento em *bullying*, o nosso estudo apresentou algumas limitações.

A primeira limitação diz respeito ao tipo de amostra. Atendendo a que foi selecionada uma amostra de conveniência, verificou-se uma elevada heterogeneidade ao nível da tipologia de patologias, o que pode ter contribuído para que alguns tipos de doença tenham sido sub-representados. Para além disso, o facto de se ter optado por uma amostra não aleatória, não permite a generalização de resultados a toda a população de adolescentes com doença crónica.

A segunda limitação relaciona-se com as referências temporais na aplicação da subescala do apoio social da EBEPa e do QEVE. Ponderou-se inicialmente retirar estas referências de forma a obter dados que retratassem melhor o apoio social e a violência escolar desde o momento do diagnóstico da doença, contudo, justifica-se a opção tomada pelo facto de assim serem mais fidedignas as análises comparativas com as amostras normativas que utilizaram os mesmos instrumentos. Ainda assim, importa frisar que os estudos que serviram de referencial comparativo ao longo do nosso trabalho, que utilizavam instrumentos idênticos e cujos participantes eram maioritariamente adolescentes saudáveis (e.g. Bizarro, 2001a; Catarino & Martins, 2009; Díaz-Aguado et al., 2004; Martins, 2009; Martins & Castro, 2010; Melo & Duarte, 2011; Rosário et al., 2007), distam temporalmente de forma significativa do nosso estudo, foram realizados somente em contexto urbano e, no caso do estudo de Catarino e Martins (2009), a idade dos participantes era inferior à verificada na amostra de adolescentes com doença crónica. Estes fatores condicionaram parcialmente as ilações retiradas.

Representando o estudo desenvolvido apenas uma pequena centelha no âmbito da compreensão do *bullying* envolvendo adolescentes com doença crónica, considera-se que seria pertinente dar continuidade à investigação iniciada através de estudos que permitissem a generalização de resultados e comparações entre adolescentes com doença crónica e pares saudáveis procurando-se, para tal, igualar idades e contextos, de forma a ultrapassar os constrangimentos associados às opções metodológicas selecionadas.

Nesse sentido, poderia servir como ponto de partida a escala IDCRP, desenvolvida especificamente para este estudo, que tendo revelado boas qualidades psicométricas e sido

identificada como a variável que mais prediz a vitimização de entre aquelas que neste trabalho foram analisadas poderia, com mais estudos, vir a constituir-se como um instrumento útil e de fácil aplicação no âmbito da sinalização de situações de risco para o envolvimento em *bullying* por parte dos adolescentes com doença crónica.

Sendo a escola o local preferencial de interações com os pares na adolescência, concluiu-se que, comparativamente aos restantes locais e pessoas com quem interagem, é na escola, na turma e na relação com os colegas que os adolescentes com doença crónica pior se referem sentir. Interessa, então, modificar essa tendência, tornando a escola um espaço salutar e securizante para o adolescente com doença crónica.

As questões relativas ao *bullying*, pela sua perniciosidade e frequência, deverão ser priorizadas nos contactos entre profissionais de saúde e os adolescentes com doença crónica, idealmente de forma antecipatória ao regresso escolar, ou seja, aquando da alta hospitalar após o diagnóstico inicial e também após alterações significativas, sobretudo a nível físico pois, tal como confirmaram os dados obtidos, estas alterações são uma das principais justificações para a degradação das relações com os pares.

Enquanto principal mobilizadora do combate à violência, a escola deverá desenvolver uma intervenção educativa diferenciada, baseada na inovação pedagógica e orientada para a individualidade. Auspicia-se, portanto, uma cultura escolar colaborativa, tendo por base a corresponsabilização, em que todos sintam que são parte da solução e em que as suas atitudes e atos tenham consequências (Caetano et al., 2016), devendo ser repensadas políticas escolares bem como ambientes físicos, sociais e digitais (Matos, 2020).

Como ponto de partida, é essencial que se escutem os próprios adolescentes, os quais conhecem as suas dificuldades, forças e necessidades, tendo soluções a apresentar (Matos, 2022). Para além disso, todos aqueles que contactam com o adolescente no espaço escolar deverão estar cientes de que a doença crónica pode representar uma eventual perturbação ao normal desenvolvimento psicossocial do adolescente (Santos et al., 2016) e um risco acrescido para o envolvimento em *bullying* que, por sua vez, pode agudizar os problemas associados à doença crónica, tornando o jovem ainda mais vulnerável (Vinha & Martins, 2022).

Sabendo que pessoas emocionalmente competentes têm relações sociais mais positivas é fundamental auxiliar, tanto os adolescentes com doença crónica como os pares saudáveis, na aquisição de competências sociais e emocionais ajustadas (Damásio, 1995). Nesse sentido, a abordagem socioemocional tem-se vindo a demonstrar como precursora do bem-estar social e da ajustada convivência escolar, inculcando aptidões no âmbito da resolução de conflitos interpessoais e da cooperação intergrupar positiva. Considera-se assim que, através do recurso

a esta metodologia, será possível “formar cidadãos conscientes, eticamente responsáveis, capazes de transmutar as suas emoções negativas em motivações e ações transformadoras” (Caetano et al., 2017, p. 1032).

Sendo, à luz dos resultados obtidos, a falta de informação relativa à doença crónica um dos aspetos determinantes na modificação da relação com os pares, de modo a quebrar o ciclo de perceções erróneas e a adoção de atitudes estigmatizantes, torna-se essencial integrar nos programas de prevenção e combate ao *bullying* intervenções específicas com intuito de promover a literacia em saúde, devendo essas intervenções englobar diferentes níveis de atuação e envolver todos os membros da comunidade escolar. De acordo com os resultados obtidos, os adolescentes com doença psiquiátrica e com obesidade são mais vitimizados do que adolescentes com outras doenças de carácter crónico, sendo os adolescentes com doença psiquiátrica, com obesidade e com diabetes *mellitus*, por esta ordem, aqueles em que a doença determina um maior impacto na relação com os pares. Estas ordenações poderão constituir uma pista sobre os alvos prioritários de intervenção no contexto escolar.

De forma a desenvolver procedimentos sistematizados e ajustados, sugere-se a adoção de trabalhos multidisciplinares (Gaspar et al., 2019b), que englobem também as equipas de saúde dos diferentes níveis de cuidados, permitindo assim repensar práticas em prol das características do espaço escolar, das idiosincrasias da doença e da melhor forma de satisfazer as necessidades individuais do adolescente naquele contexto específico (Lum et al., 2017).

Para além da elaboração dos Planos de Saúde Individuais por parte da equipa de Saúde Escolar, devem ser também definidas estratégias conjuntas que facilitem os períodos de hospitalização e minimizem a repercussão da doença no âmbito da aprendizagem e na convivência social com os pares. Assim, é urgente a criação de protocolos de articulação entre escolas e serviços de saúde secundários que, frequentemente, são frugais ou inexistentes, sendo também imperiosa a proliferação de políticas de saúde sustentadas que reforcem os cuidados continuados integrados e respetivas equipas multidisciplinares, possibilitando assim uma intervenção mais efetiva a nível primário (Fernandes, 2020).

Na escola deve ser amplamente promovida a envolvimento e o apoio por parte dos pares ao adolescente com doença crónica enquanto forma de prevenir modificações nas relações. Nesse sentido, algumas estratégias específicas poderão ser:

- i) a inclusão dos pares na preparação do regresso à escola após o diagnóstico ou ausência prolongada (Silva et al., 2016);

- ii) a participação dos pares no processo de monitorização da doença e auxílio instrumental ao adolescente com doença crónica (La Greca, 2002);

iii) a inclusão dos pares no debate sobre estratégias efetivas de apoio ao adolescente com doença crónica (La Greca, 2002);

iv) a responsabilização pelo fornecimento de materiais de apoio ao estudo que facilitem a continuidade escolar do adolescente com doença crónica (La Greca, 2002).

Também ao nível dos serviços de saúde deverão ser criadas condições que permitam a manutenção escolar e dos laços sociais com os pares. Assim, com vista à promoção do apoio ao adolescente com doença crónica e minimização do seu prejuízo escolar, deverão ser equacionadas algumas medidas, tais como:

i) facilitar o acesso dos pares saudáveis às instituições de saúde, caso seja esse o desejo do adolescente e sua situação clínica o permita;

ii) agilizar o acesso às aulas através de plataformas de videoconferência, devendo previamente ser criados protocolos que permitam ultrapassar os constrangimentos burocráticos atualmente existentes, caso a situação clínica do adolescente assim o permita;

iii) agendar consultas e tratamentos preferencialmente para o mesmo dia;

iv) alargar horários de atendimento, passando a ser contemplados períodos fora do horário escolar;

v) recorrer às tecnologias de informação e comunicação mais frequentemente como uma forma de agilizar contactos entre o adolescente, pais e a equipa de saúde (Matos & Sampaio, 2009).

Sendo a forma como uma sociedade previne os maus tratos e promove os direitos de crianças e jovens uma responsabilidade coletiva (Santos & Lopes, 2017), considera-se que os resultados obtidos evidenciam a necessidade de serem criadas e reforçadas sinergias uníssonas com vista à normalização e aceitação da diferença como algo intrínseco ao ser humano. A comunidade escolar e os profissionais de saúde, atores sociais privilegiados no contacto com o adolescente com doença crónica, deverão perspetivar o privilégio de coeducar e cuidar como uma oportunidade ímpar de zelar pelo bem-estar e influenciar o futuro destes jovens (Ramos, 2020). Ao seu alcance está, então, a possibilidade de contribuir para que os adolescentes com doença crónica se desenvolvam na sua integralidade, prosperando no contexto académico, social e pessoal, através da construção de uma identidade social positiva, sedimentada na efetiva inclusão e na equidade no acesso a oportunidades de participação social, propulsora de uma vida adulta plena, independentemente da condição de saúde (Mira et al., 2017).

Referências bibliográficas

- Alarcão, M. (2006). *(des)Equilíbrios familiares* (3ª Ed.) Quarteto.
- Alves, R. C. (2016). *Adolescência, os anos da mudança*. Vogais, 20|20 Editora.
- Amado, J., & Ferreira, S. (2017). A entrevista na investigação em educação. In J. Amado (Coord.), *Manual de investigação qualitativa em educação* (3.ª Ed., pp. 209-234). Imprensa da Universidade de Coimbra. <https://doi.org/10.14195/978-989-26-1390-1>
- Andrade, C. J. N., & Alves, C. A. D. (2019). Relationship between bullying and type 1 diabetes mellitus in children and adolescents: a systematic review. *Jornal de Pediatria*, 95(5), 509-518. <https://doi.org/10.1016/j.jped.2018.10.003>
- Augusto, C., Rosário, R., Silva, M. J., Araújo, B., & Barbieri-Figueiredo, M. C. (2020). Criança com necessidades especiais. In A. L. Ramos & M. C. Barbieri-Figueiredo (Coord.), *Enfermagem em saúde da criança e do jovem* (pp. 248-263). Lidel.
- Azenha, M., Rodrigues, S., & Galvão, D. (2012). Bullying e crianças com doença crónica. *Revista Enfermagem Referência*, III (6), 45-53. <https://doi.org/10.12707/RIII1178>
- Baptista, A., Quintas, C., Baltar, P., Alves, R., Lavrador, V., & Silva, T. D. (2020). O jovem. In A. L. Ramos & M. C. Barbieri-Figueiredo (Coord.), *Enfermagem em saúde da criança e do jovem* (pp.194-216). Lidel.
- Barros, L. (2009). Os adolescentes com doença crónica. In M. G. Matos. & D. Sampaio (Eds.), *Jovens com saúde: Diálogo com uma geração* (pp. 304-320). Texto Editores, Lda.
- Barros, S. (2008). *O Contributo do enfermeiro no processo adaptativo do adolescente a uma doença oncológica*. [Dissertação de Mestrado, Universidade do Porto]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/7184/2/trabalho20finalSC3B3nia20C.pdf>
- Bertoldo, C., Neves, E., Ribeiro, A., Barreto, C., Oliveira, D., & Marafiga, C. (2020). Perspective of adolescents living with diabetes mellitus about self care. *New Trends in Qualitative Research*, 3, 347–358. <https://doi.org/10.36367/ntqr.3.2020.347-358>
- Bizarro, L. (2001a). A avaliação do bem-estar psicológico na adolescência. *Revista Portuguesa de Psicologia*, 35, 81-116.

<https://sites.google.com/site/revistaportuguesadepsicologia/numeros-publicados/vol-35-20002001/resumo-35-81>

- Bizarro, L. (2001b). O bem-estar psicológico de adolescentes com insuficiência renal crónica. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2(2), 55-67. http://scielo.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862001000200004
- Bornstein, M. H., & Putnick, D. L. (2018). Parent-adolescent relationships in global perspective. In J. E. Lansford & P. Banati (Ed.), *Handbook of adolescent development research and its impact on global policy* (pp. 107-129). UNICEF. <https://www.unicef-irc.org/publications/pdf/AdolescentHandbook.pdf>
- Borsa, J. C., & Nunes, M. L. T. (2011). Prevalência de problemas de comportamento em uma amostra de crianças em idade escolar de Porto Alegre. *Aletheia*, 34, 32-46. https://www.researchgate.net/publication/237022945_Prevalencia_de_problemas_de_comportamento_em_uma_amostra_de_crianças_em_idade_escolar_da_cidade_de_Porto_Alegre
- Brook, U., & Galili, A. (2000). Knowledge and attitudes of high school pupils towards children with special health care needs: an Israeli exploration. *Patient Education and Counseling*, 40(1), 5-10. [https://doi.org/10.1016/s0738-3991\(99\)00048-8](https://doi.org/10.1016/s0738-3991(99)00048-8)
- Bussolo, D., Batista, J., & Mello, M. (2019). *O bullying e o chiste hostil: atravessamentos na identidade do sujeito*. Psicologia.pt. <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A1330.pdf>
- Cabral, N., Medeiros, T., & Fonseca, J. (2015). Adolescência e educação para a cidadania. In T. Medeiros (Coord.), *Adolescência: desafios e riscos* (2.^a Ed., pp. 137-158). Letras Lavadas.
- Caetano, A. P., Amado, J., Martins, M. J. D., Simão, A. M. V., Freire, I., & Pessoa, M. T. R. (2017). Cyberbullying: motivos da agressão na perspetiva de jovens portugueses. *Educação & Sociedade*, 38(141), 1017-1034. 10.1590/es0101-73302017139852
- Caetano, A. P., Freire, I., Simão, A. M. V., Martins, M. J. D., & Pessoa, M. T. (2016). Emoções no cyberbullying: um estudo com adolescentes portugueses. *Educação e Pesquisa*, 42(1), 199-212. <http://dx.doi.org/10.1590/S1517-9702201603138125>

- Camacho, I., Tomé, G., Matos, M. G., Gamito, P., & Diniz, J. (2010). A escola e os adolescentes: qual a influência da família e dos amigos? *Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente*, 1, 101-116. <https://doi.org/10.34628/fd2z-1m25>
- Cardoso, L., Graça, L., & Amorim, M. (2015). Sentido interno de coerência, qualidade de vida e bullying em adolescentes. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 16(3), 345-358. <http://dx.doi.org/10.15309/15psd160306>
- Carvalho, M., Branquinho, C., & Matos, M. G. (2019). Bullying, cyberbullying e problemas de comportamento: O género e a idade importam? *Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente*, 10(1), 197-206. <http://revistas.lis.ulusiada.pt/index.php/rpca/article/view/2642>
- Carvalhosa, S. (2010). *Prevenção da violência e do bullying em contexto escolar*. Climpisi Editores.
- Casier, A., Goubert, L., Gebhardt W. A., De Baets, F., Van Aken, S., Matthys, D., & Crombez, G. (2013). Acceptance, well-being and goals in adolescents with chronic illness: A daily process analysis. *Psychology & Health*, 28(11), 1337-1351. 10.1080/08870446.2013.809083
- Catarino, M. J., & Martins, M. A. (2009). A agressão e vitimização entre pares no contexto escolar – estudo de caso no 5.º ano de uma escola na cidade de Beja. *Actas do X Congresso Internacional Galego-Português de Psicopedagogia*. Universidade do Minho. https://cie.ispa.pt/ficheiros/areas_utilizador/user23/catarino_j._alves_martins_m._2008_a_agressao_e_vitimacao.pdf
- Charepe, Z. (2020). A criança e o jovem com doença crónica ou incapacitante. In A. L. Ramos & M. C. Berbieri-Figueiredo (Coord.), *Enfermagem em saúde da criança e do jovem* (pp. 231-236). Lidel.
- Cheung, C., & Wirrel, E. (2006). Adolescents' perception of epilepsy compared with other chronic diseases: "through a teenager's eyes". *Journal of Child Neurology*, 21(3), 214-222. <https://doi.org/10.2310/7010.2006.00053>
- Claes, M. (1985). *Os problemas da adolescência*. Verbo Editores.

- Cleave, J., & Davis, M. (2006). Bullying and peer victimization among children with special health care needs. *Pediatrics*, 118(4), 1212-1219. <https://doi.org/10.1542/peds.2005-3034>
- Comissão de Ética do IPP. (2021). *Código de ética do IPP*. Despacho n.º 8047/2021 publicado em D.R. a 13 de agosto de 2021. <https://pae.ipportalegre.pt/repositoryStream/317977>
- Conte, A., & Jeneral, R (2019). Sentimentos vivenciados pelos adolescentes portadores de diabetes mellitus tipo 1. *Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba*, 20(4), 218-222. <https://doi.org/10.23925/1984-4840.2018v20i4a7>
- Craven, S., Brumbach, B. H., & Richardson, K. L. (2023). Patient - and caregiver – reported factors associated with school absenteeism in children with chronic kidney disease. *Pediatric Nephrology*, 38, 1591-1598. 10.1007/s00467-022-05780-2
- Dahl, R., & Suleiman, A. (2017). Adolescent brain development: windows of opportunity. In N. Balvin & B. Perna (Ed.), *The adolescent brain: a second window of opportunity - a compendium* (pp. 21-25). UNICEF. https://www.unicef-irc.org/publications/pdf/adolescent_brain_a_second_window_of_opportunity_a_compendium.pdf
- Damásio, A. (1995). *O Erro de Descartes, emoção, razão e cérebro humano* (9.^a Ed.). Publicações Europa América.
- Díaz-Aguado, M. J., Arias, R., & Seoane, G. (2004). *Prevención de la violencia y lucha contra la exclusión desde la adolescência*. Instituto de la juventud.
- Erikson, E. H. (1968). *Identidade, juventude e crise*. Zahar Editores.
- Falla, D., Ortega-Ruiz, R., Runions, K., & Romera, E. M. (2020). Why do victims become perpetrators of peer bullying? Moral disengagement in the cycle of violence. *Youth & Society*, 54(3), 397-418. 10.1177/0044118X20973702
- Faria, C., Lima, V. S., & Soares, I. (2015). Relações de vinculação na adolescência. In T. Medeiros (Coord.), *Adolescência: desafios e riscos* (2.^a Ed., pp. 237-267). Letras Lavadas.
- Fekkes M. S., Pijpers F. I., Fredriks A. M., Vogels, T., & Verloove-Vanhorick, S. (2006). Do bullied children get ill, or do ill children get bullied? A prospective cohort study on the relationship between bullying and health-related symptoms. *Pediatrics*, 117(5), 1568-1574. <https://doi.org/10.1542/peds.2005-0187>

- Fernandes, A. (2020). Cuidados atraumáticos e dor em pediatria. In A. L. Ramos & M. C. Barbieri-Figueiredo (Coord.), *Enfermagem em saúde da criança e do jovem* (pp. 40-55). Lidel.
- Ferreira, B. E. S., & Garcia, A. (2008). Aspects of friendship amongst adolescents suffering from diabetes and cancer. *Estudos de Psicologia*, 25(2), 293-301. 10.1590/S0103-166X2008000200013
- Ferreira, J. A., Silva, S., & Ferreira, A. G. (2015). Mudanças psicossociais na transição da adolescência para a adultez emergente em contexto de ensino superior. In T. Medeiros (Coord.), *Adolescência: desafios e riscos* (2.^a Ed., pp. 419-450). Letras Lavadas.
- Ferreira, M., & Nelas, P. B. (2006). Adolescências... Adolescentes... *Millenium. Journal of Education, Technologies and Health*, 32(11), 141-162. <https://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/8399/5990>
- Ferreira, P. (2013). *Doença crónica na criança: importância do núcleo familiar*. Psicologia.pt. <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0324.pdf>
- Fong, A. T., Katelaris, C. H., & Wainstein, B. K. (2020). Bullying in Australia. Children and adolescents with food allergies. *Pediatric Allergy and Immunology*, 29(7), 740–746. <https://doi.org/10.1111/pai.12955>
- Fonseca, H. (2002). *Compreender os adolescentes. Um desafio para pais e educadores*. Editorial Presença.
- Fortin, M. F. (1999). *O processo de investigação: da conceção à realização*. Lusociência.
- Fortin, M. F., Côté, J., & Fillion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Lusodidata.
- Forsberg, C., & Thornberg, R. (2016). The social ordering of belonging: children's perspectives on bullying. *International Journal of Educational Research*, 78, 13-23. <https://doi.org/10.1016/j.ijer.2016.05.008>
- Gaspar, T., Guedes, F. B., Cerqueira, A., Matos, M. G., & Equipa Aventura Social (2022). *Relatório do estudo HBSC 2022 – A saúde dos adolescentes portugueses em contexto de pandemia - Dados nacionais do estudo HBSC 2022*. Equipa Aventura Social. https://aventurasocial.com/wp-content/uploads/2022/12/HBSC_Relato%CC%81rioNacional_2022-1.pdf

- Gaspar, T., Tomé, G., Gómez-Baya, D., Guedes, F. B., Cerqueira, A., Borges, A., & Matos, M. G. (2019a). O bem-estar e a saúde mental dos adolescentes portugueses. *Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente*, 10(1), 17-27. <https://doi.org/10.34628/j0mr-s915>
- Gaspar, T., Tomé, G., Gaspar, S., Guedes, F., Cerqueira, A., & Matos, M. G. (2019b). Como passam os adolescentes que vivem com doença crónica na escola, na família e com os amigos? *Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente*, 10(1), 119-128. <http://revistas.lis.ulusiada.pt/index.php/rpca/article/view/2635>
- Giddens, A. (2008). *Sociologia* (6.^a Ed.). Fundação Calouste Gulbenkian.
- Goleman, D. (1995). *Inteligência emocional*. Temas e Debates.
- Guimarães, A., Calha, A., Barradas, M. F., Valduga, T., & Mendes, T. (2022). *Manual para elaboração de trabalhos académicos e/ou científicos*. Instituto Politécnico de Portalegre.
- Haeghele, J. A., Aigner, C., & Healy, S. (2020). Impact of weight and disability status on bullying victimisation and perpetration among youth. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 57(3), 383-387. <https://doi.org/10.1111/jpc.15230>
- Haeghele, J. A., & Zgu, X. (2023). Prevalence of bullying victimization and perpetration among youth with chronic health conditions in the United States. *Journal of Children and Adolescent Trauma*, 16, 881-888. <https://doi.org/10.1007/s40653-023-00569-3>
- Hamiwka, L. D., Yu, C. G., Hamiwka, L. A., Sherman, E. M. S., Anderson, B., & Wirrell, E. (2009). Are children with epilepsy at greater risk for bullying than their peers? *Epilepsy & Behavior*, 15(4), 500-505. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2009.06.015>
- Hinshaw, S. P. (2005). The stigmatization of mental illness in children and parents: developmental issues, family concerns, and research needs. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46(7), 714-734. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2005.01456.x>
- Hockenberry, M. J., & Wilson, D. W. (2015). *Wong's nursing care of infants and children* (10.^a Ed.). Elsevier.
- Janssen, I., Craig, W., Boyce, W., & Pickett, W. (2004). Associations between overweight and obesity with bullying behaviors in school-aged children. *Pediatrics*, 113(5), 1187-1194. <https://doi.org/10.1542/peds.113.5.1187>

- Kelly, K. A., Balogh, E. A., Kaplan, S. G., & Feldman, S. R. (2021). Skin disease in children: effects on quality of life, stigmatization, bullying, and suicide risk in pediatric acne, atopic dermatitis, and psoriasis patients. *Children*, 8(11), 1057. <https://doi.org/10.3390/children8111057>
- La Greca, A. M., Bearman, K., & Moore, H. (2002). Peer relations of youth with pediatric conditions and health risks: promoting social support and healthy lifestyles. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 23(4), 271-280. 10.1097/00004703-200208000-00013
- Lahteenmaki, P., Huostila, J., Hinkka, S., & Salmi, T. (2001). Childhood cancer patients at school. *European Journal of Cancer*, 38(9), 1227-1240. [https://doi.org/10.1016/S0959-8049\(02\)00066-7](https://doi.org/10.1016/S0959-8049(02)00066-7)
- Layte, R., & McCrory, C. (2011). Paediatric chronic illness and educational failure: the role of emotional and behavioural problems. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48(8), 1307-1316. <https://doi.org/10.1007/s00127-012-0609-3>
- Lei n.º 21/2014. Diário da República: n.º 75/2014, Série I, de 2014.04.16. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/21-2014-25344024>
- Lei n.º 49/2018. Diário da República: n.º 156/2018, Série I, de 2018.08.14. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/49-2018-116043536>
- Li, C., Haegele, J., McKay, C., & Wang, L. (2022). Including students with physical disabilities in physical education in Singapore: perspectives of peers without disabilities. *European Physical Education Review*, 28(1). 137-159. 10.1177/1356336X21102587
- Little, L. (2002). Middle-class mothers' perceptions of peer and sibling victimization among children with asperger's syndrome and nonverbal learning disorders. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 25(1), 43-57. <https://doi.org/10.1080/014608602753504847>
- Lum, A., Wakefield, C. E., Donnan, B., Burns, M. A., Fardell, J. E., & Marshall, G. M. (2017). Understanding the school experiences of children and adolescents with serious chronic illness: a systematic meta-review. *Child: Care, Health and Development*, 43(5), 645-662. <https://doi.org/10.1111/cch.12475>

- Machado, C. (2002). Olhares sobre a adolescência. In A. Silva, J. Sena, A. Neto, C. Silva, C. Machado, T. Alfredo, D. Barros, J. Biscaia & R. Pisco (Eds.), *Vida, escola e religião no imaginário juvenil* (s/pp.). Editorial A.O.
- Machado, M. C. (2015). *Adolescentes*. Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Maciel, N., & Rebelo, O. (2015). Da puberdade à adolescência: desenvolvimento físico, fisiológico e sexual. In T. Medeiros (Coord.), *Adolescência: desafios e riscos* (2.^a Ed., pp. 161-208). Letras Lavadas.
- Magalhães (2005). *Maus-tratos em crianças e jovens* (4.^a Ed.). Quarteto.
- Magão, M., & Leal, I. (2001). A esperança nos pais de crianças com cancro. Uma análise fenomenológica interpretativa da relação com profissionais de saúde. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2(1), 3-22. <http://hdl.handle.net/10400.12/1037>
- Maia, F., & Araújo, L. (2004). Psychological aspects and blood glucose control of a type 1 diabetes mellitus group from Minas Gerais. *Arquivo Brasileiro de Endocrinologia e Metabologia*, 48(2), 261-266. <https://doi.org/10.1590/S0004-27302004000200009>
- Malarewicz, J. A. (2007). *O complexo do principezinho*. Estrela Polar.
- Malkowska-Szkutnik, A., & Mazur, J. (2019). Burden of chronic conditions and subjective complaints as factors modifying the way polish students are functioning at school. *International Journal of Psycho-Educational Sciences*, 8(1), 55-63. <https://eric.ed.gov/?id=EJ1253017>
- Marôco, J. (2021). *Análise Estatística com o SPSS Statistics* (8.^a Ed.). ReportNumber.
- Martins, J. S., & Gomes, P. S. (2011). Identidade, desvio e reputação no grupo de pares. *Antropológicas*, 12, 67-73. <https://revistas.rcaap.pt/antropologicas/article/view/1039>
- Martins, M. J. D. (2005a). Condutas agressivas na adolescência: fatores de risco e de proteção. *Análise Psicológica*, 23(2), 129-135. <https://doi.org/10.14417/ap.77>
- Martins, M. J. D. (2005b). Agressão e vitimização entre adolescentes, em contexto escolar: um estudo empírico. *Análise Psicológica*, 23(4), 401-425. <https://doi.org/10.14417/ap.5588>
- Martins, M. J. D. (2007). Violência interpessoal e maus-tratos entre pares, em contexto escolar. *Revista da Educação*, XV(2), 51-78. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/4343/1/Martins%20RE%202007.pdf>

- Martins, M. J. D. (2009). *Maus tratos entre adolescentes na escola*. Editorial Novembro.
- Martins, M. J. D. (2013). Problemas relacionais na escola: explicações e sentimentos dos adolescentes. In M. S. D. Serpa, S. N. Caldeira & C. J. Gomes (Coord.), *Resolução de problemas em contexto escolar* (pp. 85-106). Edições Colibri.
- Martins, M. J. D., & Castro, F. V. (2010). How is social competence related to aggression and victimization in school? *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 3(1), 305-315. <https://www.redalyc.org/pdf/3498/349832326032.pdf>
- Matos, A. P. M., Vieira, C. C., Amado, J., Pessoa, T., & Martins, M. J. M. (2016). Cyberbullying in portuguese schools: prevalence and characteristics. *Journal of School Violence*, 17(1), 123-137. <https://doi.org/10.1080/15388220.2016.1263796>
- Matos, M. G. (2020). *Adolescentes. As suas vidas, o seu futuro*. Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Matos, M. G. (2022). *Adolescentes - Tudo o que sempre quis saber sobre o que pensam, o que desejam e o que sentem*. Oficina do livro.
- Matos, M. G., Gaspar, T., Ferreira, M., & Equipa Aventura Social (2013). *Aventura Social no CED: intervenção numa comunidade educativa*. Aventura Social. https://aventurasocial.com/dt_portfolios/aventura-social-no-ced-intervencao-numa-comunidade-educativa/
- Matos, M. G., & Sampaio, D. (2009). *Jovens com saúde – Diálogo com uma geração*. Texto Editores.
- Mattos, R., Perfeito, R., Carvalho, M., & Retondar, J. (2012). Obesidade e bullying na infância e na adolescência: o estigma da gordura. DEMETRA. *Alimentação, Nutrição e Saúde*, 7(2), 71-84. <https://doi.org/10.12957/demetra.2012.3330>
- McNicholas, C. I., Orpinas, P., & Raczynski, K. (2020). Victimized for being different: young adults with disabilities and peer victimization in middle and high school. *Journal of Interpersonal Violence*, 35(19-20), 3683-3709. <https://doi.org/10.1177/0886260517710485>
- Melo, M., & Duarte, M. (2011). Comportamentos agressivos entre pares e padrões de vinculação: um estudo com jovens adolescentes. *Revista Amazônica - Revista de Psicopedagogia, Psicologia Escolar e Educação*, VI(1), 7-26. <http://hdl.handle.net/10174/4912>

- Mira, A., Verdasca, J., Barco, B., Castaño, E., & Carroza, T. (2017). Bullying escolar em escolas de ensino básico e de ensino secundário do Alentejo (Portugal). *Revista Educação Temas e Problemas*, 17, 55-78.
<https://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/23456/1/268-1038-1-SM.p>
- Montano, T. (2015). *Guia de orientações para profissionais da educação na abordagem de situações de maus tratos ou outras situações de perigo*. Comissão Nacional de Proteção de Crianças e Jovens em Risco. <https://www.cnpdpcj.gov.pt/cnpdpcj2>
- Monteiro, P., & Confraria, L. (2014). Adolescência. In P. Monteiro (Coord.), *Psicologia e psiquiatria da infância e adolescência* (pp. 339-358). Lidel.
- Moreira, M., Rodrigues, P., & Canavez, A. (2000). Assistência de enfermagem ao doente crónico. *Nascer e crescer*, 9(4), S261-S262.
- Moses, T. (2014). Determinants of mental illness stigma for adolescents discharged from psychiatric hospitalization. *Social Science and Medicine*, 109, 26-34.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.12.032>
- Mulfinger, N., Rüsch, N., Bayha, P., Müller, S., Böge, I., Sakar, V., & Krumm, S. (2019). Secrecy versus disclosure of mental illness among adolescents: II. The perspective of relevant stakeholders. *Journal of Mental Health*, 28(3), 304-311.
<https://doi.org/10.1080/09638237.2018.1487537>
- Mulvey, K. L., Hoffman, A., Gönültaş, S., & Hope, E. C. (2018). Understanding experiences with bullying and bias-based bullying: what matters and for whom? *Psychology of Violence* 8(6), 702-711. 10.1037/vio0000206
- Mulvey, K. L., McMillian, L., Irvin, M. J., & Carlson, R. G. (2020). Youth cognition surrounding bullying of peers with disabilities: inclusion, intervention, and the role of the group. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 28(1), 17-28.
<https://doi.org/10.1177/1063426618799737>
- Oliveira, M. (2017). *Representações dos Barnabés em torno da experiência escolar durante e após a vivência da doença oncológica: um estudo exploratório*. [Dissertação de Mestrado. Universidade do Minho]. Repositório da Universidade do Minho.
<http://hdl.handle.net/1822/51446>

- Olweus, D. (2013). School bullying: Development and some importante challenges. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9, 751-780. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050212-185516>
- Papalia, D. E., & Feldman, R. D. (2013). *Desenvolvimento humano* (12.^a Ed.). Artmed.
- Pennel, D., Campbell, M., Tangen, D., Runions, K., Brooks, J., & Cross, D. (2020). Facilitators and barriers to the implementation of motivational interviewing for bullying perpetration in school settings. *Scandinavian Journal of Psychology*, 61(1), 143-150. <https://doi.org/10.1111/sjop.12502>
- Piaget J. (2006). *Seis estudos de psicologia* (24.^a Ed.). Forense Universitária.
- Pinquart, M. (2017). Systematic review: Bullying involvement of children with and without chronic phsysical illness and/or phsysical/sensory disability – a meta-analytic comparation with healthy/nondisabled peers. *Journal of Pediatric Psychology*, 42(3), 245-259. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsw081>
- Pittet, I., Berchtold, A., Akre, C., Michaud, P. A., & Surís, J. C. (2010). Are adolescents with chronic conditions particularly at risk for bullying? *Archives of Disease in Childhood*, 95(9), 711–716. <https://doi.org/10.1136/adc.2008.146571>
- Pizzignacco, T. M. P., Mello, D. F., & Lima, R. A. G. (2010). Stigma and cystic fibrosis. *Revista Latino-Americana*, 18(1), 139-142. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692010000100021>
- Pocinho, M. (2012). *Metodologia de investigação e comunicação do conhecimento científico*. Lidel.
- Pudasainee-Kapri, S., Pontes, N. M. H., & Pontes, M. C. F. (2023). Sex differences in the relationship between asthma and bullying victimization among high school students in the United States. *Journal of School Health*, 93(11), 982-989. <https://doi.org/10.1111/josh.13353>
- Quivy, R., & Campenhoudt, L. V. (1998). *Manual de investigação em ciências sociais*. Gradiva.
- Ramos, A. L. (2020). A criança e o jovem como foco de cuidado: empoderamento da criança, jovem e família. In A. L. Ramos & M. C. Berbieri-Figueiredo (Coord.), *Enfermagem em saúde da criança e do jovem* (pp. 12-24). Lidel.

- Ribeiro, J. P., Costa, N., Vazão, M. J., Abreu, M., Pedro, L., & Silva, I. (2017). O estigma e as doenças crônicas - como o avaliar. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 18(3), 625-639 <http://dx.doi.org/10.15309/17psd180301>
- Rosário, A. C., Candeias, A., & Melo, M. (2017). Violência entre pares na adolescência: um estudo com estudantes no início e no final do 3.º ciclo do ensino básico. *Revista Psicologia*, 31(2), 57-68. 10.17575/rpsicol.v31i2.1153
- Sampaio, D. (2009). *Porque sim*. Editorial Caminho.
- Sampaio, D., & Guerreiro, D. F. (2014). Comportamentos autolesivos na adolescência. In P. Monteiro (Coord.), *Psicologia e psiquiatria da infância e adolescência* (pp. 383-392). Lidel.
- Santos, C. F., & Lopes, F. J. (2017). O bullying na escola em crianças com hemofilia. *Revista de Pós-graduação Multidisciplinar*, 1(1), 353-360. <https://doi.org/10.22287/rpgm.v1i1.524>
- Santos, M., & Paula, E. (2018). A articulação entre a violência escolar e o bullying na escola com hemofílicos: uma revisão de literatura. *Revista Educação Online*. 13(27), 113-129. <https://doi.org/10.36556/eol.v13i27.374>
- Santos, T., Matos, M. G., Marques, A., Simões, C., Leal, I., & Machado, M. D. (2016). Adolescent's subjective perceptions of chronic disease and related psychosocial factors: highlights from an outpatient context study. *BMC Pediatrics*, 16(211), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12887-016-0748-x>
- Santos, T., Matos, M. G., Marques, A. Simões, C., Leal, I., & Machado, M. C. (2018). Psychosocial profile in portuguese adolescents with chronic disease attending an outpatient department in a hospital setting. *International Journal of Pediatrics*, 2018, 1-10. <https://doi.org/10.1155/2018/9382648>
- Santos, T., Matos, M. G., Simões, M. C., Camacho, I., & Tomé, G. (2013). Estilos parentais e desenvolvimento positivo em crianças e adolescentes com doença crônica. *Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente*, 4(2), 185-203. <https://idus.us.es/bitstream/handle/11441/59993/estilos%20parentais.pdf>
- Sêco, J. (1997). *Chamados pelo nome. Da importância da afetividade na educação da adolescência*. Instituto de Inovação Educacional.

- Sentenac, M., Gavin, A., Arnaud, C., Molcho, M., Godeau, E., & Nic Gabhainn, S. (2011). Victims of bullying among students with a disability or chronic illness and their peers: a cross-national study between Ireland and France. *The Journal of Adolescent Health: Official Publication of the Society for Adolescent Medicine*, 48(5), 461–466. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2010.07.031>
- Scutti, C., Sco, G., Amadeu, R., & Sampaio, R. (2014). O enfrentamento do adolescente obeso: a insatisfação com a imagem corporal e o bullying. *Revista da Faculdade de Ciências Médicas Sorocaba*, 16(3), 130-133. <https://revistas.pucsp.br/RFCMS/article/view/15188>
- Shaffer, D. (2005). *Psicologia do desenvolvimento: infância e adolescência*. Thomson.
- Silva, J., & Bazon, M. (2017). Prevenção e enfrentamento do bullying: o papel de professores. *Revista Educação Especial*, 30(59), 615-628. <https://doi.org/10.5902/1984686X28082>
- Silva, N., Pereira, M., Otto, C., Ravens-Sieberer, U., Canavarro, M. C., & Bullinger, M. (2019). Do 8- to 18-year-old children/adolescents with chronic physical health conditions have worse health-related quality of life than their healthy peers? A meta-analysis of studies using the KIDSCREEN questionnaires. *Quality of Life Research*, 28, 1725–1750. <https://doi.org/10.1007/s11136-019-02189-7>
- Silva, L., Vecchia, B., & Braga, P. (2016). Adolescer em pessoas com doenças crônicas: uma análise compreensiva. *Revista Baiana de Enfermagem*, 30(2), 1-9. <https://doi.org/10.18471/rbe.v30i2.14281>
- Simões, C., Matos, M. G., Ferreira, M., Tomé, G., Diniz, J. A., & Equipa do Projeto Aventura Social (2009). *Risco e resiliência em adolescentes com NEE - estado da arte*. Aventura Social e Saúde. https://aventurasocial.com/dt_portfolios/risco-e-resiliencia-em-adolescentes-com-nee-estado-da-arte/
- Spirito, A., DeLawyer, D. D., & Stark, L. J. (1991). Peer relations and social adjustment of chronically ill children and adolescents. *Clinical Psychology Review*, 11(5), 539-564. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/027273589190003D>
- Sprinthall, N. A., & Collins, W. A. (2003). *Psicologia do Adolescente. Uma abordagem desenvolvimentista* (3.ª Ed.). Fundação Calouste Gulbenkian.
- Stingeni, L., Fortina, A., Baiardini, I., Hansel, K., Moretti D., & Cipriani, F. (2021). Atopic dermatitis and patient perspectives: insights of bullying at school and career

- discrimination at work. *Journal of Asthma and Allergy*, 14, 919-928.
<https://doi.org/10.2147/JAA.S317009>
- Susman, E. J., Dorn, L. D., & Schiefelbein, V. L. (2002). Puberty, sexuality, and health. In R. M. Lerner, M. A. Easterbrooks, & M. Jayanthi (Volume Ed.), *Handbook of Psychology* (Vol. 6, pp. 295-324). John Wiley & Sons, Inc. https://nibmehub.com/opac-service/pdf/read/Handbook%20of%20Psychology%20_%20Developmental%20Psychology-%20vol.%206.pdf
- Svavarsdottir, E. K., & Orlygsdottir, B. (2006). Health-related quality of life in Icelandic school children. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 20(2), 209-215.
<https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2006.00397.x>
- Thornberg, R. (2011). “She’s weird!” - the social construction of bullying in school: a review of qualitative research. *Children & Society*, 25(4), 258–267.
<https://doi.org/10.1111/j.1099-0860.2011.00374.x>
- Thornberg, R. (2015). School bullying as a collective action: stigma processes and identity struggling. *Children & Society*, 29(4), 310-320. <https://doi.org/10.1111/chso.12058>
- Tomé, G. (2009). Os amigos e o grupo. In M. G. Matos & D. Sampaio (Coord.), *Jovens com saúde. Diálogo com uma geração* (pp. 156-163). Texto Editores, Lda.
- Tomé, G., Camacho, I., Guedes, F. B., Borges, A., & Matos, M. G. (2019a). É bom ter, ou não ter, amigos durante a adolescência? Eis a questão, sempre atual. *Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente*, 10(1), 85-94.
<http://revistas.lis.ulusiada.pt/index.php/rpca/article/view/2632>
- Tomé, G., Camacho, I., Matos, M. G., Simões, C. (2015). Influência da família e amigos no bem-estar e comportamentos de risco - modelo explicativo. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 16(1), 23-34. <http://dx.doi.org/10.15309/15psd160104>
- Tomé, G., Gómez-Baya, D., Cerqueira, A., & Matos, M. G. (2019b). Que escola é precisa para aprender, sem pôr em perigo o bem-estar e as relações interpessoais dos adolescentes. *Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente*, 10(1), 63-73.
<http://revistas.lis.ulusiada.pt/index.php/rpca/article/view/2630>
- Tomé, G., Matos, M., Camacho, I., Simões, C., & Diniz, J. A. (2013). The lack of friends amongst adolescents and well-being. *International Journal of Science*, 2(11), 43-51.

https://www.researchgate.net/publication/259193293_The_lack_of_friends_amongst_adolescents_and_well_being

Tuckman, B. (2012). *Manual de investigação em educação* (4.^a Ed.). Fundação Calouste Gulbenkian.

UNESCO (2019). *Behind the numbers: ending school violence and bullying*. UNESCO. <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000366483>

UNICEF (2021). *Non-communicable diseases*. UNICEF. <https://data.unicef.org/topic/child-health/noncommunicable-diseases/>

Viana, J. (2017). *O impacto psicossocial da doença crónica na infância e adolescência - o caso da diabetes mellitus*. [Dissertação de Mestrado. Instituto Universitário de Lisboa]. Repositório do Instituto Universitário de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10071/15623>

Vinha, S., & Martins, M. J. D. (2022). Doença crónica e bullying na adolescência. In C. Magalhães, M. J. Amante; P. Xavier, & S. Fonseca (Orgs.), *III Seminário internacional de políticas e respostas para crianças e jovens em risco. Da prevenção à promoção da autonomia* (pp. 60-73). Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Viseu. <https://doi.org/10.34633/978-989-53495-8-6>

Walters, G. D. (2020). School-age bullying victimization and perpetration: a meta-analysis of prospective studies and research. *Trauma, Violence and Abuse*, 22(5), 1–11. <https://doi.org/10.1177/1524838020906513>

Wei, H. S., Hwa, H. L., Shen, A. C., Feng, J. Y., Hsieh, Y. P., & Huang, S. C. (2017). Physical conditions and special needs as risk factors of peer victimization among school children in Taiwan. *The Journal of School Nursing: the official publication of the National Association of School Nurses*, 33(3), 223–231. <https://doi.org/10.1177/1059840516649237>

Whaley, D. L., & Wong, L. F. (2006). *Enfermagem Pediátrica* (6.^a Ed.) Editora Guanabara.

WHO (2014). *Global status report on noncommunicable diseases 2014*. WHO. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/148114/9789241564854_eng.pdf?sequence=1

WHO (2017). *Global accelerated action for the health of adolescents (AA-HA!): guidance to support country implementation*. WHO.

<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/255418/WHO-FWC-MCA-17.05-eng.pdf?sequence=1>

WHO (2018). *Preventing chronic diseases: a vital investment*. WHO. http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/contents/part1.pdf?ua=1

WHO (2020). *WHO package of essential noncommunicable (PEN) disease interventions for primary health care*. WHO. [https://www.who.int/publications/i/item/who-package-of-essential-novincommunicable-\(pen\)-disease-interventions-for-primary-health-care](https://www.who.int/publications/i/item/who-package-of-essential-novincommunicable-(pen)-disease-interventions-for-primary-health-care)

WHO (2021). *Working for a brighter, healthier future: how WHO improves health and promotes well-being for the world's adolescents*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240041363>

Wirrel, E., Cheung, C., & Spier, S. (2006). How do teens view the physical and social impact of asthma compared to other chronic diseases? *Journal of Asthma*, 43(2), 155-160. 10.1080/02770900500499038

Anexos

Anexo A

Instrumento de recolha de dados do estudo quantitativo

Instituto Politécnico de Portalegre

Escola Superior de Educação e Ciências Sociais

Número de código: _____

Com vista à elaboração de uma dissertação de mestrado, conto com a tua ajuda para responderes a este questionário que diz respeito a situações relacionadas com doença e a convivência com o teu grupo de amigos/colegas. Responde com sinceridade pois será garantida a confidencialidade dos dados, não existindo respostas certas ou erradas. Obrigada pela tua participação!

Parte I. QIDCRP - Dados Sociodemográficos

Preenche os espaços em branco ou seleciona com uma cruz (x) a resposta que melhor se adequa a ti.

1) Idade: _____ anos

2) Género: ☐ Feminino ☐ Masculino

3) Nível de Escolaridade: _____º ano

Parte II. QIDCRP - Caracterização Clínica

Preenche os espaços em branco ou seleciona com uma cruz (x) a resposta que melhor se adequa a ti.

4) Que doença motiva a tua vinda ao hospital? _____

5) Qual a tua idade quando soubeste que tinhas essa doença? _____

6) Fazes habitualmente algum tipo de medicação? ☐ Sim ☐ Não

Se **sim**, quantas vezes fazes essa medicação?

6.1) Várias vezes ao dia ☐

6.2) Todos os dias ☐

6.3) Uma vez por semana ☐

6.4) Uma vez por mês ☐

6.5) Outra frequência: _____

7) Alguma vez estiveste internado? ☐ Sim ☐ Não

Se **sim**, quantas vezes já aconteceu?

7.1) Uma a duas vezes ☐

7.2) Três a cinco vezes ☐

7.3) Cinco a sete vezes ☐

7.4) Mais de sete vezes ☐

8) Costumas vir ao hospital para consultas, realização de exames ou por situações de urgência?

☐ Sim ☐ Não

Se **sim**, com que frequência?

8.1) Uma vez por ano ☐

8.2) Uma vez a cada 6 meses ☐

8.3) Uma vez por mês ☐

8.4) Todas as semanas ☐

8.5) Outra frequência: _____

Parte III. QIDCRP – Doença Crónica e Relação com os Pares

Seleciona com uma cruz (x) a resposta que melhor se adequa a ti. Sempre que se adequue, preenche os espaços em branco.

9 – Após o diagnóstico da tua doença, sentiste algum tipo de alteração na relação com os teus amigos ou colegas? ☐ Sim ☐ Não

Se **sim**, que fatores consideras que mais têm contribuído para a mudança nas relações com os teus amigos, colegas ou namorado(a)? Escolhe com uma cruz (x) todas as opções que para ti se apliquem:

9.1) Alterações físicas ☐

9.2) Internamentos ☐

9.3) Faltas escolares ☐

9.4) Tratamentos ☐

9.5) Medicação ☐

9.6) Falta de informação ☐

9.7) Restrições devido à doença ☐

Quais? _____

9.8) Outros fatores: _____

Assinala com um círculo (O) a resposta que mais se adequa a ti.

10 - Relativamente à minha doença, sinto que...

	Nunca	Raras vezes	Algumas vezes	Bastantes vezes	A maior parte das vezes	Sempre
10.1. Limita o meu dia-a-dia na escola.	1	2	3	4	5	6
10.2. Passo demasiado tempo a cuidar de mim.	1	2	3	4	5	6
10.3. Há coisas que gostava de fazer e não posso.	1	2	3	4	5	6
10.4. Sou excluído de certas atividades.	1	2	3	4	5	6
10.5. Mudou a forma como os meus amigos me tratam.	1	2	3	4	5	6
10.6. Mudou a forma como os meus colegas me tratam.	1	2	3	4	5	6
10.7. É difícil fazer amigos.	1	2	3	4	5	6
10.8. Dificulta a minha relação com o sexo oposto.	1	2	3	4	5	6
10.9. Os meus amigos têm dificuldade em aceitar-me como sou.	1	2	3	4	5	6
10.10. Os meus colegas têm dificuldade em aceitar-me como sou.	1	2	3	4	5	6
10.11. Os meus amigos apoiam-me de forma insuficiente.	1	2	3	4	5	6
10.12. Os meus colegas apoiam-me de forma insuficiente.	1	2	3	4	5	6
10.13. Sou diferente dos meus amigos/colegas.	1	2	3	4	5	6
10.14. Tornou-me um alvo fácil para que abusem/gozem comigo.	1	2	3	4	5	6

Parte IV. EBEPA - Adaptado de Bizarro (2001)

Assinala com um círculo (O), a resposta que mais se adequa a ti.

11. As seguintes frases representam sentimentos, pensamentos e opiniões que possas ter tido em relação a ti próprio, à tua doença e à relação com os teus amigos e colegas durante o último mês.

	Nunca	Raras vezes	Algumas vezes	Bastantes vezes	A maior parte das vezes	Sempre
11.1. Tive um amigo íntimo que me compreendeu mesmo.	1	2	3	4	5	6
11.2. Tive um amigo a quem pude contar os meus problemas.	1	2	3	4	5	6
11.3. Tive colegas/amigos com quem pude passar os tempos livres.	1	2	3	4	5	6
11.4. Achei que tinha alguém com quem podia desabafar.	1	2	3	4	5	6
11.5. Achei que tinha alguém verdadeiramente meu amigo.	1	2	3	4	5	6
11.6. Tive colegas/amigos com quem gostei de estar.	1	2	3	4	5	6

Parte V. QEVE – Adaptação da versão de Martins (2009) de Díaz-Aguado, Arias & Seoane (2004)

Lê cada um dos itens e pontua-os de 1 a 7, rodeando com um círculo (O) o número que consideres mais adequado.

1 = sentes-te muito mal 7 = sentes-te muito bem

12 – Como te sentes em vários lugares e na relação com os outros?

12.1. Em casa	1	2	3	4	5	6	7
12.2. Com o teu pai	1	2	3	4	5	6	7
12.3. Com a tua mãe ..	1	2	3	4	5	6	7
12.4. Na escola, em geral	1	2	3	4	5	6	7
12.5. Na tua turma	1	2	3	4	5	6	7
12.6. Com os(as) professores(as)	1	2	3	4	5	6	7
12.7. Com o que aprendes na escola	1	2	3	4	5	6	7
12.8. Com os teus amigos	1	2	3	4	5	6	7

12.9. Com os teus colegas.....	1	2	3	4	5	6	7
12.10. Com os tempos livres	1	2	3	4	5	6	7
12.11. Contigo mesmo	1	2	3	4	5	6	7
12.12. Com o teu futuro	1	2	3	4	5	6	7
12.13. Caso se aplique, com o teu namorado (a)	1	2	3	4	5	6	7

Para as questões que seguidamente se colocam, assinala com um círculo (O) a resposta que consideres mais adequada a ti.

13 – Nos últimos dois meses, na escola, sofreste algumas destas situações?

	Nunca	Algumas vezes	Muitas vezes	Quase sempre
13.1. Os meus colegas ignoram-me.	1	2	3	4
13.2. Os meus colegas impedem-me de participar nas suas atividades.	1	2	3	4
13.3. Os meus colegas falam mal de mim.	1	2	3	4
13.4. Os meus colegas rejeitam-me.	1	2	3	4
13.5. Os meus colegas chamam-me nomes que me ofendem e ridicularizam.	1	2	3	4
13.6. Os meus colegas escondem-me coisas.	1	2	3	4
13.7. Os meus colegas estragam-me coisas.	1	2	3	4
13.8. Os meus colegas roubam-me coisas.	1	2	3	4
13.9. Os meus colegas batem-me.	1	2	3	4
13.10. Os meus colegas ameaçam-me para me meter medo.	1	2	3	4
13.11. Os meus colegas obrigam-me a fazer coisas que não quero com ameaças (trazer e dar-lhes dinheiro; fazer-lhes tarefas; etc.).	1	2	3	4
13.12. Os meus colegas intimidam-me com frases ou insultos de carácter sexual.	1	2	3	4
13.13. Os meus colegas obrigam-me, através de ameaças, a ter comportamentos ou a participar em situações de carácter sexual, contra a minha vontade.	1	2	3	4
13.14. Os meus colegas ameaçam-me com armas (facas; bastões; etc.).	1	2	3	4
13.15. Os meus colegas insultam-me e ridicularizam-me através do email e das redes sociais na internet.	1	2	3	4

Se assinalaste alguma alternativa 2 (algumas vezes), 3 (muitas vezes) ou 4 (quase sempre):

13.16. Porque achas que aconteceram essas situações?

13.17. O que sentiste nessas situações?

14 – Nos últimos dois meses, na escola, alguma vez participaste nestas situações?

	Nunca	Algumas vezes	Muitas vezes	Quase sempre
14.1. Ignorei um(a) colega.	1	2	3	4
14.2. Impedi um(a) colega de participar nas minhas atividades.	1	2	3	4
14.3. Falei mal de um(a) colega.	1	2	3	4
14.4. Rejeitei um(a) colegas.	1	2	3	4
14.5. Chamei nomes que ofendem e ridicularizam a um(a) colega.	1	2	3	4
14.6. Escondi as coisas de um(a) colega.	1	2	3	4
14.7. Estraguei as coisas de um(a) colega.	1	2	3	4
14.8. Roubei as coisas de um(a) colega.	1	2	3	4
14.9. Bati em um(a) colega.	1	2	3	4
14.10. Ameacei um(a) colega, para lhe meter medo.	1	2	3	4
14.11. Obriguei, através de ameaças um(a) colega a fazer coisas que não quer (trazer e dar-me dinheiro; fazer-me tarefas; etc.).	1	2	3	4

	Nunca	Algumas vezes	Muitas vezes	Quase sempre
14.12. Intimidei um(a) colega com frases ou insultos de carácter sexual.	1	2	3	4
14.13. Obriguei um(a) colega a ter comportamentos ou a participar em situações de carácter sexual, contra a sua vontade.	1	2	3	4
14.14. Ameacei um(a) colega com armas (facas; bastões; etc...).	1	2	3	4
14.15. Insultei, ridicularizei colega(s) através do email e das redes sociais na internet.	1	2	3	4

Se assinalaste alguma alternativa 2 (algumas vezes), 3 (muitas vezes) ou 4 (quase sempre):

14.16. Porque achas que aconteceram essas situações?

14.17. Que sentiste nessas situações?

15 – Quando as situações atrás referidas acontecem quem são as pessoas que intervêm para ajudar ou a quem pedirias ajuda?

	Nunca	Algumas vezes	Muitas vezes	Quase sempre
15.1. Os amigos ou amigas.	1	2	3	4
15.2. Os colegas.	1	2	3	4
15.3. O/a diretor(a) de turma.	1	2	3	4
15.4. Os professores.	1	2	3	4
15.5. O conselho diretivo.	1	2	3	4
15.6. O meu pai.	1	2	3	4
15.7. A minha mãe.	1	2	3	4
15.8. O psicólogo.	1	2	3	4
15.9. O médico.	1	2	3	4
15.10. O enfermeiro.	1	2	3	4
15.11. Outra pessoa. Quem? _____	1	2	3	4

16 – Nos últimos dois meses, qual tem sido a atitude ou o comportamento dos professores perante os problemas anteriormente referidos?

	Nunca	Algumas vezes	Muitas vezes	Quase sempre
16.1. Tentam ativamente prevenir esses problemas.	1	2	3	4
16.2. Nem se dão conta.	1	2	3	4
16.3. Não querem sequer saber, olham para outro lado.	1	2	3	4
16.4. Não sabem impedi-los.	1	2	3	4
16.5. Intervêm ativamente para resolver esses problemas.	1	2	3	4
16.6. Atuam como mediadores para ajudar-nos a resolver problemas.	1	2	3	4
16.7. Podemos contar com um professor(a) quando alguém tenta abusar.	1	2	3	4

Verifica se não te esqueceste de responder a nenhuma pergunta.

Muito obrigada pela tua participação! ☺

Anexo B

Instrumento de recolha de dados do estudo qualitativo

Guião de entrevista semi-diretiva

Guião de Entrevista	Objetivos de cada questão
Apresentação da investigadora; consentimentos; explicitação dos objetivos da entrevista	Legitimar a entrevista.
I - Caracterização dos participantes	
1. Idade; género; nível de escolaridade; identificação da doença crónica; data do diagnóstico.	Caracterizar sociodemograficamente e clinicamente o participante.
II – Doença crónica e convivência social com os pares	
2. Podes explicar-me como foi o processo de diagnóstico da doença e a fase inicial de adaptação? De uma forma geral, que impacto teve na tua vida? Como te sentiste?	Aprofundar conhecimento sobre o processo de diagnóstico, vivência e aceitação da doença por parte do adolescente.
3. Consideras que a doença afetou a tua relação com os colegas, amigos ou namorado(a)? De que forma?	Aferir as modificações nas relações com os pares operadas na sequência do diagnóstico de doença crónica.
4. Sentes que os teus amigos/colegas/namorado(a) te têm apoiado neste processo? De que formas o fazem/não fazem?	Explorar a perceção de apoio social recebido por parte dos pares.
5. Existe alguma particularidade da doença que consideres que condiciona vossa a relação? Qual? De que forma?	Identificar e caracterizar especificidades da doença que possam interferir na relação com os pares.
6. Devido à doença, alguma vez te sentiste diferente ou tratado de forma diferente relativamente aos teus colegas? Podes explicar?	Aferir a noção autopercebida de diferença imposta pela doença.
III – <i>Bullying</i> e doença crónica	
7. Viveste alguma situação na escola em que te sentiste agressivo ou vítima da agressividade de alguém?	Avaliar a disposição comportamental para a participação em <i>bullying</i> .
8. Podes explicar o que aconteceu? Que idade tinhas quando aconteceu pela primeira vez? Com que frequência isso aconteceu?	Caracterizar fenómenos de <i>bullying</i> , aferindo se o seu início é anterior, coincidente ou posterior ao diagnóstico de doença crónica.

9. Como se resolveu essa situação? Pediste ajuda? Quem te ajudou e de que forma?	Analisar formas de resolução de conflitos e figuras de referência na sua resolução.
10. Qual pensas ter sido a causa da agressividade? A tua doença crónica está de alguma forma relacionada com essas situações?	Compreender se a doença crónica contribuiu para a ocorrência de <i>bullying</i> .
11. Achas que alguma particularidade da tua doença pode contribuir para a ocorrência de conflitos ou de exclusão? De que forma? (Explorar: alterações físicas; autocuidado; ausências escolares; restrições; falta de informação).	Aferir quais as especificidades individuais da doença que, na ótica dos próprios, parecem poder contribuir para a ocorrência de <i>bullying</i> .
12. Sentes-te apoiado pelos professores? E pelos profissionais de saúde? Qual é o seu papel relativamente à tua doença e às situações de <i>bullying</i> ?	Compreender o papel desempenhado pelos professores e profissionais de saúde no apoio ao adolescente com doença crónica envolvido em <i>bullying</i> .

Anexo C

Parecer da Comissão de Ética do IPP

COMISSÃO DE ÉTICA

A Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Portalegre, vem deste modo informar que na reunião de 27-02-2023, deliberou emitir *Parecer Positivo* à realização do Projeto de Investigação “Convivência Social e Bullying em Adolescentes com Doença Crónica”, da responsabilidade da investigadora Susana Isabel Vinha, sob orientação da Sra. Prof. Doutora Maria José Martins.

A Presidente da Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Portalegre

Assinado por : **ANA PAULA CALADO BAPTISTA**

ENES DE OLIVEIRA

Num. de Identificação: BI073081388

Data: 2023.03.03 10:33:34+00'00'



Ana Paula Enes de Oliveira

03-03-2023

Anexo D

Parecer da Comissão de Ética da instituição hospitalar onde decorreu o estudo

COMISSÃO DE ÉTICA

Parecer da CES nº 011/23

Nº entrada no 287 de 07/02/2023

Título do Projeto: Convivência Social e Bullying em Adolescentes com Doença Crônica

Investigador Principal: Susana Isabel Narigueta da Vinha

Instituição: Politécnico de Portalegre

Orientador: Prof. Doutora Maria José Martins

Enquadramento: Dissertação – Curso de Segundo Ciclo de Estudos em Educação e Proteção de Crianças e Jovens em Risco

Tipo de Estudo: estudo misto qualitativo e quantitativo

Com base nos documentos apresentados

- Estão definidos os critérios de inclusão ☒ Sim
- São apresentados os Instrumentos de recolha de dados ☒ Sim
- Está garantida a confidencialidade dos dados recolhidos ☒ Sim
- Está garantida a participação livre, voluntária e informada, dos participantes ☒ Sim

Parecer da Comissão de Ética do , EPE:

Favorável ☒ X

Condicional ☐

NOTAS: -----

Data: 07/03/2023

ATA N.º 12, em 21/03/2023
O Conselho de Administração

Autenticamos
Presidente
Vogal
Enfermeiro Diretor
Diretora Clínica

Presidente da Comissão de Ética

Anexo E

Consentimento informado entregue aos encarregados de educação dos adolescentes com idade inferior a 16 anos com vista à participação no estudo quantitativo

Declaração de Consentimento Informado

Ao Encarregado de Educação:

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento.

No âmbito do Mestrado de Educação e Proteção de Crianças e Jovens em Risco da Escola Superior de Educação e Ciências Sociais do Instituto Politécnico de Portalegre, a mestranda Susana Isabel Narigueta da Vinha, Enfermeira Especialista no Serviço de Pediatria do Hospital do Espírito Santo de Évora, E.P.E., pretende realizar um estudo com o título “Convivência Social e Bullying em Adolescentes com Doença Crónica”.

O objetivo principal deste estudo é caracterizar a convivência social de adolescentes com doença crónica com o grupo de pares, analisando eventuais ocorrências de bullying em que os adolescentes possam ter estado envolvidos. Asseguramos que será mantida a confidencialidade dos dados pois o sigilo é consagrado pelos investigadores como obrigação e dever. Nesse sentido, após terminada a investigação e feita a divulgação da mesma, o presente questionário será destruído.

A qualquer momento os participantes poderão desistir da colaboração, contudo, importa relevar que do preenchimento deste questionário não advêm quaisquer riscos ou encargos. Os benefícios da participação relacionam-se com a evolução dos conhecimentos científicos sobre o tema em estudo que consequentemente permitirão uma atuação mais ajustada por parte dos profissionais de educação e da área da saúde no apoio aos adolescentes, pelo que se reveste de elevada importância a sua participação.

Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido através do email 21522@ipportalegre.pt ou do 967167836.

Declaro que prestei a informação adequada e me certifiquei que a mesma foi entendida, ficando o Encarregado de Educação informado e esclarecido.

A Investigadora Principal

Data

Declaração do Encarregado de Educação:

- Declaro ter compreendido os objetivos, riscos e benefícios do estudo, explicados pela investigadora que assina este documento;

- Declaro ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora;

- Declaro ter-me sido assegurado que toda a informação obtida neste estudo será estritamente confidencial e que a identidade do meu encarregado nunca será revelada;

- Declaro ter tido conhecimento de que este estudo não implica quaisquer encargos ou incómodos financeiros para os participantes;

- Declaro ter-me sido garantido que os participantes podem desistir do estudo em qualquer momento.

Assim, depois de devidamente informado(a) e esclarecido(a) **aceito que o meu educando participe** neste estudo:

O Encarregado de Educação

Data

----- ✂ -----

(recortar pelo picotado deixando esta última parte para a investigadora, no envelope juntamente com o questionário)

Declaração do Encarregado de Educação:

- Declaro ter compreendido os objetivos, riscos e benefícios do estudo, explicados pela investigadora que assina este documento;

- Declaro ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora;

- Declaro ter-me sido assegurado que toda a informação obtida neste estudo será estritamente confidencial e que a identidade do meu educando nunca será revelada;

- Declaro ter tido conhecimento de que este estudo não implica quaisquer encargos ou incómodos financeiros para os participantes;

- Declaro ter-me sido garantido que os participantes podem desistir do estudo em qualquer momento.

Assim, depois de devidamente informado(a) e esclarecido(a) **aceito que o meu educando participe** neste estudo:

O Encarregado de Educação

Data

Anexo F

Consentimento informado entregue aos adolescentes com idade igual ou superior a 16 anos
com vista à participação no estudo quantitativo

Declaração de Consentimento Informado

Ao Participante:

Por favor, lê com atenção todo o conteúdo deste documento.

No âmbito do Mestrado de Educação e Proteção de Crianças e Jovens em Risco da Escola Superior de Educação e Ciências Sociais do Instituto Politécnico de Portalegre, a mestranda Susana Isabel Narigueta da Vinha, Enfermeira Especialista no Serviço de Pediatria do Hospital do Espírito Santo de Évora, E.P.E., pretende realizar um estudo com o título “Convivência Social e Bullying em Adolescentes com Doença Crónica”.

O objetivo principal deste estudo é caracterizar a convivência social de adolescentes com doença crónica com o grupo de pares, analisando eventuais ocorrências de *bullying* em que os adolescentes possam ter estado envolvidos. Asseguramos que será mantida a confidencialidade dos dados pois o sigilo é consagrado pelos investigadores como obrigação e dever. Nesse sentido, após terminada a investigação e feita a divulgação da mesma, o presente questionário será destruído.

A qualquer momento podes desistir da colaboração, contudo, importa relevar que do preenchimento deste questionário não advêm quaisquer riscos ou encargos. Os benefícios da participação relacionam-se com a evolução dos conhecimentos científicos sobre o tema em estudo que consequentemente permitirão uma atuação mais ajustada por parte dos profissionais da área da educação e da saúde no apoio aos adolescentes, pelo que se reveste de elevada importância a tua participação.

Não hesites em solicitar mais informações se não estiveres completamente esclarecido através do email 21522@ipportalegre.pt ou do 967167836.

Declaro que prestei a informação adequada e me certifiquei que a mesma foi entendida, ficando o Participante informado e esclarecido.

A Investigadora Principal

Data

Declaração do Participante:

- Declaro ter compreendido os objetivos, riscos e benefícios do estudo, explicados pela investigadora que assina este documento;
- Declaro ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora;
- Declaro ter-me sido assegurado que toda a informação obtida neste estudo será estritamente confidencial e que a minha identidade nunca será revelada;
- Declaro ter tido conhecimento de que este estudo não implica quaisquer encargos ou incómodos financeiros para os participantes;
- Declaro ter-me sido garantido que posso desistir de participar no estudo em qualquer momento.

Assim, depois de devidamente informado(a) e esclarecido(a) **aceito participar** neste estudo:

O Participante

Data

----- ✂ -----

(recortar pelo picotado deixando esta última parte para a investigadora, no envelope juntamente com o questionário)

Declaração do participante:

- Declaro ter compreendido os objetivos, riscos e benefícios do estudo, explicados pela investigadora que assina este documento;
- Declaro ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora;
- Declaro ter-me sido assegurado que toda a informação obtida neste estudo será estritamente confidencial e que a minha identidade nunca será revelada;
- Declaro ter tido conhecimento de que este estudo não implica quaisquer encargos ou incómodos financeiros para os participantes;
- Declaro ter-me sido garantido que posso desistir de participar no estudo em qualquer momento.

Assim, depois de devidamente informado(a) e esclarecido(a) **aceito participar** neste estudo:

O Participante

Data

Anexo G

Consentimento informado entregue aos encarregados de educação dos adolescentes com idade inferior a 16 anos com vista à participação no estudo qualitativo

Declaração de Consentimento Informado

Ao Encarregado de Educação:

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento.

No âmbito do Mestrado de Educação e Proteção de Crianças e Jovens em Risco da Escola Superior de Educação e Ciências Sociais do Instituto de Politécnico de Portalegre, a mestranda Susana Isabel Narigueta da Vinha, Enfermeira Especialista no Serviço de Pediatria do Hospital do Espírito Santo de Évora, E.P.E., pretende realizar um estudo com o tema “Convivência Social e Bullying em Adolescentes com Doença Crónica”.

O objetivo principal deste estudo é caracterizar a convivência social de adolescentes com doença crónica com o grupo de pares, analisando eventuais ocorrências de bullying em que os adolescentes possam ter estado envolvidos. Para tal serão realizadas entrevistas, sendo garantida a confidencialidade dos dados recolhidos pois o sigilo é consagrado pelos investigadores como obrigação e dever.

A qualquer momento os participantes poderão desistir da colaboração, contudo, importa relevar que da participação não advêm quaisquer riscos ou encargos. Por outro lado, os benefícios relacionam-se com a evolução dos conhecimentos científicos sobre o tema em estudo, potenciadora de uma atuação mais ajustada por parte dos profissionais de educação e da área da saúde pelo que se reveste de elevada importância a participação.

Solicita-se igualmente a gravação da entrevista em suporte áudio de forma a facilitar o processo de análise da mesma, ficando o ficheiro à guarda da investigadora, sendo expressamente garantida a sua destruição após divulgação da investigação.

Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido através do email 21522@ipportalegre.pt ou do 962458385.

Declaro que prestei a informação adequada e me certifiquei que a mesma foi entendida, ficando o Encarregado de Educação informado e esclarecido.

A Investigadora Principal

Data

Declaração do Encarregado de Educação:

- Declaro ter compreendido os objetivos, riscos e benefícios do estudo, explicados pelo investigador que assina este documento;

- Declaro ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora;

- Declaro ter-me sido assegurado que toda a informação obtida neste estudo será estritamente confidencial e que identidade do meu encarregando nunca será revelada;

- Declaro ter tido conhecimento de que este estudo não implica quaisquer encargos ou incómodos financeiros para os participantes;

- Declaro que autorizo a gravação da entrevista em suporte áudio;

- Declaro ter-me sido garantido que os participantes podem desistir de colaborar no estudo em qualquer momento.

Assim, depois de devidamente informado(a) e esclarecido(a) **aceito que o meu educando participe** neste estudo:

O Encarregado de Educação

Data

----- ✂ -----

(recortar pelo picotado deixando esta última parte para a investigadora)

Declaração do Encarregado de Educação:

- Declaro ter compreendido os objetivos, riscos e benefícios do estudo, explicados pelo investigador que assina este documento;

- Declaro ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora;

- Declaro ter-me sido assegurado que toda a informação obtida neste estudo será estritamente confidencial e que identidade do meu encarregando nunca será revelada;

- Declaro ter tido conhecimento de que este estudo não implica quaisquer encargos ou incómodos financeiros para os participantes;

- Declaro que autorizo a gravação da entrevista em suporte áudio;

- Declaro ter-me sido garantido que os participantes podem desistir de colaborar no estudo em qualquer momento.

Assim, depois de devidamente informado(a) e esclarecido(a) **aceito que o meu educando participe** neste estudo:

O Encarregado de Educação

Data

Anexo H

Consentimento informado entregue aos adolescentes com idade igual ou superior a 16 anos
com vista à participação no estudo qualitativo

Declaração de Consentimento Informado

Ao Participante:

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento.

No âmbito do Mestrado de Educação e Proteção de Crianças e Jovens em Risco da Escola Superior de Educação e Ciências Sociais do Instituto de Politécnico de Portalegre, a mestranda Susana Isabel Narigueta da Vinha, Enfermeira Especialista no Serviço de Pediatria do Hospital do Espírito Santo de Évora, E.P.E., pretende realizar um estudo com o tema “Convivência Social e Bullying em Adolescentes com Doença Crónica”.

O objetivo principal deste estudo é caracterizar a convivência social de adolescentes com doença crónica com o grupo de pares, analisando eventuais ocorrências de bullying em que os adolescentes possam ter estado envolvidos. Para tal serão realizadas entrevistas, sendo garantida a confidencialidade dos dados recolhidos pois o sigilo é consagrado pelos investigadores como obrigação e dever.

A qualquer momento poderá desistir da colaboração, contudo, importa relevar que da participação não advêm quaisquer riscos ou encargos. Por outro lado, os benefícios relacionam-se com a evolução dos conhecimentos científicos sobre o tema em estudo, potenciadora de uma atuação mais ajustada por parte dos profissionais de educação e da área da saúde pelo que se reveste de elevada importância a sua participação.

Solicita-se igualmente a gravação da entrevista em suporte áudio de forma a facilitar o processo de análise da mesma, ficando o ficheiro à guarda da investigadora, sendo expressamente garantida a sua destruição após divulgação da investigação.

Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido através do email 21522@ipportalegre.pt ou do 962458385.

Declaro que prestei a informação adequada e me certifiquei que a mesma foi entendida, ficando o Participante informado e esclarecido.

A Investigadora Principal

Data

Declaração do Participante:

- Declaro ter compreendido os objetivos, riscos e benefícios do estudo, explicados pelo investigador que assina este documento;

- Declaro ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora;

- Declaro ter-me sido assegurado que toda a informação obtida neste estudo será estritamente confidencial e que a minha identidade nunca será revelada;

- Declaro ter tido conhecimento de que este estudo não implica quaisquer encargos ou incómodos financeiros para os participantes;

- Declaro que autorizo a gravação da entrevista em suporte áudio;

- Declaro ter-me sido garantido que posso desistir de participar no estudo em qualquer momento.

Assim, depois de devidamente informado(a) e esclarecido(a) **aceito participar** neste estudo:

O Participante

Data

-----✂-----

(recortar pelo picotado deixando esta última parte para a investigadora)

Declaração do Participante:

- Declaro ter compreendido os objetivos, riscos e benefícios do estudo, explicados pelo investigador que assina este documento;

- Declaro ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora;

- Declaro ter-me sido assegurado que toda a informação obtida neste estudo será estritamente confidencial e que a minha identidade nunca será revelada;

- Declaro ter tido conhecimento de que este estudo não implica quaisquer encargos ou incómodos financeiros para os participantes;

- Declaro que autorizo a gravação da entrevista em suporte áudio;

- Declaro ter-me sido garantido que posso desistir de participar no estudo em qualquer momento.

Assim, depois de devidamente informado(a) e esclarecido(a) **aceito participar** neste estudo:

O Participante

Data
