



e s c o l a s u p e r i o r d e  
e n f e r m a g e m  
d e c o i m b r a

---

**MESTRADO EM ENFERMAGEM DE  
SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA**

**Caraterização da Saúde Mental dos adolescentes do  
2º e 3º ciclo e ensino secundário de um concelho da região centro**

Hugo David Pedrosa Pais Nunes

Coimbra, julho de 2022





e s c o l a s u p e r i o r d e  
e n f e r m a g e m  
d e c o i m b r a

---

**MESTRADO EM ENFERMAGEM DE  
SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA**

**Caraterização da Saúde Mental dos adolescentes do  
2º e 3º ciclo e ensino secundário de um concelho da região centro**

Hugo David Pedrosa Pais Nunes

Orientador: Professor Doutor José Carlos Pereira dos Santos, Professor Coordenador,  
Esenfc

Coorientador(a): Professora Doutora Cândida Rosalinda Exposto Costa Loureiro,  
Professora Adjunta, Esenfc

Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

Coimbra, julho de 2022



*Todo o adolescente tem o direito de:*

- A. Viver apesar das dificuldades;*
- B. Ser poupado dos conflitos familiares;*
- C. Ser respeitado como um indivíduo;*
- D. Não ser sujeitado;*
- E. Ter segurança emocional;*
- F. Ser Resiliente;*
- G. Ser Feliz;*
- H. Ter atenção especial e concreta;*
- I. Viver com satisfação e bem-estar;*
- J. Não ser agredido pela ansiedade;*
- K. Não ser atingido pela depressão*
- L. Não se Auto sujeitar a comportamentos Auto lesivos;*
- M. Ser amado acima de tudo;*

*Pois o tempo da adolescência é o momento único que contribui para a individualidade positiva que é um dos requisitos básicos para obter o grande tesouro que o ser humano mais deseja – a felicidade.*

(Adaptado de Bonomi, 2002)



*À minha mulher pelo amor, paciência e dedicação,  
à minha filha Maria Inês e ao meu filho Miguel que são o meu maior tesouro,  
Aos meus pais que sempre foram o meu pilar e sempre me incentivaram,  
Ao meu avô Alfredo e ao meu avô Albertino que muito gostaria que estivessem  
presencialmente comigo.*



## AGRADECIMENTOS

Ao Professor Doutor José Carlos Pereira dos Santos, pela orientação, por ter permitido a integração no projeto de criação do Observatório de Saúde Mental de um concelho da região centro, pela transmissão dos seus conhecimentos, pelo apoio e pela paciência demonstrada durante a realização deste projeto.

À Professora Doutora Cândida Rosalinda Exposto Loureiro pela sua disponibilidade, colaboração.

À Professora Doutora Aliete Cunha Oliveira e ao Dr. José Cunha Oliveira pelo apoio, disponibilidade incondicional e colaboração.

À minha **ESPOSA** e **FILHOS** pela compreensão de não estar tão presente durante todo este percurso muitas vezes recheado de momentos e sentimentos ambivalentes e angustiantes. Sem eles jamais teria alcançado este sonho.

Aos meus **PAIS** e irmão pelo apoio e incentivo constante que nunca me deixaram desistir.

Aos meus sogros pela compreensão, em especial à minha sogra pelo apoio incansável à minha esposa e aos meus **filhos** que são **o meu maior tesouro**, durante todo este percurso que apesar de presente me levou a estar menos disponível e muitas vezes até ausente.

Aos meus amigos e colegas pelo apoio incondicional e que nunca me deixaram desistir nos momentos de indecisão e de angústia.

À Enfermeira Eulália Ribeiro (Enfermeira Chefe) pela sua compreensão e colaboração referente à disponibilidade permitida para a realização deste projeto, que foi fundamental.

A toda a equipa do Observatório de Saúde Mental.

E, muito especialmente, a **TODOS OS ADOLESCENTES QUE PARTICIPARAM NESTE ESTUDO E AOS PAIS QUE O PERMITIRAM.**

A todos o meu muitíssimo **OBRIGADO.**



## **ABREVIATURAS E SIGLAS**

**CNS** – Conselho Nacional de Saúde

**CNSM** – Conselho Nacional de Saúde Mental

**DGS** – Direção-Geral da Saúde

**DSM V** – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - V

**EAER** – Escala de Avaliação Eu Resiliente

**EESMP** – Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria

**EMSV** – Escala de satisfação Multidimensional de satisfação com a vida em adolescentes

**MHC-FC** – *Mental Health Continuum – Short Form*

**OE** – Ordem dos Enfermeiros

**OMS** – Organização Mundial de Saúde

**ONU** – Organização das Nações Unidas

**OPAS** – Organização Pan-Americana da Saúde

**PNSE** – Plano Nacional de Saúde Escolar

**PNSM** – Plano Nacional de Saúde

**SM** – Saúde Mental

**UCISA-E** – Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem

**UN** – United Nations

**WHO** – World Health Organization



## **RESUMO**

O presente estudo incide sobre um olhar da saúde mental nos adolescentes.

A adolescência é um momento único que envolve mudanças profundas, que podem culminar numa crise de identidade pessoal e social, tornando os adolescentes mais vulneráveis a possíveis comportamentos de risco e ao desenvolvimento de problemas da esfera da saúde mental que poderão repercutir-se na vida adulta. As condições de Saúde mental são responsáveis por 16% da carga global de doenças nos adolescentes (World Health Organization, 2020), tornando necessária a implementação de estratégias precoces de prevenção e promoção de saúde mental, nomeadamente em contexto escolar, pelo papel fulcral que pode ter no seu desenvolvimento. Neste sentido, ao Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria estará reservado um papel fundamental, através do acompanhamento adequado dos processos de transição, permitindo detetar precocemente processos desadaptativos e contribuir para o desenvolvimento de estratégias de prevenção, proteção e promoção da saúde mental.

Este estudo teve como objetivos, caracterizar a saúde mental dos adolescentes do 2º ciclo, 3º ciclo e ensino secundário de um concelho da região centro (N=752), detetar precocemente processos desadaptativos da esfera da saúde mental e identificar áreas prioritárias de intervenção.

É uma investigação de nível I, de natureza quantitativa, descritivo-exploratória, transversal. Para a sua concretização foi realizada a aplicação de um questionário sociodemográfico, das escalas Mental Health Continuum – Short Form, Eu Resiliente e Multidimensional de Satisfação de Vida para Adolescentes, que avaliam o bem-estar, a resiliência, e a satisfação com a vida.

Como resultados da presente investigação a população alvo apresenta em todas as dimensões avaliadas médias mais elevadas no género masculino com diferenças estatisticamente significativas, especificamente: níveis globais de bem estar subjetivo médios baixos 50,36, mais acentuado no bem estar emocional com uma média 11,85; uma média global de resiliência de 59,11, no entanto, segundo os autores verificou-se um nível de resiliência elevada 80,9%; e scores médios baixos de satisfação com a vida

que variam entre 20,58 e os 43,57, mais acentuados na dimensão *self* comparado com 20,58. A caracterização da saúde mental da população alvo permitiu identificar os potenciais processos desadaptativos, especificamente: baixo nível de felicidade, de interesse e de satisfação com a vida; baixa identificação dos valores sociais, integração social e aceitação social; relação com os outros na escola; autoestima, autoconceito, estratégias de *coping*, fatores pessoais e interpessoais; *self* comparado/grupo de pares “falta envolvimento no grupo”, escola e não-violência. Neste sentido, emergiram como áreas prioritárias de intervenção: o autoconhecimento, a autonomia, o autoconceito/autoestima, o relacionamento interpessoal e a autoeficácia.

**Palavras-chave:** Saúde Mental; Adolescência; Bem-estar; Resiliência; Felicidade Subjetiva; Transição.

## ABSTRACT

The present study focuses on a -mental health view of adolescents.

Adolescence is a unique moment that involves profound changes, which may culminate in a crisis of personal and social identity, making adolescents more vulnerable to possible risk behaviors and to the development of mental health problems that may have repercussions in adult life. Mental health conditions are responsible for 16% of the global burden of disease in adolescents (WHO, 2020), making the implementation of strategies for the prevention and promotion of early mental health, particularly in the school context, due to its central role, that it has in its development. In this sense, the Nurse Specialist in Mental Health and Psychiatry plays a fundamental role through the adequate monitoring of transition processes, allowing early detection of maladaptive processes and contributing to the development of strategies for the prevention, protection and promotion of mental health.

This study aims to characterize the mental health of adolescents in the 2<sup>nd</sup> cycle, 3<sup>rd</sup> cycle and secondary education in the municipality of central region (N=752), to detect early maladaptive processes in the mental health sphere and to identify priority areas for intervention.

This is a level I investigation, of a quantitative, descriptive-exploratory, transversal nature, integrated in the project to create the Mental Health Observatory of a municipality of central region.

For its implementation, a sociodemographic questionnaire was applied, using the Mental Health Continuum - Short Form, EU Resilient Self and Multidimensional Life Satisfaction scales, which assess well-being, resilience, and satisfaction with life.

As a result of the present investigation, the target population presents higher averages in all evaluated dimensions in males with statistically significant differences, specifically: global levels of subjective well-being, low averages 50, 36, more accentuated in emotional well-being with an average of 11, 85; an overall resilience average of 59.11, however, according to the authors there was a high level of resilience 80.9%; and low average scores of satisfaction with life ranging between 20.58 and 43.57, more pronounced in the self dimension compared to 20.58. The mental health characterization of the target population made it possible to identify potential maladaptive processes, specifically: low level of happiness, interest and satisfaction with life; low identification of social values, social integration and social acceptance; relationship with others at school; self-esteem, self-concept, coping strategies, personal and interpersonal factors; compared self/peer group “lack involvement in the group”, school and non-violence. In this sense, the following emerged as priority areas for intervention: self-knowledge, autonomy, self-concept/self-esteem, interpersonal relationships and self-efficacy.

**Keywords:** Mental Health; Adolescence; Well-being; Resilience; Subjective Happiness; Transition



**LISTA DE FIGURAS**

**FIGURA 1** – Transições: uma teoria de médio-alcance ----- 50



## LISTA DE TABELAS

<b>TABELA 1</b> – Fatores de resiliência -----	40
<b>TABELA 2</b> – Distribuição dos elementos da amostra de acordo com o ciclo de escolaridade-----	81
<b>TABELA 3</b> – Distribuição dos elementos da amostra segundo a idade -----	82
<b>TABELA 4</b> – Distribuição dos elementos da amostra segundo o género -----	82
<b>TABELA 5</b> – Distribuição dos elementos da amostra segundo o ano de escolaridade	83
<b>TABELA 6</b> – Distribuição dos elementos da amostra de acordo com as variáveis ambiente familiar, relação de amizade e interesse escolar -----	83
<b>TABELA 7</b> – Resultados dos níveis de satisfação com o ambiente familiar -----	84
<b>TABELA 8</b> – Resultados de satisfação com a relação de amizade/grupo de pares -----	85
<b>TABELA 9</b> – Resultados dos níveis de satisfação com o interesse escolar-----	85
<b>TABELA 10</b> – Resultados estatísticos da aplicação do MHC – SF-----	86
<b>TABELA 11</b> – Resultados estatísticos da aplicação do MHC – SF de grupo -----	87
<b>TABELA 12</b> – Resultados estatísticos da aplicação do test t de student -----	87
<b>TABELA 13</b> – Resultados estatísticos da aplicação da EAER -----	88
<b>TABELA 14</b> – Resultados dos níveis de resiliência da EAER -----	88
<b>TABELA 15</b> – Resultados dos níveis de resiliência da EAER segundo o género -----	89
<b>TABELA 16</b> – Resultados dos níveis de resiliência da EAER de grupo-----	89
<b>TABELA 17</b> – Resultados estatísticos da aplicação do test t de student -----	90
<b>TABELA 18</b> – Resultados estatísticos da aplicação da EMSVA -----	91
<b>TABELA 19</b> – Resultados de satisfação com a vida da EMSVA de grupo -----	91
<b>TABELA 20</b> – Resultados estatísticos da aplicação do test t de student -----	92
<b>TABELA 21</b> – Fatores do modelo multifatorial de saúde mental positiva -----	122



## ÍNDICE

	<b>Pág.</b>
<b>INTRODUÇÃO</b> -----	23
<b>1 – ENQUADRAMENTO CONTEXTUAL</b> -----	29
1.1 – ADOLESCÊNCIA: O DESABROCHAR DE UM NOVO EU... -----	29
1.1.1 – Desenvolvimento físico e cognitivo-----	32
1.1.2 – Interações familiares-----	34
1.1.3 – Grupo de iguais -----	35
1.1.4 – Autoconceito e autoestima-----	36
1.1.5 – A Escola -----	37
1.2 – SAÚDE MENTAL-----	41
1.2.1 – Impacto da saúde mental na adolescência -----	43
1.2.2 – Promoção da saúde mental-----	45
1.3 - O CAMINHO DO CUIDAR RUMO À MUDANÇA EM SAÚDE MENTAL ---	47
1.3.1 – Transição e adaptação durante a fase da adolescência-----	50
1.3.2 – O papel do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria nos processos de transição -----	53
<b>2 – METODOLOGIA</b> -----	57
2.1 – DEFINIÇÃO DO PROBLEMA E JUSTIFICAÇÃO DO ESTUDO -----	57
2.2 – OBJETIVOS DA INVESTIGAÇÃO -----	58
2.3 – QUESTOES DA INVESTIGAÇÃO -----	59
2.4 – DESENHO DO ESTUDO -----	60
2.4.1 – Tipo de estudo-----	60
2.4.2 – População -----	62

<b>2.4.3 – Operacionalização das variáveis</b> -----	63
<b>2.5 – METODOLOGIA DA COLHEITA DE DADOS</b> -----	70
<b>2.5.1 – Questionário sociodemográfico</b> -----	70
<b>2.5.2 – Escala Mental Health Continuum – Short Form (MHC – SF)</b> -----	71
<b>2.5.3 – Escala <i>Eu</i> Resiliente (EAER)</b> -----	72
<b>2.5.4 – Escala multidimensional de satisfação de vida para adolescentes (EMSVA)</b> -----	74
<b>2.5.5 – Fidelidade e validade interna</b> -----	75
<b>2.6 – PRESSUPOSTOS ÉTICO DEONTOLÓGICOS</b> -----	76
<b>2.7 – PROCEDIMENTOS DE RECOLHA DE DADOS</b> -----	78
<b>2.8 – ANÁLISE ESTATÍSTICA DOS DADOS</b> -----	79
<b>3 – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS</b> -----	81
<b>3.1 – CARATERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO</b> -----	81
<b>4 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b> -----	93
<b>CONCLUSÕES</b> -----	125
<b>BIBLIOGRAFIA</b> -----	131

## **ANEXOS**

**Anexo 1** – Instrumento de colheita de dados

**Anexo 2** – Pedidos de autorização para a realização da investigação



## INTRODUÇÃO

A escolha do tema a investigar prendeu-se com o facto de a adolescência constituir um momento único, caracterizado por um período de transição entre a infância e a idade adulta, que envolve mudanças profundas na vida dos adolescentes (Azevedo, 2010).

Estas mudanças podem culminar numa crise de identidade pessoal e social, tornando os adolescentes mais vulneráveis a possíveis comportamentos de risco e ao desenvolvimento de problemas da esfera da saúde mental (SM) que se podem vir a repercutir na vida adulta. Neste contexto o Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria (EESMP), no âmbito das suas competências, apresenta um papel fundamental enquanto elemento facilitador, nos processos de transição processuais, desenvolvimentais, situacionais, organizacionais, na promoção do bem-estar (Meleis, 2010) e da SM na adolescência. A opção de investigação por esta fase de transição deveu-se ainda ao grande fascínio que sempre me despertou, da memória de vivências anteriores e pelo facto de ter filhos que irão passar por esta fase de transição de desenvolvimento humano. Esta fase inicial em que se anda mergulhado num turbilhão de ideias, serviu para em determinado momento centralizar a investigação na SM dos adolescentes do 2º e 3º ciclo de escolaridade e ensino secundário.

A adolescência constitui uma realidade indescritível que apenas podemos imaginar, até ao dia em que a vivenciamos, ao nível físico, emocional, social e relacional.

Veldman (2003) considera mesmo que a pessoa humana, neste caso o adolescente é, por essência, um ser relacional. O ser humano foi concebido para o contacto com os seus semelhantes e, mais particularmente, para ser objeto e fonte de contactos afetivos que lhe deem segurança, sendo esta um dos fatores protetores fundamentais na adolescência.

A adolescência é uma etapa do desenvolvimento humano onde ocorrem muitas transformações, podendo ser considerado um potencial período problemático e difícil, baseado na interação social, em que a necessidade de pertença e de aceitação assume especial destaque. Ocorrem ainda alterações na relação com os pais, pares e com o próprio corpo. É nesta fase que os processos psicológicos fundamentais se desenvolvem contribuindo para a afirmação e desenvolvimento da identidade do indivíduo, para a sua

forma de estar no mundo (Duclos, 2006), para o desenvolvimento do sentido de competência, da autonomia, de sentido da vida, da sua integridade e da forma como gerem as suas próprias emoções.

Estas mudanças podem provocar nos adolescentes um conflito interno que se traduz numa ambivalência de sentimentos, nomeadamente, de incerteza, medo de rejeição, de insegurança, entre outros, que se designa, segundo Erikson (1902-1994), por uma crise de identidade pessoal e social, que pode ter como principais agentes promotores de risco a escola, a família, fatores relacionais e intrapessoais. A vivência de uma crise de identidade, pode destruir o autoconceito e a autoestima dos adolescentes, tornando-os mais vulneráveis a possíveis comportamentos de risco que podem contribuir para o desenvolvimento do processo de adoecer mental. Este é considerado um processo complexo, multifacetado, que varia de pessoa para pessoa, tendo em conta as estratégias que a pessoa possui (Sprinthall & Collins, 2008), ou seja, as estratégias a desenvolver serão personalizadas e integradas no Observatório de Saúde Mental de um concelho da região centro.

Neste contexto, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002), a SM é um estado de bem-estar no qual o indivíduo expressa as suas capacidades, enfrenta os acontecimentos geradores de stress normais da vida, trabalha ativamente e de forma produtiva contribuindo para a comunidade. Na mesma linha, o Conselho Nacional de Saúde (CNS, 2019) define a SM como um conjunto de práticas de natureza comunitária e institucional que visa a dimensão do bem-estar, enquanto componente fundamental da saúde de cada indivíduo, e que desde o início a OMS considerou fundamental. Como forma de resposta ao construto de SM do CNS (2019), surge o projeto de criação do Observatório de Saúde Mental de um concelho da região centro. Dada a relevância que a SM apresenta na saúde do indivíduo, para a sua maximização, torna-se fundamental potenciar os fatores promotores de SM e identificar precocemente os fatores de risco para minimizar o seu impacto.

Neste sentido, o EESMP tem um papel fundamental nomeadamente: assistir a pessoa ao longo do ciclo de vida, no contexto específico, o adolescente, família, grupos e comunidade na otimização da SM; na implementação de programas centrados na população que promovam o empoderamento, que previnam e reduzam o risco de perturbação mental ou do processo de adoecer mental; na implementação de programas de promoção da SM nas escolas, contexto fulcral no desenvolvimento do adolescente,

visando a redução de fatores de stress, a gestão de conflitos e o comportamento abusivo que possam contribuir para o surgimento de comportamentos desviantes nos adolescentes e de problemas mentais, bem como programas de intervenção precoce; na conceção de estratégias de empoderamento que permitam ao adolescente desenvolver conhecimentos, capacidades e fatores de proteção, de forma a eliminar ou reduzir o risco de perturbação mental, facilitando os processos de transição (Regulamento nº 515/2018).

O desenvolvimento do novo conhecimento requer que o EESMP o integre continuamente na sua prática desenvolvendo uma prática baseada na evidência, sensível aos cuidados de enfermagem, integrando projetos de investigação que contribuem para o desenvolvimento de competências de especialização (OE, 2012).

Assim, no âmbito do IX Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, foi desenvolvido o estudo de investigação subordinado ao tema **“Caracterização da Saúde Mental dos Adolescentes do 2º e 3º ciclo de escolaridade e ensino secundário de um concelho da região centro”**, sob orientação do Professor Doutor José Carlos Pereira dos Santos e coorientação da Professora Doutora Cândia Rosalinda Exposto Loureiro.

A criação do Observatório de Saúde Mental de um concelho da região centro é um projeto de investigação/ação, que visa ao mesmo tempo conhecer a realidade da SM no concelho e intervir nos casos de alteração de SM. A população abrangida são crianças, jovens, seus cuidadores e famílias onde estão inseridos. Recentemente, o Observatório de Saúde Mental de um concelho da região centro foi reconhecido pelo Comité dos Direitos da Criança, da Organização das Nações Unidas (ONU) como uma boa prática de intervenção de SM.

Considera-se que este estudo tem relevância direta para a prática de Enfermagem em SM, uma vez que estão subjacentes processos de vida, vivências, sentimentos e outros aspetos da realidade subjetiva e da perceção interna do adolescente referentes à esfera da SM. Aspetos que contribuem para o desenvolvimento humano do adolescente, nomeadamente, o bem-estar subjetivo, a resiliência, a satisfação com a vida e a felicidade. Investigar e aprofundar o conhecimento sobre o problema em estudo permite aos profissionais de saúde, melhorar as intervenções que desenvolvem, através da criação do Observatório de Saúde mental do Conselho de um concelho da região centro,

investindo numa área que até ao momento não tem sido devidamente valorizada, devido ao estigma associado, e por isso não haver uma resposta adequada às necessidades dos adolescentes no que a esta área diz respeito. Assim, com a realização deste estudo pretende-se intervir numa área que é do domínio de intervenção autónoma e que pode modificar a visibilidade social que a profissão e a área da SM têm na promoção da SM na adolescência. Para além disso, o estudo poderá servir de incentivo para futuras investigações neste âmbito o que considero já ser um “passo de gigante” nos contributos que alguma vez esperei vir a dar.

A realização deste estudo tem como principais objetivos: caracterizar a SM dos adolescentes do 2º e 3º ciclo de escolaridade e ensino secundário de um concelho da região centro em relação ao bem-estar subjetivo, resiliência e satisfação com a vida; identificar precocemente sinais de potenciais processos desadaptativos de SM nos adolescentes do 2º e 3º ciclo de escolaridade e ensino secundário de um concelho da região centro; identificar as áreas prioritárias de intervenção em SM nos adolescentes do 2º e 3º ciclo de escolaridade e ensino secundário de um concelho da região centro; e caracterizar a população em estudo face às variáveis sociodemográficas (sexo, idade, ambiente familiar, grupo de pares e interesse escolar).

De forma a concretizar estes objetivos, optou-se pela realização de um estudo tipo I de cariz Quantitativo, descritivo, exploratório, transversal, formulando as seguintes questões de investigação: **Q1 – Qual o estado atual de saúde mental dos adolescentes do 2º e 3º ciclo e ensino secundário de um concelho da região centro, especificamente no que se refere ao bem-estar subjetivo, à resiliência e à satisfação com a vida e felicidade?** **Q2 – Quais os sinais de potenciais processos desadaptativos de saúde mental nos adolescentes do 2º e 3º ciclo de escolaridade e ensino secundário de um concelho da região centro?** **Q3 – Quais as áreas prioritárias de intervenção em saúde mental na população alvo?.**

A recolha da informação foi efetuada através da aplicação de um questionário sociodemográfico e das escalas Mental Health Continuum – Short Form (Matos et al., 2010), Eu Resiliente (Sousa, 2015) e Multidimensional de Satisfação com a vida para adolescentes (Segabinazi et al., 2010). As escolhas destas escalas prenderam-se com o facto de serem dimensionais, devido ao estigma associado à doença mental. Ou seja, a aplicação do modelo categorial de diagnóstico das perturbações mentais, impede o desenvolvimento das causas e tratamentos associados (Bilder, 2015). Este modelo

considera a saúde e a doença como definições dicotômicas, contrariando a definição de SM da OMS. A atual Classificação, *Diagnóstic and Stastical Manual of Mental Disorders – V* (DSM V) contempla uma perspectiva dimensional nos critérios de diagnóstico das perturbações mentais, procurando, para além do diagnóstico de uma perturbação mental, conhecer comportamentos desadaptativos, impedindo desta forma uma abordagem redutora da SM (Clark et al, 2017; Gotzsche-Astrup & Lindekilde, 2019). A abordagem categorial facilita uma caracterização direta da perturbação mental, no entanto é reconhecido pelos profissionais de SM que esta categorização pode ter repercursões graves, nomeadamente, relacionadas com o estigma associado à esfera da SM, “ao rótulo social de ter uma doença mental”. Esta consciencialização profissional tem se manifestado através de uma caracterização menos estigmatizante, focando-se em fatores mais dimensionais (Bem-Zee et al., 2010). O rótulo social de ter uma doença mental poderia desta forma comprometer a população alvo do estudo, colocando em causa a fidedignidade dos resultados da investigação.

O enquadramento teórico deste trabalho teve por base uma revisão bibliográfica.

Este trabalho encontra-se estruturado em quatro partes. A primeira parte diz respeito ao enquadramento contextual do estudo, onde é realizada uma abordagem sobre a adolescência, a SM e sobre o enquadramento no âmbito da enfermagem, nomeadamente nas competências do EESMP. Na segunda parte é feita uma descrição pormenorizada da metodologia utilizada para o desenvolvimento deste estudo, na terceira parte é realizada a apresentação e análise dos resultados, na quarta parte é realizada a discussão de resultados. Segue-se posteriormente as conclusões.



## 1 – ENQUADRAMENTO CONTEXTUAL

Os adolescentes que se encontram a viver processos de sofrimento ou perturbação mental têm ganhos em saúde quando cuidados por EESMP, diminuindo significativamente o grau de incapacidade que estas perturbações originam. O EESMP compreende os processos de sofrimento, alteração e perturbação mental dos adolescentes assim como as implicações para os seus projetos de vida, o potencial de recuperação e a forma como a sua SM é afetada pelos fatores contextuais (Regulamento nº515/2018). Neste sentido, integrado no projeto de criação do **Observatório de Saúde Mental de um concelho da região centro**, emergiu a importância de caracterizar a SM nos adolescentes, de forma a detetar precocemente processos desadaptativos e a identificar áreas prioritárias de intervenção da esfera da SM, que será contextualizada nos capítulos seguintes.

### 1.1 – ADOLESCÊNCIA: O DESABROCHAR DE UM NOVO EU...

O termo adolescência deriva do latim “adolescere” que significa “crescer para a vida adulta”. Esta é uma etapa de desenvolvimento na qual o indivíduo, ainda criança, vivencia um processo crescente de maturação física, sexual, psicológica e social que leva o ser humano a transformar-se num adulto (Gaete, 2015).

Durante muitos séculos considerou-se que aos 6 – 7 anos de idade a criança poderia ser tratada como um adulto e só no séc. XIX se reconheceu a infância como um estágio especial de crescimento. No entanto a adolescência teve de esperar até ao séc. XX para ser reconhecida como um estágio de desenvolvimento humano, sendo que antes a idade dos 12-13 anos era considerada como o momento de assumir responsabilidades ligadas à vida adulta (Sprinthall & Collins, 2008).

O conceito de adolescência não existia nas sociedades pré-industriais, considerando-se as crianças adultas quando amadureciam fisicamente ou iniciavam uma prática profissional (Papalia & Feldman, 2013). Ainda hoje existem sociedades com rituais de passagem para a idade adulta, tanto de caráter religioso, como social ou militar (Fonseca, 2003, como citado em Azevedo, 2010). Shaffer (2005) e Papalia e Fieldman

(2013) relembram que em países menos desenvolvidos esta passagem pode ser marcada por circuncisões tanto masculinas como femininas. Stanley Hall (1844-1924) defendeu que psicólogos e educadores não podiam continuar a distinguir crianças e adolescentes apenas com base no tamanho e que a adolescência deveria ser encarada como um estágio especial do desenvolvimento humano no qual cada pessoa experienciava todos os estágios anteriores, mas a um nível mais complexo. Os seus estudos são um enorme contributo para o reconhecimento da adolescência, anteriormente ignorada tanto pela psicologia como pela sociedade (Sprinthall & Collins, 2008).

Freud (1856-1939) descreveu o desenvolvimento como uma série de estágios psicossociais, considerando a adolescência como um período difícil e turbulento, inevitável a qualquer ser humano, pois pressupunha transformações necessárias dos padrões psicológicos de forma a facilitar o estabelecimento de relações heterossexuais saudáveis e maduras na vida adulta. Erikson (1902-1994) deu menos ênfase às pulsões sexuais e desenvolveu a teoria psicossocial em que os estágios de desenvolvimento não terminam na adolescência (contrariamente a Freud) mas são caracterizados por oito crises psicossociais, das quais se destaca a crise dos 12 aos 20 anos Identidade vs Confusão de papéis, onde se enquadra a população alvo do estudo (Sprinthall & Collins, 2008).

Para alguns autores a adolescência é considerada como a fase que contempla os eventos ocorridos desde o início da puberdade até à conquista da independência social (Steinberg, como citado em Curtis, 2015).

A adolescência corresponde ao período que marca a passagem da infância para a idade adulta, marcada não somente por um único evento, mas por um longo período de mudanças físicas, cognitivas, emocionais e sociais podendo situar-se entre os 12 e os 18 anos para as raparigas e os 14 e os 20 anos para os rapazes (Azevedo, 2010; Papalia & Fieldman, 2013). A OMS definia a adolescência como o período entre os 10 e os 19 anos, mas atualmente defende que se estenda a juventude dos 15 aos 24 anos, período também englobado no Programa Nacional de Saúde dos Jovens 2006-2010 (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2006).

É nesta “revolução fisiológica” entre dois mundos, que se encontram os adolescentes. Se por um lado a maturidade biológica, e o desenvolvimento da capacidade intelectual os distanciam cada vez mais da infância, por outro lado fazem questão de afirmar as

suas diferenças em relação aos adultos – crise de identidade (Veríssimo, 2002). Erikson considerou que as mudanças do desenvolvimento na adolescência (exigências físicas, sexuais e sociais) podem provocar conflitos internos (crise de identidade), destruindo o autoconceito da criança e exigindo que o adolescente desenvolva um novo autoconceito (Zal, 1992). Ou seja, segundo a teoria de desenvolvimento psicossocial de Erikson, cada estágio é considerado como um potencial ponto de viragem, o qual determina um desenvolvimento saudável por oposição a um desenvolvimento patológico. Assim, o crescimento saudável pressupõe um equilíbrio através da resolução favorável da crise em direção ao estágio seguinte (Sprinthall & Collins, 2008). A adolescência segundo o Modelo Psicossocial de Erikson, consistia no processo de formação da identidade – a consciência do eu, reconhecendo a adolescência como um estágio por direito próprio, que não sendo automático nem baseado exclusivamente em aspetos patológicos segundo Freud, depende da interação da pessoa com o ambiente. Erikson considera esta etapa como um “momento de decisão”, um período de tumulto e tensão em que deve ser conjugado não só com todas as transformações hormonais, mas também as exigências, expectativas e esperanças relativamente ao futuro, formando um autoconceito coerente – uma identidade (Sprinthall & Collins, 2008), chamando “crise de identidade” às incertezas e desconfortos vividos pelos adolescentes, quando se sentem confusos sobre o seu papel na vida (Shaffer, 2005). A adolescência deve ser sentida como um processo integrador não só de um sentimento de “unicidade” reconhecido pelo mesmo e pelos outros, mas também pela capacidade de confiar nas outras pessoas e em si próprio no sentido moral de respeitar, apreciar e cuidar a que Erikson chamava de “resolução da fidelidade” (Sprinthall & Collins, 2008). Uma resolução fracassada levaria a uma identidade difusa caracterizada pela incapacidade de desempenhar certos papéis sociais, pela aparente “ausência de núcleo interno” e “descomprometimento com a vida” (Sprinthall & Collins, 2008). “A identidade saudável é estimulada pelo desenvolvimento cognitivo, por pais carinhosos que encorajam a autoexpressão individual e por uma cultura que permite e espera que os adolescentes encontrem os seus próprios nichos” (Shaffer, 2005, p. 453). Segundo o mesmo autor, o estabelecimento de uma identidade, passa por vários *status*, correspondendo a uma autodefinição madura, que envolve muitas questões e muitas escolhas importantes, levando o adolescente a experimentar sensações de confusão e ansiedade até formar uma noção sólida e coerente de quem é. Apesar de Erikson considerar que a crise de

identidade ocorria no início da adolescência e se resolvia entre os 15 e os 18 anos, Waterman (1982) como citado em Shaffer (2005), menciona que a formação da identidade leva tempo e que só no final da adolescência muitos jovens avançam do *status* de difusão para o de moratória.

“Por outras palavras o adolescente tem de descobrir quem é e incorporar isso na pessoa que foi no passado e naquela que será no futuro” (Zal, 1992, p. 46). É “(...) neste contexto que o seu ego, tentando estabelecer um sentido de coerência no *self*, se pergunta sobre quem é como pessoa, o que vale, qual a impressão que causa nos outros, etc.” (Veríssimo, 2002, p. 19). Veríssimo (2002) vem lembrar que o jovem frequentemente sente receio de ser rejeitado, sente-se isolado, vazio, angustiado e indeciso, o que pode dificultar a adoção de uma identidade social. Dificuldade esta que pode ser agravada quando os pais na sua “preocupação vigilante” tentam proteger demasiado os filhos, ocultando-lhes porções de realidade que pensam ser prejudiciais.

### **1.1.1 – Desenvolvimento físico e cognitivo**

A puberdade diz respeito às mudanças biológicas que se manifestam na adolescência e que representam o início da capacidade reprodutiva; não sendo um sinónimo de adolescência, a puberdade constitui uma parte dela (Lourenço & Queiroz, 2010).

A adolescência é um período de crescimento físico e amadurecimento, podendo ser traumatizante. Zal (1992) lembra que se houver atraso no seu desenvolvimento, o adolescente precisa de conforto e que lhe seja assegurado que em breve recuperará. Por outro lado, se o seu desenvolvimento for precoce o jovem pode pensar que há algo de errado consigo e sentir-se ridículo junto dos amigos da mesma idade.

As alterações biológicas parecem influenciar o desenvolvimento psicológico, devido ao significado que têm para os próprios adolescentes, para os adultos e para os colegas à sua volta. (...). Nesta perspetiva a autoimagem e a autoestima de um dado indivíduo refletem as reações subjetivas, dele próprio e dos outros, à sua maturação biológica. (Sprinthall & Collins, 2008, pp. 66-67)

Papalia e Fieldman (2013) indicam que existem estudos que revelam que meninos que amadurecem mais cedo, são tendencialmente mais confiantes e seguros, contrariamente aos que amadurecem mais tarde que apresentam características mais ansiosas. Os mesmos autores referem que nas meninas o processo é tendencialmente inverso e a maturação precoce parece ser uma desvantagem estando associado a ansiedade e depressão. Este facto pode ser explicado pela sua aparência mais madura em relação aos rapazes e raparigas da sua idade, procurando muitas vezes companhias mais velhas e não adequadas à sua idade. Em ambos os casos, os adolescentes necessitam que lhes seja assegurado que as mudanças estão dentro dos padrões normais de crescimento e os pais devem desempenhar um papel genuinamente compreensivo, mantendo um relacionamento próximo com o adolescente, sendo pacientes e ajudando-os a aceitar a si mesmo e a todas as mudanças físicas e sociais que estão a passar (Zal, 1992). Papalia e Fieldman (2013), chamam a atenção para o consumo de substâncias que podem levar à dependência física, psicológica, ou ambas, e que muitas vezes se inicia como um sinal de força, rebeldia e de passagem da infância para a idade adulta.

No que se refere às mudanças cognitivas “O adolescente tem de enfrentar novos dados internos e externos que nem sempre estão de acordo. Surgem conflitos relacionados com os impulsos instintivos, o autoconceito e os ensinamentos morais” (Zal, 1992, p.44). Neste sentido, o pensamento do adolescente caracteriza-se: por um pensamento alargado a possibilidades, ideias e realidade concreta; por uma resolução dos problemas orientada pela verificação de hipóteses prévias; e pensamento alargado às perspetivas dos outros (Sprinthall & Collins, 2008). Os adolescentes mais facilmente reconhecem alternativas à resolução dos problemas, pensando de uma forma mais abstrata, especulativa e flexível. Outra característica dos adolescentes é adquirirem a capacidade de pensar acerca dos seus próprios pensamentos e dos pensamentos das outras pessoas, reconhecendo que diferentes pessoas podem ter diferentes pensamentos sobre a mesma situação (Sprinthall & Collins, 2008). Piaget caracterizou o pensamento dos adolescentes como “operações formais”. A transição entre “operações concretas” e “operações formais” acontece de uma forma gradual podendo um adolescente apresentar indícios de um pensamento muito desenvolvido e paralelamente manifestar um pensamento relativamente imaturo. De acordo com a teoria de processamento da informação, muitos psicólogos acreditam que o pensamento dos adolescentes é mais complexo e sofisticado devido ao aumento da capacidade de processamento da

informação, tornando-se mais rápido e automático (Sprinthall & Collins, 2008). Existem três características do pensamento dos adolescentes especialmente importantes para o seu desenvolvimento: o reconhecimento da discrepância entre o real e o possível (parte da melancolia e rebeldia dos adolescentes pode ser explicada pelo facto de eles saberem que a realidade poderia ser diferente); conceitos do adolescente sobre o seu carácter e o das outras pessoas (visão mais avaliativa e refletida do que descritiva); assunção de papéis e o pensamento em perspetiva (tomar em consideração os pensamentos e as perspetivas dos outros) (Sprinthall & Collins, 2008).

Neste contexto, o adolescente desenvolve a capacidade de pensar de forma sistematizada sobre questões lógicas, adquirindo habilidades verbais, a capacidade de identificar questões relacionadas com a lei e a moralidade. Dá início ao processo de evolução ideológica, desenvolvendo um pensamento cada vez mais complexo, muitas vezes focado em questões filosóficas (Salmela-Aro, 2011).

### **1.1.2 – Interações familiares**

Nunca se está verdadeiramente preparado para ser pai de um adolescente, dadas as suas características específicas enquanto ser humano, nomeadamente, para enfrentar as mudanças associadas a este papel (Zal, 1992). Em termos de ciclo familiar, as funções/tarefas específicas desta etapa, família com filhos adolescentes, segundo Relvas (1996), equivalem às funções primordiais do próprio sistema familiar que são a socialização e a individualização dos seus elementos. Assim, espera-se que o papel da família nesta etapa, seja ajudar os adolescentes a prepararem-se para a autonomia e para assumirem papéis de adultos. A relação pais/filhos sofre muitas mudanças inesperadas no seu equilíbrio podendo levar a ruturas nas relações familiares: o jovem lida com uma luta interior sobre questões de identidade e independência desafiando costumes e princípios familiares; a vida familiar passa a competir com os rituais e ideologias de grupo; e o confronto com as expetativas e convicções dos pais pode levar a uma guerra aberta entre eles (Zal, 1992).

“A família determina as nossas primeiras relações sociais, assim como os contextos onde ocorre a maior parte das aprendizagens iniciais que efetuamos, acerca das pessoas, situações e capacidades individuais. Estas aquisições exercem uma grande influência na nossa personalidade” (Sprinthall & Collins, 2008, p. 296). Para uma transição bem-

sucedida desta etapa, espera-se que a família seja capaz de “flexibilizar” os limites (normas, regras familiares), ora “reduzindo”, ora “apertando” esses mesmos limites conforme a necessidade, devendo-se fomentar a autonomia dentro e fora de casa, mas sem permissividade (Relvas & Alarcão, 2002). Deve haver coerência nas decisões (Zal, 1992). Os pais devem permitir, facilitar e encorajar o adolescente a exprimir as suas opiniões, sem abdicarem das suas ideias e valores, envolvendo os filhos em discussões construtivas. A aquisição da independência vai variar de acordo com a comunidade e expectativas culturais em que a família se insere, incluindo o ajustamento de sentimentos e comportamentos de diversos membros da família (Relvas & Alarcão, 2002). Os pais devem demonstrar interesse genuíno, amizade e compreensão em relação aos adolescentes (Zal, 1992). A alteração das capacidades cognitivas dos adolescentes, nomeadamente a capacidade para pensar em perspetiva, permite-lhes compreender o relacionamento com os pais em termos de respeito e tolerância e até reconhecer de que tal como eles, os pais também têm necessidades psicológicas (Sprinthall & Collins, 2008). Pais considerados dominadores, controladores e muito exigentes, não preparam os filhos para serem independentes (estes jovens tanto na adolescência como na vida adulta, vão se sentir melhor se puderem depender de outros) (Sprinthall & Collins, 2008). Segundo Relvas e Alarcão (2002), “no final desta etapa, o subsistema parental não tem mais como função o controlo e a educação (...), restando-lhe uma função de suporte basicamente relacional e afetivo, [deixando] de estar colocado numa posição de dependência hierárquica” (p. 155).

Neste contexto, é importante referir que uma vez que a proteção e promoção da SM começa no seio familiar, fatores ambientais como conflitos e tensão familiar, encontram-se também associadas ao desenvolvimento de perturbações da SM. (Pinto et al., 2014; United Nations [UN] 2014).

### **1.1.3 – Grupo de iguais**

Relvas e Alarcão (2002) descrevem a importância do grupo de pares, como força de suporte e segurança individual, força de socialização e ligação emocional que o adolescente necessita. Para Birren (1981) como citado em Relvas e Alarcão (2002), o grupo de iguais tem três funções primordiais: facilitar a separação em relação à família (o adolescente aprende a pensar e experimenta valores não necessariamente presentes

ou aceitáveis na família); em grupo de pares torna-se mais fácil a aquisição de um certo grau de conformismo face às normas e há distinção entre limites pessoais e sociais; e permite-lhe o desenvolvimento de um autoconceito positivo, que o adolescente sente que foi merecido e não oferecido no seio familiar.

Muitas pessoas defendem que o crescente envolvimento dos adolescentes com os colegas leva a família a perder a influência que tem sobre os filhos (...).

Todavia, também é verdade que os colegas contribuem positivamente para o desenvolvimento do adolescente, através de variadas maneiras que não são possíveis à família. (Sprinthall & Collins, 2008, pp. 357-358)

Segundo Zal (1992) o grupo não só ajuda o jovem a estabelecer relações pessoais e sociais, significativas e saudáveis, como lhe permite também partilhar sentimentos profundos e íntimos e adquirir a capacidade de entender os sentimentos dos outros e reagir de forma compreensiva. A aquisição de um autoconceito positivo está relacionada com as interações estabelecidas com os colegas e integração de valores sociais, contrariamente, um relacionamento débil com os colegas nesta fase, está associado a dificuldades de comportamento, problemas sociais e perturbações a nível conjugal e sexual (Sprinthall & Collins, 2008), que podem tornar-se fatores de risco para o desenvolvimento de processos desadaptativos da esfera da SM. “Aceitar e integrar o valor e papel do grupo com a flexibilidade e atenção requeridas em tudo o que diz respeito à autonomização crescente [do adolescente] é, também, uma tarefa importante da família nesta etapa do seu desenvolvimento” (Relvas & Alarcão, 2002, p. 184). “É importante que os pais não sejam excessivamente críticos em relação às amizades dos filhos. (...) A pertença a um grupo estabelece a transição de um papel como [adolescente] e membro da família para o papel de um adulto independente” (Zal, 1992, p. 47).

#### **1.1.4 – Autoconceito e autoestima**

O autoconceito e a autoestima estão ligadas entre si fazendo parte do conceito geral do *self*. A autoestima resulta da relação entre o autoconceito real e o ideal, ou seja, resulta da relação entre a forma como a pessoa se percebe e a forma como gostaria de ser,

sendo a característica mais importante do autoconceito (Fox, 1988; Azevedo & Faria, 2004; Romano et al, 2007; Valente, 2002 como citado em Feliciano, 2010).

O autoconceito é a imagem que cada um tem de si enquanto ser individual munido de uma panóplia de atributos e características pessoais que se espelham no desenvolvimento do seu autoconhecimento (Coll et al., 2004), ou seja, é um conjunto de avaliações que se referem a características pessoais e de desempenho constituídas por crenças sobre si próprio (Guimarães, 2012).

É na adolescência que o autoconceito sofre várias modelações e consolidações através das experiências com os pares, visto que é nesta fase que os adolescentes tendem a integrar várias experiências sociais nas representações que fazem de si mesmos podendo ser influenciados não só pela idade, mas também pelo género (Maia et al., 2008 como citado em Guimarães, 2012).

A autoestima consiste na forma como o adolescente se autovaloriza do ponto de vista afetivo e social (Avanci et al., 2007).

“O autoconceito e a autoestima são os dois termos que maior destaque tem na temática do conhecimento do *self*, uma vez que são duas entidades psicológicas distintas, que reenviam para diferentes formas de avaliação do *self*” (Peixoto & Almeida, 1999, como citado em Gonçalves, 2012, p.7) “O grupo de pares assume um maior destaque em especial na adolescência, onde as opiniões dos colegas e amigos vão influenciar a sua autoimagem” (Louro, 2013, p.53).

Neste contexto, o autoconceito e as suas dimensões, por vezes atuam como fatores protetores ou até de risco, conforme as situações e representam um elemento central da personalidade que organiza a ação, podendo facilitá-la ou inibi-la conforme seja respetivamente positivo ou negativo (Guimarães, 2012; Rodrigues & Batista, 2014). Dos múltiplos fatores que contribuem para o desenvolvimento do adolescente, destacam-se a família, os fatores relacionais e interpessoais e a escola.

### **1.1.5 – A Escola**

A escola é um local importante para a construção e consolidação do autoconceito. A sua importância decorre de vários aspetos nomeadamente, das interações que podem originar sentimentos de animosidade, rejeição, discriminação, aceitação ou popularidade

e permitir processos de comparação social, o que se reflete na diferente forma com que os adolescentes vão construindo o seu autoconceito. Torna-se fundamental investir em medidas de apoio aos adolescentes que promovam um autoconceito e uma autoestima positiva, facilitando desta forma os processos de transição, possibilitando uma adaptação eficaz que lhes permitam lidar com as mudanças intrapessoais e contextuais adequadamente (Rodrigues & Batista, 2014).

O objetivo da escola não deve ser apenas um lugar onde se produz educação e conhecimento de forma eficaz, mas um lugar onde exista interesse e que haja saúde de todos os seus membros, nomeadamente SM. As mudanças como as novas descobertas, novas amizades e relacionamentos que frequentemente ocorrem, bem como as exigências no desenvolvimento de responsabilidades, são geradoras de stress e encontram-se muitas vezes associadas a angústias, conflitos internos e indecisões que podem representar uma sobrecarga de emoções, alternando assim os sentimentos entre os atributos e as vulnerabilidades que encontram, levando o adolescente ao sofrimento psíquico, por vezes diário, constituindo um fator de alto risco para o processo de adoecer mental. Neste contexto, a educação em saúde na escola deve ocorrer mediante o processo em que se procura colaborar na formação de um pensamento crítico reflexivo do estudante, que tenha como resultado a aquisição de práticas que visem promover, manter e recuperar, no contexto específico, a sua SM (Moreira & Bastos, 2015; Costa et al., 2013; Rosvall & Nilsson, 2016, como citado em Silva et al, 2019). Nesta linha de pensamento, a escola é considerada um agente crucial no desenvolvimento dos adolescentes devido à promoção da aquisição de competências para a saúde (*empowerment*) que potenciam os fatores pessoais protetores, o que vai ao encontro de um modelo de saúde salutogénico. Esta capacitação resulta de um equilíbrio dinâmico nas relações interpessoais significativas e gratificantes, da gestão de emoções e da compreensão das implicações das suas escolhas individuais (DGS, 2015).

A adolescência é um momento único, crítico da vida, que molda as pessoas para a vida adulta, ou seja, é uma época em que os adolescentes se tornam indivíduos independentes, criam novos relacionamentos, desenvolvem habilidades sociais e aprendem comportamentos que vão durar o resto de suas vidas. Enquanto a maioria dos adolescentes tem uma boa SM, múltiplas mudanças físicas, emocionais e sociais, podem tornar os adolescentes vulneráveis a condições de SM (WHO, 2020). Assim, a adolescência é considerada um dos períodos mais desafiadores, em que os adolescentes

podem enfrentar problemas de SM devastadores, como depressão associada frequentemente à vivência de eventos traumáticos<sup>1</sup> (UN, 2014), ansiedade, automutilação, suicídio, consumo de substâncias, comportamentos sexuais de risco, etc. Muitos destes problemas estão vinculados a determinantes sociais e normas sociais mais amplas como pressões para se identificarem com ideais sobre imagem corporal “Falácia da beleza e da perfeição”, adoção de modelos sociais ideais do momento “Falácia da crista da onda”, normalização do consumo recreativo nos mídias, a exclusão social, às rápidas mudanças fisiológicas e neurológicas “Falácia da maturidade” e ao desejo de exploração e experimentação (OMS, 2018), tornando a vivência da adolescência um verdadeiro desafio à sobrevivência.

Limitações na capacidade dos adolescentes em gerir as suas emoções, levam a que os mesmos adotem comportamentos de risco que têm impacto sobre a saúde entre pares. Fatores contextuais como a exposição à violência na escola, *Bullying*, o consumo de substâncias, comportamentos sexuais de risco podem aumentar a probabilidade de comportamentos de risco que contribuem para o desenvolvimento de perturbações mentais (UN, 2014), ou seja, podem contribuir negativamente para o bem-estar físico e mental de um adolescente (WHO, 2020).

É importante destacar que o *Bullying* é considerado um problema emergente nos países desenvolvidos em que as vítimas e os agressores apresentam maior risco de desenvolver problemas da esfera da SM. Este problema é mais frequente durante o ensino básico, com tendência a dissipar-se no ensino secundário (Nansel et al., 2001, como citado em UN, 2014). O consumo de substâncias e a doença mental podem andar de “mãos dadas”<sup>2</sup>, estimando-se que 15% dos adolescentes portugueses já experimentaram o consumo de cannabis, considerada a substância de maior consumo na adolescência (Lopes et al., 2017).

Neste contexto, apesar do adolescente ser exposto a diferentes fatores de risco, não é preditivo o desenvolvimento de problemas do foro da SM. Esta evidência ocorre devido ao desenvolvimento da resiliência dos adolescentes associada aos fatores protetores.

---

<sup>1</sup> Os eventos traumáticos mais comuns são a agressão física e verbal, a violência doméstica, a incapacidade do cuidador e a vivência emocional extrema como a experiência da morte ou doença inesperada de uma pessoa próxima, divórcios, hospitalização, nascimento de um irmão, mudança de escola (Briggs et al., 2013, como citado em UN, 2014; CNS, 2019).

<sup>2</sup> Vários estudos sugerem a relação entre o consumo de cannabis e o aparecimento de esquizofrenia na adolescência.

Ou seja, existem vários fatores envolvidos na capacidade de resiliência dos adolescentes, nomeadamente, fatores de risco e fatores protetores. Estes fatores podem ser pessoais, familiares, interpessoais e comunitários. (Jardim & Pereira, 2006; Murphey et al., 2013).

**Tabela 1 – Fatores de Resiliência**

	<b>Fatores de Risco</b>	<b>Fatores protetores</b>
<b>Pessoais</b>	baixa autoestima, autoconceito negativo, dificuldades de aprendizagem, perturbações mentais, incapacidade de gestão emocional	pensamento e autoconceito positivo, locus de controlo interno, autoestima elevada, autorregulação emocional
<b>Familiares</b>	negligência parental, desorganização familiar, falta de suporte, conflitos familiares	suporte e orientação parental, comunicação funcional na família, organização familiar
<b>Interpessoais</b>	isolamento social, rejeição pelos pares	apoio dos pares, estabelecimento de vínculos afetivos, relações positivas
<b>Comunitários</b>	pobreza, desorganização comunitária, fatores stressantes do meio envolvente	comunidade organizada, participação em atividades da comunidade

Adaptado de Sousa, 2015

Neste sentido é fundamental potenciar o equilíbrio entre a presença de fatores de risco e fatores protetores (CNS, 2019). Segundo Patel e Goodman (2007), os fatores protetores podem apresentar diferentes funções, nomeadamente, proteger o adolescente de experienciar um fator de risco, diminuir a exposição ao risco, ou reduzir o impacto do fator de risco. Destacam-se como fatores protetores cumulativos promotores da SM do adolescente, o clima familiar, o suporte parental e social e os recursos pessoais, como a capacidade de resiliência, a autoeficácia, autoestima positiva e satisfação com a vida (CNS, 2019; UN, 2014; Wille, et al, 2008). O desenvolvimento dos fatores protetores baseia-se nas competências comunicacionais, nas relações estáveis, na existência de ambientes protetores (ex. a escola) seguros responsáveis pela promoção da autoestima, e no apoio da comunidade (CNS, 2019). Neste sentido torna-se fulcral identificar e compreender precocemente os fatores que podem ter um papel ativo na prevenção e proteção dos problemas do foro mental. A sua compreensão permite ao EESMP ajudar o adolescente a potenciá-los, modificando e/ou eliminando fatores de risco o que facilita a vivência dos processos de transição e da tomada de consciência da sua SM.

Neste contexto, promover o bem-estar psicológico, emocional e social dos adolescentes e protegê-los de experiências adversas e fatores de risco que possam afetar o seu potencial de prosperar não são apenas fundamentais para seu bem-estar, mas também para sua saúde física e mental na vida adulta (WHO, 2020).

## 1.2 – SAÚDE MENTAL

As perturbações mentais são definidas como, problemas de SM, sintomas e doenças, que envolvem sofrimento psíquico e emocional que pode ser transitório ou permanente, afetando a realização pessoal e a satisfação multidimensional com a vida (WHO, 2003).

Atualmente, é evidente que as perturbações mentais e os problemas relacionados com a SM se tornaram a principal causa de incapacidade e uma das principais causas de morbidade e morte prematura, principalmente nos países ocidentais industrializados (DGS, 2012).

As perturbações mentais, são responsáveis por mais de 12% da carga global de doença em todo mundo. As perturbações mentais são consideradas a principal causa de incapacidade na Europa o que corresponde segundo o estudo “The Global Burden of Disease” em termos de carga da doença (medida em anos de vida ajustados à incapacidade – DALY) a 40%. Em Portugal representam 11,75% da carga global da doença, ocupando o segundo lugar. (DGS, 2012; DGS, 2016a; CNS 2019).

No entanto, mais do que focar a atenção nas perturbações mentais, é fundamental destacar as dimensões positivas da SM. Esta perspetiva da SM, pode ser definida como um estado de bem-estar no qual o indivíduo expressa as suas capacidades, enfrenta os acontecimentos geradores de stress normais da vida, trabalha ativamente e de forma produtiva contribuindo para a comunidade (OMS, 2002). Na mesma linha o CNS (2019) define a SM como um conjunto de práticas de natureza comunitária e institucional que visa a dimensão do bem-estar, enquanto componente fundamental da saúde de cada indivíduo, e que desde o início a OMS considerou fundamental. A SM, pode ser afetada por uma série de fatores socioeconómicos que devem ser abordados através de estratégias integrais de promoção, prevenção, tratamento e recuperação (WHO, 2013).

O plano nacional de saúde 2007-2016 refere que as necessidades no âmbito da SM são de tal magnitude que exigem respostas atempadas e criativas dos serviços de saúde, com o envolvimento de outras estruturas públicas e de instâncias da comunidade, no âmbito de uma política nacional clara, dinâmica e adaptada à exigência dos nossos dias (DGS, 2008).

Neste contexto, tendo por base a população em estudo (a adolescência), a SM pode ser definida como o núcleo central de intervenção em contexto escolar, valorizando a promoção de competências sociais e emocionais, que contribuem para o bem-estar emocional, social e psicológico dos adolescentes, ou seja, para a “melhoria dos comportamentos sociais, atitudes mais satisfatórias para com o próprio e os outros, redução do sofrimento emocional, sucesso académico” (DGS, 2015, p. 79). O sofrimento emocional acentuado manifesta-se por dificuldades ao nível da aprendizagem, da atenção e da instabilidade psicomotora, do comportamento, da indisciplina e da violência, auto ou heterodirigida (DGS, 2015). Neste sentido, a SM refere-se à conquista de metas desenvolvimentais e emocionais, ao desenvolvimento social e aquisição de estratégias de *coping* eficazes que apresentam um impacto positivo significativo na qualidade de vida e funcionamento em casa, na escola e comunidade (Perou, et al, 2013, como citado em Kumar et al., 2020).

A “... importância da saúde mental como meio condutor na promoção das competências socioemocionais torna a escola mais desafiadora, envolvente e significativa, com climas favoráveis de aprendizagem, pertença, sucesso e diminuição dos comportamentos de risco, traduzindo-se em ganhos para a saúde” (Leite & Carvalho, 2018, p.48). Aquisição gradual de competências que todas as pessoas precisam de ter para se adaptarem às adversidades do dia a dia, alcançando o sucesso no seu projeto de vida. (DGS, 2015), ou seja, de acordo com o plano de Ação para a Saúde Mental 2013-2020, uma boa SM permite a qualquer pessoa perceber e aumentar o seu potencial, lidar com o stresse da vida, trabalhar produtivamente e contribuir para o seu bem-estar social. A adoção de um modelo de saúde positiva constitui um recurso determinante para a promoção do bem-estar enquanto parte integrante da saúde global, e pode ser enquadrado no conceito de Saúde Mental Positiva. Este conceito baseia-se na promoção de ações no sentido de reforçar e potenciar a SM na sua generalidade, tendo por base princípios ligados à psicologia positiva e à

aceitação dos momentos de mal-estar, tais como a tristeza, a decepção e a doença como normais na vida, uma vez que a mente precisa expressar toda a sua complexidade no dinamismo que oscila entre o amor e a dor, a vida e a morte, a tristeza e a alegria: a) aceitar todas as emoções (negativas e positivas) como essenciais à vida; promover a resiliência como forma de adaptação a situações negativas, evitando que se prologuem mais que o estritamente necessário; b) procurar levar a pessoa a estar e a sentir-se o melhor possível dentro das circunstâncias específicas em que se encontra. (Lluch-Canut, 2008, como citado em, Leite & Carvalho, 2018, p.48)

### **1.2.1 – Impacto da saúde mental na adolescência**

A OMS estima que cerca de 20% das crianças e adolescentes apresente pelo menos uma perturbação mental antes de atingir os 18 anos de idade. Esta estimativa é confirmada pelos dados da OMS - Região Europeia e da Academia Americana de Psiquiatria da Infância e Adolescência, indicando que uma em cada cinco crianças apresenta evidência de problemas mentais e que destas, cerca de metade tem uma perturbação psiquiátrica. (DGS, 2018, p. 17)

As condições de SM são responsáveis por 16% da carga global de doenças nos adolescentes. Metade das condições de SM começa aos 14 anos, no entanto a maioria não é detetada e tratada (WHO, 2013). Em Portugal, apenas 1/5 das crianças/adolescentes recebem tratamento adequado (Conselho Nacional de Saúde Mental (CNSM), 2009). Em 2010, verificou-se a maior carga de doença expressa em anos de vida perdidos ao nível das perturbações mentais e comportamentais, nomeadamente nas crianças e nos adolescentes, em que 22% apresentam pelo menos uma perturbação mental, com forte impacto na aprendizagem, atenção e no comportamento. Este impacto provoca um sofrimento emocional atroz. (DGS, 2015).

As perturbações emocionais geralmente surgem durante a adolescência. Além da depressão ou da ansiedade, os adolescentes podem também sentir irritabilidade, frustração ou raiva excessivas. Os sintomas podem sobrepor-se em mais de uma perturbação, com mudanças rápidas e inesperadas no humor e explosões emocionais (WHO, 2020). De acordo com a DGS (2013, p.11), “a prevalência das perturbações emocionais e do comportamento (...) no adolescente tem vindo a aumentar (10-20%)”, podendo ser profundamente incapacitantes.

Em todo o mundo, a depressão é a 9ª causa de doença e incapacidade entre todos os adolescentes e a ansiedade é a 8ª principal causa. Na pior das hipóteses, a depressão pode levar ao suicídio. O suicídio é considerado a terceira causa de morte em jovens de 15 a 19 anos (WHO, 2020). Neste contexto, é devido sobretudo à vivência de questões existenciais como o sentido da vida ou a compreensão da morte, que o adolescente desenvolve estratégias, muitas vezes centradas na ideação suicida (OE, 2012). Esta possui como fatores de risco, a depressão, a desesperança, a impulsividade, distúrbios do sono e a influência das redes sociais (Soares et al., 2020).

Para além das perturbações referidas destacam-se ainda a esquizofrenia, a perturbação afetiva bipolar, o abuso de álcool e a violência (UN, 2014).

Sinais de perturbações mentais podem ser negligenciados por uma série de razões, tais como a falta de conhecimento ou conscientização sobre SM ou o estigma que impedem os adolescentes de procurar ajuda (WHO, 2020).

Neste sentido, é fundamental uma intervenção precoce, no sentido de minimizar o possível impacto do adoecer mental no adolescente. No entanto, esta intervenção precoce só é possível se for considerado, se existir consciência e conhecimento de um conjunto de sinais de alerta relacionados com a SM, como: somatizações persistentes, humor depressivo, ideação suicida, tentativas de suicídio, ansiedade excessiva, insónia grave e persistente, preocupações alimentares, impulsividade e comportamentos antissociais (CNSM, 2009).

Os adolescentes encontram-se mais vulneráveis a fatores stressores impostos pelo crescimento ou pela exposição a fatores de risco, que apresentam impacto muito significativo na sua SM (WHO, 2006). Os potenciais problemas da esfera da SM decorrentes da vivência destes fatores stressores, são muitas vezes considerados um peso na adolescência, com repercursões na escola, nas relações familiares e com os

pares, na qualidade de vida e na capacidade de participar ativamente na comunidade. Ou seja, os problemas da esfera da SM, na adolescência, apresentam desta forma, um impacto incalculável a nível individual, cultural, social e económico (UN, 2014; Wille et al., 2008).

### **1.2.2 – Promoção da saúde mental**

A Promoção da Saúde é o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, o indivíduo ou o grupo devem estar aptos a identificar e realizar as suas aspirações, a satisfazer as suas necessidades e a modificar ou adaptar-se ao meio. Assim, a saúde é entendida como um recurso para a vida e não como uma finalidade de vida. (OMS, 1986, p.1)

Nesta linha de pensamento, promover a SM nos adolescentes é considerado, portanto, uma prioridade absoluta, urgente e necessária. Para tal efeito deve-se potenciar a SM e melhorar as “defesas” biopsicossociais que oferecem proteção face ao impacto das perturbações mentais (Garcia, 2016). A promoção da SM pode ser realizada em diferentes *settings*, dos quais se destaca a escola, contexto onde se irá realizar a presente investigação, orientada para a maximização das competências socioemocionais positivas dos adolescentes (DGS, 2016b). Ou seja, a promoção da SM, tem como grande objetivo, o empoderamento psicológico e social dos adolescentes de conhecimentos de forma a que experienciem sentimentos positivos e de controlo, permitindo-lhe desenvolver estratégias de *coping* para melhorar a capacidade de adaptação às diferentes adversidades e meio. O desenvolvimento das estratégias de *coping* traduzem-se na maximização do bem-estar pessoal, fomentando a capacidade de decidir e de atuar de forma autónoma, no contexto específico, torná-los capazes de viver com melhor qualidade de vida e de lidar com as limitações impostas por eventuais processos de adoecer da esfera da SM (OMS, 1986; Carvalho & Gastaldo, 2008).

Neste contexto, os adolescentes devem ser vistos como um grupo alvo prioritário para iniciativas de promoção da SM, por três grandes razões: pelo risco natural de poderem desenvolver uma perturbação mental ou desencadear um processo complexo de adoecer mental; pelo facto da maior parte dos problemas de SM, aparecerem durante a adolescência; e pelo facto do preconceito e do estigma associados a problemas de SM, surgirem a partir dos 5 anos de idade, sendo a adolescência uma fase em que as atitudes podem ser alteradas. (Corrigan & Watson, 2002; Patel & Goodman, 2007; Kelly et al., 2007; European Commission & Portuguese Ministry of Health, 2010; como citado em Campos et al., 2012).

Neste sentido, a criação de projetos de intervenção que visem a promoção da SM orientados para uma dimensão de “saúde mental positiva” iria “... proporcionar: uma maior literacia sobre SM, orientação sobre o reconhecimento das próprias emoções, pensamentos e comportamentos, aprendizagem das características psicossociais positivas que devem ser otimizadas e potencializadas, etc.” (Garcia, 2016, p.18-19), promovendo desta forma uma participação mais ativa do adolescente na sua SM.

Face ao exposto e como forma de dar resposta ao construto de SM do CNS (2019), ao que o Plano de Saúde Mental 2007-2016 e o Plano de ação de saúde mental 2013-2020 da WHO (2013) preconiza, surge o projeto de criação do Observatório de Saúde Mental de um concelho da região centro, que tem como principal finalidade dar resposta à necessidade de promover

a componente positiva da Saúde Mental e integrar a promoção da saúde e do bem-estar mental nas estratégias de promoção e proteção da saúde da população, [no contexto específico do presente estudo dos adolescentes do 2º e 3º ciclo e ensino secundário de um concelho da região centro], de forma abrangente e intersectorial, envolvendo áreas como a saúde, o setor social, a educação, as políticas de emprego e locais de trabalho, a justiça, entre outros (CNS, 2019, p.64),

contribuindo para a redução do impacto das perturbações mentais dos adolescentes.

A criação do Observatório de Saúde Mental de um concelho da região centro, irá contribuir para empoderar os adolescentes, de conhecimento, em contexto escolar,

através de ações de sensibilização sobre SM, e combater de certa forma o preconceito e o estigma que ainda se encontra bastante enraizado na sociedade em geral. As ações de sensibilização passarão especificamente pela abordagem: de como ajudar alguém que necessita; dos conceitos de bem-estar, SM, processo de adoecer mental; agentes promotores de crise na adolescência, como a escola, a família, as relações interpessoais e intrapessoais; fatores protetores e de risco para a SM; stress e sintomatologia ansiosa; sintomatologia depressiva e comportamentos suicidários.

Esta abordagem vai ao encontro do que a DGS (2016b), preconiza como estratégia prioritária de promoção de SM positiva em contexto escolar, com o propósito de “manter, fortalecer, maximizar e incrementar, o nível de bem-estar mental inserida no âmbito da reabilitação da saúde mental (*Recovery*)” (Lluch-Canut, 2014, p.2).

As consequências de não se abordar as condições de SM dos adolescentes através deste tipo de estratégia, estendem-se até a idade adulta, prejudicando a saúde física e mental e limitando as oportunidades de levar uma vida plena como adultos (WHO, 2020).

### 1.3 - O CAMINHO DO CUIDAR RUMO À MUDANÇA EM SAÚDE MENTAL

A enfermagem enquanto disciplina científica e enquanto ciência, é considerada uma ciência humana prática, com um corpo de conhecimentos específicos, que tem como pedra basilar uma ação teórica e reflexiva que se concretiza numa relação do cuidar entre enfermeiros e utentes (Meleis, 2012). É considerada uma ciência prática de ação em que os enfermeiros “atuam, colocando em ação conhecimentos aprendidos e a experiência própria, capacidades pessoais como a intuição e princípios científicos resultantes da investigação” (Queirós, 2016a, p.1). Fazem-no, considerando a melhor forma de concretizar o cuidar, tendo em conta a pessoa, a situação e o contexto, assente numa conduta ética e deontológica específica. O que os enfermeiros fazem na sua ação, enquanto facilitadores nos processos de transição processuais, desenvolvimentais, situacionais, organizacionais, saúde/doença promovendo a saúde e o bem-estar, é utilizar um conjunto de conhecimentos que recriam enquanto atuam, e ao recriarem encontram novas soluções como é o caso do projeto de criação do **Observatório de Saúde Mental de um concelho da região centro**, novos processos, criando novos conhecimentos. Constroem desta forma conhecimento próprio de enfermagem que ao ser sistematizado num processo de reflexão sobre a reflexão na ação, partilhado e

validado pelos seus pares, se transforma e dá visibilidade à ciência de enfermagem. Neste contexto, é visível o papel facilitador que os enfermeiros desempenham nos processos de transição, tendo por base um método desenvolvido com base em teorias de enfermagem (Queirós, 2016b).

Os processos de transição “...são complexos, exigindo à enfermagem como disciplina e como uma arte, (...) [ser] um veículo que permita a transformação do saber e da técnica em sabedoria, num bem colocado ao serviço dos outros” (Baixinho et al., 2014, p.173).

A atividade de cuidar de pessoas é algo inerente à condição humana, foi e é, fator de desenvolvimento e sobrevivência da espécie. Ao longo do tempo, no desenvolvimento histórico, vêm-se concretizando iniciativas, esforços, para definir um corpo de conhecimentos de base científica que oriente e dê sentido ao cuidar. O surgimento de diversos modelos conceptuais e de teorias de cuidados vão nesse sentido tentando esclarecer o como e o porquê da enfermagem. (Cushing, 1994; Fawcett, 1991; Medina, 1994 e 1999, como citado em Queirós & Figueiredo 2015, p.2)

Assim considera-se o cuidar como a essência da condição humana. Neste sentido, uma visão humanista do cuidar é crucial para compreender o utente enquanto ser humano (Queirós et al., 2016).

O background de conhecimentos que o enfermeiro mobiliza no cuidar, contempla o conhecimento transmitido entre enfermeiros e enfermeiros/utentes; a partilha de conhecimentos e experiências diversificadas nas equipas e cultura profissional, o que se reflete na equipa do **Observatório de Saúde mental de um concelho da região centro**; o conhecimento estético; emancipatório potenciando a capacidade dos adolescentes para cuidarem de si próprios tendo por base o empoderamento/desenvolvimento de novas competências que reduzam o impacto das perturbações mentais ou do processo de adoecer mental; simbólico e sinótico; que são fundamentais para do ponto de vista reflexivo ajudar a definir o que poderá ser a melhor abordagem para cada contexto específico (escola) do ponto de vista organizacional e na tomada de decisão na prática do cuidar em SM.

São conhecimentos assentes numa conduta ética e deontológica bem estruturada, que refletem de forma clara e objetiva o que se pretende fazer com a criação do **Observatório de Saúde Mental de um concelho da região centro**, e que espelham simultaneamente o que se pretende alcançar enquanto pessoas, profissionais e enquanto profissão (Vieira, 2007). Este cuidar é considerado o cuidar profissionalizado integral que considera “...todas as dimensões, o cuidar do outro, o cuidar de si e o cuidar da natureza, todos os três em estreita ligação, já que o contexto é algo inerente à condição humana, à condição da sua existência num percurso vivencial” (Queirós et al., 2016, p.87). Este cuidar que engloba a dimensão vital da SM.

A evolução da enfermagem foi alcançando, ao longo da sua história, maior relevo, para o qual contribuíram vários autores, construindo um forte referencial teórico e concetual válido, ou seja, uma identidade própria, de enorme valor e importância pela sua natureza e pelo valor que acrescenta nas sociedades. A enfermagem existe em função de uma prática que justifica a sua ação.

A ação de enfermagem é geradora de conhecimento e ao mesmo tempo utilizadora de saberes próprios e emprestados. “O saber de enfermagem caracteriza-se epistemologicamente como um conhecimento prático que, por sua própria natureza é pessoal e tácito (...). Este saber prático reflexivo existe na ação profissional de maneira implícita e pessoal, desenvolvendo-se numa realidade complexa. (Medina-Moya, 2008 como citado em Queirós, 2014, p.778)

No entanto, a enfermagem enquanto disciplina do conhecimento não se esgota na sua dimensão prática, sendo caracterizada segundo Meleis (2012) como uma ciência humana prática, com uma tradição de cuidar e uma orientação para as questões de saúde, nomeadamente, a SM considerada pela ONU, OMS e DGS. A criação do **Observatório de Saúde Mental de um concelho da região centro**, é reconhecida pela ONU como uma intervenção pioneira de SM de boa prática.

### 1.3.1 – Transição e adaptação durante a fase da adolescência

Há luz da teoria das transições de Afaf Meleis, uma transição é um conceito basilar em enfermagem, que consiste na passagem de um estado para outro, como resultado de uma mudança ou processo, com um sentido de progresso e evolução (Meleis, 2010; Meleis & Trangenstein, 1994). Neste contexto, considerando-se a adolescência como um período de múltiplas transições, que pode ser considerado crítico no que concerne ao bem-estar e aquisição de competências para o futuro, o foco de atenção dos enfermeiros deverá ser as respostas humanas dos adolescentes aos processos de transição que vivenciam. As transições, durante a fase da adolescência, podem ser analisadas com base em diferentes dimensões, nomeadamente, a natureza das transições, as condicionantes das transições, os padrões de resposta e intervenções terapêuticas de enfermagem.

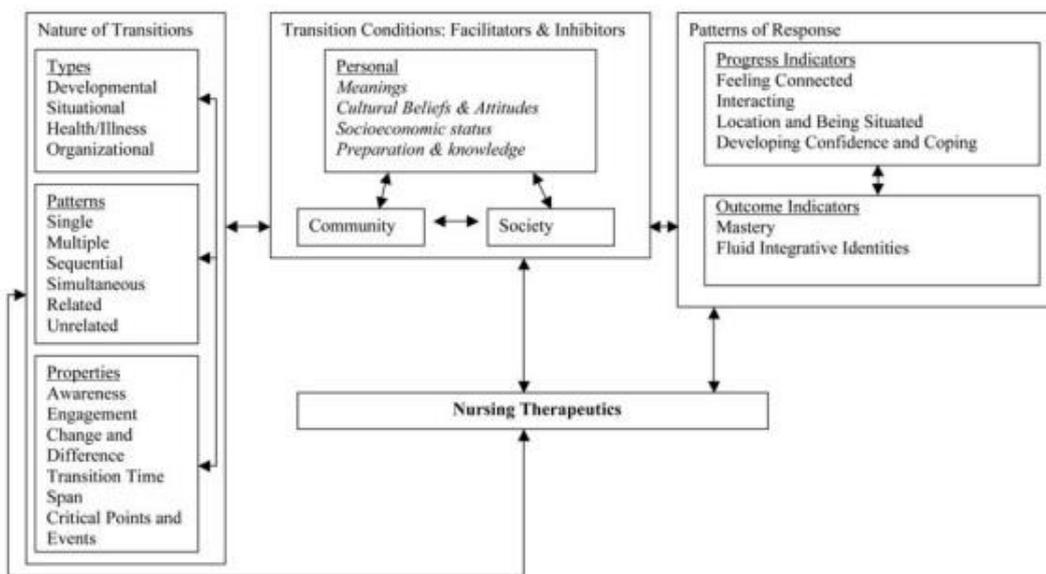


Figura 1 – Transições: uma teoria de médio-alcance (Meleis, 2010, p.56)

#### Natureza da transição

A natureza das transições pode ser caracterizada tendo em conta diferentes dimensões: o tipo, o padrão e as propriedades da transição. Quanto ao tipo, a transição pode ser caracterizada como desenvolvimental, situacional, saúde-doença e organizacional (Meleis, 2010). Este tipo de transição, que ocorre na adolescência, desperta interesse na comunidade científica, devido ao facto de estarem associadas ao desenvolvimento de

potenciais problemas da esfera da SM. Estes apresentam como algumas das potenciais causas, problemas de identidade, construção do *Self* (transição desenvolvimental), consumo de substâncias, infecções sexualmente transmissíveis (transição saúde-doença), gravidez na adolescência (transição situacional), entre outros. Ou seja, considera-se a adolescência um período potencialmente crítico durante o qual é importante compreender se o adolescente vivencia diversos processos de transição sequenciais ou em simultâneo (Meleis, 2010; Jacob et al., 2017). Neste sentido, para que os processos de transição vivenciados na adolescência sejam bem-sucedidos, é fundamental que o adolescente tome consciência das mudanças que vão ocorrer, potenciando um maior envolvimento. Estes processos apresentam frequentemente como ponto de gatilho um evento crítico ou marcante. Um exemplo destes eventos é a puberdade (Meleis, 2010; Jacob et al., 2017).

### **Condicionantes da transição: Fatores facilitadores ou inibidores**

As respostas do ser humano aos processos de transição são influenciadas por fatores pessoais (individuais, desenvolvimentais), ambientais e sociais. Estes fatores podem ser facilitadores ou inibidores no decurso positivo dos processos de transição (Meleis, 2010). Neste contexto, o enfermeiro assume um papel fulcral na identificação precoce dos fatores facilitadores e inibidores dos processos de transição, contribuindo para uma maior compreensão do adolescente. Este processo permite uma intervenção terapêutica de enfermagem funcionando como fator influenciador, mediador e facilitador dos processos de transição (Chick & Meleis, 1994, como citado em Lenz, 2001), nos quais se espera uma perda da estabilidade proporcionada pela família e escola associada à constante exposição a fatores de risco (Lenz, 2001; Meleis, 2010).

O estigma, as crenças culturais, o *status* socioeconómico, podem ser considerados fatores inibidores ou facilitadores, desempenhando um papel fundamental na forma como o adolescente vivencia os processos de transição (Meleis, 2010).

Neste contexto, o enfermeiro assume um papel primordial, facilitador na preparação e conhecimento do adolescente referente aos processos de transição que poderão ocorrer. Esta preparação é realizada através da ajuda no desenvolvimento de estratégias de *coping*, o que contribui para o aumento da capacidade de resiliência. Estas características pessoais são fundamentais para a conclusão saudável desta fase de

desenvolvimento. Para além das condições pessoais, também as condições da comunidade e da sociedade, como a existência de apoio familiar e social, de recursos instrumentais, de representação social e estereótipos, podem também facilitar ou dificultar a transição (Meleis, 2010).

### **Padrões de resposta**

Uma transição é determinada pelos padrões de resposta do indivíduo, no contexto específico, o adolescente, ao processo de transição, tendo por base indicadores de processo e de resultado (Meleis, 2010).

Os indicadores de processo são considerados padrões de comportamento que podem ter um impacto positivo ou negativo influenciando a transição. Os processos de transição são possíveis através de uma relação empática que pode ser desenvolvida através da interação e do contacto com os adolescentes, pares e família. Esta relação empática terapêutica deve ser iniciada precocemente, identificando e preparando o adolescente para a transição que vai vivenciar. Durante a transição, a relação empática estabelecida, apresenta igualmente um papel preponderante, funcionando como elemento facilitador na desconstrução do significado das vivências e na sua integração. A integração desta transição é facilitada através da autoconsciência que se manifesta pela capacidade de o adolescente se localizar e situar e de autorreflexão sobre o caminho que a transição vivenciada o fez trilhar e sobre os mecanismos/estratégias de  *coping*  utilizadas e desenvolvidas. Este processo de tomada de consciência tem um impacto positivo no nível de confiança decorrente do processo de mudança (Meleis, 2010).

Os indicadores de resultado espelham-se na mestria das novas capacidades desenvolvidas que ao serem integradas contribuem para o desenvolvimento de uma nova identidade. Neste contexto, a aquisição de novas competências e comportamentos permitem gerir novas situações e desafios. O processo de mudança promove a construção de uma nova identidade, nomeadamente, a fluidez e adaptação do  *self*  (Meleis, 2010).

### **1.3.2 – O papel do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria nos processos de transição**

A adolescência é uma vivência única, rica em oportunidades de desenvolvimento. Neste sentido, é fundamental identificar precocemente as dificuldades com potencial impacto na SM, de forma a garantir a sua prevenção e tratamento (CNS, 2019). Ou seja, à luz da teoria das transições de Afaf Meleis o enfermeiro deve avaliar continuamente, identificar potenciais transições/necessidades ou riscos nos adolescentes e intervir de forma a promover a aquisição de conhecimentos e o desenvolvimento de estratégias de  *coping*  que contribuam para a adoção de processos de mudança saudáveis manifestados por comportamentos adaptativos (Bittencourt et al., 2018; Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, 2009).

Os cuidados de enfermagem de SM, devem assentar numa abordagem integrada, em que o contexto familiar assume especial destaque no desenvolvimento individual do adolescente, visando a promoção da SM, “...na prevenção, no diagnóstico e na intervenção perante respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, geradores de sofrimento, alteração ou doença mental” (Regulamento nº515/2018, p.21427). Assim, o EESMP desempenha um papel fundamental na promoção da SM, nomeadamente no desenvolvimento de estratégias de  *coping*  e resolução de problemas, potenciando uma sensação de uma maior autoconfiança e consequente bem-estar e autoestima.

Neste contexto, o EESMP deve ser um elemento facilitador durante todo o processo de transição, promovendo o bem-estar multidimensional individual (Bittencourt et al., 2018).

A criação do **Observatório de Saúde Mental de um concelho da região centro**, vai ao encontro das competências do EESMP, nomeadamente: assistir a pessoa ao longo do ciclo de vida, no contexto específico, a adolescência, família, grupos e comunidade, na otimização da SM; na implementação de programas centrados na população que promovam o empoderamento que previnam e reduzam o risco de doença mental ou do processo de adoecer mental; na implementação de programas de promoção da SM na escolas, contexto fulcral no desenvolvimento do adolescente, visando a redução de fatores de stress, a gestão de conflitos e o comportamento agressivo... que possam contribuir para o surgimento de comportamentos desviantes nos adolescentes e de

problemas da esfera da SM, bem como programas de deteção e intervenção precoce; na conceção de estratégias de empoderamento que permitam ao adolescente desenvolver conhecimentos, capacidades e fatores de proteção, de forma a eliminar ou reduzir o risco de perturbação mental, facilitando os processos de transição (Regulamento nº 515/2018).

A implementação deste tipo de intervenção encontra-se espelhada no Plano Nacional de Saúde Mental (PNSM) e no Plano Nacional de Saúde Escolar (PNSE) no que se refere à necessidade de implementação de programas locais direcionados para a identificação, prevenção e apoio em situações de risco passíveis de desenvolver problemas da esfera da SM (DGS, 2017; DGS, 2006).

O desenvolvimento do novo conhecimento com base em novos projetos, requer que o EESMP o integre continuamente na sua prática desenvolvendo uma prática baseada na evidência, sensível aos cuidados de enfermagem, integrando projetos de investigação, nomeadamente a criação do **Observatório de Saúde Mental de um concelho da região centro**, que contribuem para o desenvolvimento de competências de especialização (OE, 2012). Este novo conhecimento, tem em conta a valorização da experiência vivenciada dos adolescentes e com base nos seus padrões de resposta é evidenciado através da criação de indicadores processuais, que expressam a necessidade do adolescente em sentir-se integrado nos contextos em que está inserido, necessitando de ser empoderado de conhecimento acerca dos recursos disponíveis, que facilitem uma transição saudável. Por sua vez, os indicadores de resultado irão evidenciar que a transição saudável ocorreu na vida dos adolescentes. Esta transição saudável, em que o adolescente desconstrói a sua identidade para a voltar a recriar incorporada de novos conhecimentos, permite a mudança de comportamentos que espelham ganhos em saúde do ponto de vista da SM (Santos et al., 2015).

O presente estudo de investigação encontra-se enquadrado na Investigação em Enfermagem. Esta é um processo sistemático, científico e rigoroso que procura implementar o conhecimento nesta disciplina, respondendo a questões ou resolvendo problemas dos utentes, famílias e comunidades, no contexto específico os adolescentes do 2º e 3º ciclo de escolaridade e ensino secundário no concelho de um concelho da região centro. Engloba todos os aspectos da saúde que são de interesse para a Enfermagem. Inclui, por isso, a promoção da saúde, a prevenção da doença,

nomeadamente na área da SM (International Council of Nurses, 1999, como citado em OE, 2006).

O conhecimento adquirido pela investigação em Enfermagem é utilizado para desenvolver uma prática baseada na evidência, melhorar a qualidade dos cuidados e otimizar os resultados em saúde. Considera-se uma prática de Enfermagem baseada na evidência como sendo a incorporação da melhor evidência científica existente no contexto específico de cariz quantitativo, conjugada com a experiência e com a opinião de peritos (Thompson, 2003& Dale, 2005; como citado em OE, 2006).



## 2 – METODOLOGIA

A opção metodológica que o investigador adota, depende dos seus valores, dos princípios, das preferências, dos interesses, da sua perspetiva, e da forma de obter as respostas para o problema que procura estudar. Estes irão espelhar-se no seu trabalho final. Assim, existem duas perspetivas sobre a natureza da realidade que “(...) têm implicações para os métodos usados para a aquisição do conhecimento. (Falando de modo geral, os métodos de pesquisa são as técnicas usadas pelos pesquisadores para estruturar um estudo e para reunir e analisar informações relevantes à questão de pesquisa)” (Polit et al., 2004, p.29).

Nunca perdendo o horizonte da presente investigação, a qual se irá centrar na **saúde mental dos adolescentes do 2º e 3º ciclo de escolaridade e ensino secundário de um concelho da região centro**, procurou-se delimitar metodologicamente as próximas etapas as quais guiaram o investigador ao longo de toda a investigação.

“A natureza do problema de investigação determina o tipo de método de colheita de dados a utilizar. A escolha do método faz-se em função das variáveis e da sua operacionalização e depende igualmente da estratégia de análise estatística considerada” (Fortin et al., 1999, p.239).

O investigador planeia o caminho que deseja percorrer, ou seja, estrutura qual o desenho de estudo mais adequado de forma a dar resposta às questões de investigação definidas e a ir ao encontro dos objetivos estabelecidos (Fortin, 2009).

O método de colheita de dados e a divulgação de certos resultados de investigação podem, bem entendido, contribuir para o avanço dos conhecimentos científicos, ...” (Fortin et al., 1999, p. 113).

### 2.1 – DEFINIÇÃO DO PROBLEMA E JUSTIFICAÇÃO DO ESTUDO

A inexistência de projetos como a criação do Observatório de Saúde Mental de um concelho da região centro, considerado pela ONU, uma intervenção pioneira de boa prática em SM, a escassez de estudos e o interesse pessoal e profissional, constituíram o

ponto de partida para o desenvolvimento do presente estudo. A escassez de dados empíricos relacionados com a SM dos adolescentes comparada com outras patologias, diminui a sua visibilidade dificultando a sua justificação como uma prioridade de intervenção em saúde (Erskine et al., 2016).

Neste sentido, a identificação e intervenção precoce apresenta um papel vital na infância e na adolescência. Esta é considerada uma prioridade no Plano de Ação para a Saúde Mental 2013-2020 da OMS, apresentando uma relação evidente custo-efetividade da identificação e implementação de intervenções da esfera da SM (WHO, 2013). É neste contexto, que se enquadra a criação do Observatório de Saúde Mental de um concelho da região centro no qual se insere o presente estudo que pretende caracterizar a SM dos adolescentes a frequentar o 2º e 3º ciclo e ensino secundário do conselho de um concelho da região centro para posterior intervenção. A intervenção, especificamente a intervenção precoce, permite contribuir para a efetividade das práticas de promoção da saúde da esfera da SM.

## 2.2 – OBJETIVOS DA INVESTIGAÇÃO

O objetivo do estudo num projeto de investigação enuncia de forma precisa o que o investigador tem intenção de fazer para obter respostas às suas questões de investigação. (...) O objetivo de um estudo indica o porquê da investigação. [e é definido como] um enunciado declarativo que precisa a investigação segundo o nível de conhecimentos estabelecidos no domínio da questão. (Fortin, 1999, p.99 – 100)

Pretende-se a elaboração de um estudo de nível I de conhecimento que consiste na descoberta de fatores, cujo a **finalidade** é caracterizar a SM da população alvo.

Neste sentido, delinearão-se como **objetivos gerais** da investigação:

- 1 – Caracterizar a população em estudo face às variáveis sociodemográficas (sexo, idade, ambiente familiar, grupo de pares e interesse escolar).

2 – Caracterizar a SM dos adolescentes do 2º e 3º ciclo de escolaridade e ensino secundário de um concelho da região centro em relação ao bem-estar subjetivo, resiliência e satisfação com a vida.

3 – Identificar precocemente sinais de potenciais processos desadaptativos de SM nos adolescentes do 2º e 3º ciclo de escolaridade e ensino secundário de um concelho da região centro.

4 – Identificar áreas prioritárias de intervenção em SM nos adolescentes do 2º e 3º ciclo de escolaridade e ensino secundário de um concelho da região centro.

Foram determinados como **objetivos específicos** da investigação:

- a) Determinar o nível de satisfação da população em relação ao ambiente familiar e ao interesse escolar.
- b) Determinar o estado de bem-estar subjetivo dos adolescentes do 2º e 3º ciclo de escolaridade e ensino secundário de um concelho da região centro.
- c) Determinar o nível de resiliência dos adolescentes do 2º e 3º ciclo de escolaridade e ensino secundário de um concelho da região centro.
- d) Determinar o score da satisfação de vida da população

### 2.3 – QUESTÕES DA INVESTIGAÇÃO

Fortin (1999, p.101), define a questão de investigação como “um enunciado interrogativo, escrito no tempo presente, que inclui habitualmente uma ou duas variáveis e a população a estudar”. O mesmo autor cita Talbot (1995), referindo que “as questões de investigação são as premissas sobre as quais se apoiam os resultados da investigação”. As variáveis que serão descritas, surgem a partir dos objetivos da investigação e esmiúça os aspetos a investigar.

Assim, para a investigação desenvolvida determinaram-se as seguintes questões de investigação:

**Q1 – Qual o estado atual de saúde mental dos adolescentes do 2º e 3º ciclo e ensino secundário de um concelho da região centro especificamente no que se refere ao bem-estar subjetivo, à resiliência e à satisfação com a vida?**

**Q<sub>2</sub> – Quais os sinais de potenciais processos desadaptativos de saúde mental nos adolescentes do 2º e 3º ciclo de escolaridade e ensino secundário de um concelho da região centro?**

**Q<sub>3</sub> – Quais as áreas prioritárias de intervenção em saúde mental nos adolescentes do 2º e 3º ciclo de escolaridade e ensino secundário de um concelho da região centro?**

## 2.4 – DESENHO DO ESTUDO

De acordo com Fortin (1999), o desenho de investigação é o plano lógico delineado pelo investigador que visa dar resposta às questões de investigação definidas e contribui para o controlo das “...potenciais fontes de enviesamento, que podem influenciar os resultados do estudo. (...) Ele precisa a forma de colher e de analisar os dados para assegurar o controlo sobre as variáveis em estudo” (Fortin, 1999, p.132).

O controlo é uma das características fundamentais do desenho de investigação, no entanto é impossível controlar-se todas as potenciais fontes de erro. O desenho de investigação deverá contemplar os seguintes elementos: o meio onde será realizado o presente estudo (Escolas de um concelho da região centro); a população em estudo, o método de seleção amostral apropriado e o tamanho da mesma; o tipo de estudo; as estratégias utilizadas para controlo das variáveis estranhas, os instrumentos de colheita de dados e o seu tratamento (Fortin, 1999).

### 2.4.1 – Tipo de estudo

O tipo de estudo descreve a estrutura da investigação, especificando as atividades que permitirão dar resposta às questões delineadas, visando a descrição de variáveis ou de sujeitos, explorar ou avaliar as relações entre as variáveis ou ainda verificar as hipóteses (Fortin, 1999).

Neste sentido, considerando os objetivos e o tipo de questões de investigação delineadas para a presente investigação, foi desenvolvido um estudo de nível I, de cariz quantitativo, que se caracteriza segundo Lakatos e Marconi (2006, p.269) “...pelo emprego da quantificação tanto nas modalidades de coleta de informação quanto no

tratamento delas por meio de técnicas estatísticas, desde as mais simples como percentual, média, desvio-padrão, às mais complexas como coeficiente de correlação, análise de regressão, etc.”, para se alcançarem significações e se poderem generalizar informações da realidade em estudo (Fortin, 1999).

Consideramos também o estudo exploratório, dado que se pretende caracterizar e descrever o fenómeno em estudo, SM dos adolescentes do 2º e 3º ciclo de escolaridade e ensino secundário, e explorar as dimensões definidas deste fenómeno e a forma como o mesmo se manifesta (Sampieri et al., 2013). De referir, que ao explorar os fatores ou conceitos com os quais o fenómeno que se pretende estudar se relaciona ou possa estar associado, o estudo assume um caráter descritivo.

Neste contexto, os estudos de caráter descritivo visam obter mais informação acerca do fenómeno em estudo, presumindo a existência de pouca ou nenhuma evidência desenvolvida no domínio em estudo. Estes tipos de estudos descritivos satisfazem pelo menos dois princípios: a descrição de um conceito relativo a uma população e a descrição das características dessa mesma população (Fortin, 1999).

Fortin (1999), relembra que para a elaboração de um estudo descritivo pode recorrer-se à população ou a uma amostra dessa mesma população, com a ajuda de técnicas de amostragem, preferencialmente probabilísticas.

“Os métodos de colheita de dados são vários (...) [e] podem ser estruturados ou semi-estruturados” (Fortin, 1999, p.162). Na investigação desenvolvida, os dados recolhidos são de natureza quantitativa. Neste sentido, os métodos de estatística descritiva foram os mais apropriados.

Este estudo pode ainda considerar-se transversal, dado que pretendeu “estudar condições de saúde (...) numa população (...) num determinado lugar e tempo” (Fronteira, 2013, p.163).

Neste sentido, considerando-se os pressupostos do desenho de investigação, foi desenvolvido um estudo de nível I, quantitativo, descritivo-exploratório e transversal, direcionados a um grupo único, com recurso a um questionário sociodemográfico, à aplicação das escalas Mental Health Continuum – Short Form (Matos et al., 2010), Eu resiliente (Sousa, 2015), estas encontram-se validadas para a população portuguesa, e a escala Multidimensional de Satisfação de vida (Segabinazi et al., 2010), que se encontra

em processo de adaptação e validação para a população portuguesa, integrado no âmbito da criação do Observatório de Saúde Mental de um concelho da região centro.

#### **2.4.2 – População**

A população é definida por um grupo de elementos ou pessoas que partilham um conjunto de características comuns, e que os diferenciam dos outros elementos da população (Carmo e Ferreira, 1998).

A amostra é definida de acordo com Fortin (1999), como um subconjunto da população.

“A amostragem é o procedimento pelo qual um grupo de pessoas ou um subconjunto da população [amostra], é escolhido com vista a obter informações sobre um fenómeno” (Fortin, 1999, p.202). Neste contexto, é fundamental que a amostra seja representativa, da população de forma a que os dados que fornece possam permitir a generalização dos resultados para além da amostra estudada. A amostra é considerada representativa quando os seus elementos partilham as características o mais semelhantes possível da população que se pretende estudar.

Após a escolha da população potencial para o estudo (População alvo), o investigador deve delinear os critérios de seleção, que são denominados de critérios de inclusão e de exclusão. Estes, segundo Fortin (1999), guiam a escolha dos elementos da amostra. O investigador deverá ter sempre presente as questões morais, éticas e deontológicas intrínsecos à investigação.

A amostra deve representar as variáveis em estudo e todos os fatores que possam exercer alguma influência sobre as variáveis estudadas (Fortin, 1999).

Na presente investigação, a amostra corresponde à população e delineararam-se como critérios de inclusão:

- ✓ Adolescentes que frequentam o 2º e 3º ciclo de escolaridade e ensino secundário de um concelho da região centro.
- ✓ Aceitar participar voluntariamente no estudo.
- ✓ Que os pais deem o seu consentimento livre e esclarecidos para os seus educandos poderem participar no estudo.

Como critérios de exclusão:

- ✓ Restantes elementos da população que não satisfazem os critérios de inclusão.

Não se aplicam técnicas de amostragem probabilística ou não probabilística devido ao facto de amostra corresponder à população alvo. Esta é constituída por 752 adolescentes (N=752).

A população alvo provavelmente irá corresponder à população acessível, caso não ocorram erros aleatórios, ou seja, são erros que se produzem durante a colheita de dados que estão relacionados com fatores ligados ao acaso, tais como pessoais, transitórios situacionais, etc. O que remete para os conceitos de enviesamento e do controlo, este último de grande importância, pois torna os resultados dos estudos mais fiáveis e por consequência mais credíveis. O enviesamento resulta de qualquer condição que possa contribuir para falsear os resultados de um estudo. O controlo é definido como um conjunto de meios usados para minimizar ao máximo ou eliminar por completo as fontes de erro e as influências exteriores, designadas de variáveis estranhas, que possam afetar negativamente os resultados de uma investigação.

### **2.4.3 – Operacionalização das variáveis**

As variáveis podem ser definidas como fenómenos concretos: diretamente acessíveis aos sentidos como é o caso das variáveis sociodemográficas também designadas, como variáveis de atributo; ocultos em que a acessibilidade depende do recurso a instrumentos ou de indicadores observáveis (ex. SM dos adolescentes). As variáveis podem ainda ser definidas como fenómenos abstratos (construtos), sem natureza material, inferidos a partir de indicadores empíricos (ex. as perceções dos adolescentes relativamente à satisfação com a vida ou em relação ao *Self*). As variáveis são determinadas em função dos objetivos e das questões de investigação da investigação (Fortin, 1999). Neste contexto, para dar resposta aos objetivos e às questões de investigação identificaram-se e definiram-se as variáveis, as dimensões ou fatores latentes consoante o instrumento de medida que integra.

## **VARIÁVEL CENTRAL DO ESTUDO**

A variável central da presente investigação é a **Saúde Mental**. Esta apresenta diferentes construtos de acordo com diferentes autores. No entanto optou-se por definir SM de

acordo com a OMS (2002), como um estado de bem-estar no qual o indivíduo expressa as suas capacidades, enfrenta os acontecimentos geradores de stress normais da vida, trabalha ativamente e de forma produtiva contribuindo para a comunidade. Optou-se por este construto por ser uma definição mundialmente aceite e ser emanada pelo organismo responsável pela tutela da saúde a nível mundial.

Para operacionalizar a variável central, optou-se por recorrer a um questionário sociodemográfico e às escalas: Mental Health Continuum – Short Form, adaptada e validada para a população portuguesa para adolescentes por Matos et al. (2010); Eu resiliente, adaptada e validada por Sousa (2015) para a população portuguesa para adolescentes; e a escala Multidimensional de Satisfação com a vida para adolescentes (Segabinazi et al., 2010) que se encontra validada para adolescentes no Brasil e em processo de adaptação e validação para a população portuguesa<sup>3</sup> para adolescentes; que se pretende aplicar. Especificamente, às suas dimensões que vão ao encontro do construto da variável central. A escala Mental Health Continuum – Short Form avalia o bem-estar subjetivo construto implícito na variável central como *...um estado de bem-estar...*, a escala Eu resiliente avalia a resiliência que integra a variável central *...como indivíduo expressa as suas capacidades, enfrenta os acontecimentos geradores de stress normais da vida...* e a escala de satisfação com a vida que está espelhado na variável central como *...um estado de bem-estar...* relacionado com a felicidade que contribui para que a pessoa *...trabalhe ativamente e de forma produtiva...* ou seja, de forma positiva e satisfatória, *...contribuindo para a comunidade....* Neste sentido, a definição e avaliação da SM pressupõem não só a ausência de doença mental, mas também, a existência de bem-estar subjetivo (WHO, 2004).

Optou-se pela utilização de escalas dimensionais devido ao estigma enraizado na sociedade associado à categorização ou conceptualização relacionada com as patologias de SM. A utilização das escalas direcionadas para o modelo biomédico podia vir a constituir potenciais variáveis estranhas ao estudo enviesando-o, nomeadamente, no acesso à população e ao condicionamento da resposta às escalas que aplicadas.

---

<sup>3</sup> Investigação integrada no projeto de criação do Observatório de Saúde Mental de um concelho da região centro.

## VARIÁVEIS OPERACIONAIS

1 – **Género** – neste estudo definiu-se como masculino ou feminino.

2 – **Idade** – A idade que corresponde ao período da adolescência preconizado pela OMS em termos cronológicos varia entre os 10-19 anos. No entanto, considera-se para efeitos do estudo, adolescentes no 2º e 3º ciclo de escolaridade e ensino secundário, o período cronológico dos 12 – 18 anos. Faixa etária para a qual as escalas estão validadas.

Estas variáveis serão avaliadas através da aplicação do questionário sociodemográfico.

3 – **Bem-estar subjetivo** – Segundo Keyes (2002), referido por Matos et al. (2010), a SM pode ser avaliada através do bem-estar subjetivo. Este refere-se ao que os adolescentes pensam e como eles se sentem sobre as suas vidas (Giacomoni, 2002). É definido como felicidade, sendo avaliado positivamente quando alguém relata altos níveis de satisfação com sua vida, altos níveis de emoções positivas e baixos níveis de emoções negativas (Silva, 2016). O Bem-estar subjetivo é operacionalizado em 3 dimensões, emocional, social e psicológica “que se agrupam, teórica e empiricamente, em dois conjuntos de sintomas: bem-estar emocional e funcionamento adaptativo (Keyes, 2002, referido por Matos et al., 2010, p.132). As dimensões:

- ✓ Bem-estar emocional – é constituída por sintomas que refletem a “vitalidade emocional” (emoções positivas avaliadas pelo grau de felicidade, interesse e satisfação pela vida)
- ✓ Bem-estar psicológico e bem-estar social – incluem os sintomas de funcionamento positivo.

Uma pessoa com SM, a nível psicológico, autoavalia-se positivamente e aceita-se como é encontrando-se num processo *continuum* de desenvolvimento pessoal positivo ou autoconhecimento, que se espelha no objetivo de vida bem delineado, na forma como estabelece os seus relacionamentos íntimos, num grau elevado de autodeterminação que aplica em tudo o que realiza na sua vida. A pessoa mentalmente saudável, a nível social, sente-se integrada na sociedade contribuindo ativa e positivamente para a mesma. Considera-a como significativa para si, dado que permite potenciar todas as suas capacidades contribuindo para o seu desenvolvimento pessoal.

Esta variável será avaliada através da escala Mental Health Continuum – Short Form para adolescentes, que considera que estes podem experienciar 3 estados de bem-estar

diferentes. Estado de *flourishing* (que se caracteriza pela combinação de bem-estar emocional e funcionamento positivo em que o adolescente experiencia um elevado nível de bem-estar ou saúde plena, livre de patologias ou processos adaptativos da esfera da SM) se pontuar com 4 (quase todos os dias) ou 5 (todos os dias) em pelo menos um dos três itens de bem-estar emocional e em pelo menos seis dos onze itens de funcionamento positivo (bem-estar social e psicológico). A identificação de um estado de *languishing* (estado de SM no qual o indivíduo considera que não está bem emocionalmente e que não tem um bom funcionamento) manifesta-se quando o adolescente pontua com 0 (nunca) ou 1 (uma ou duas vezes) em pelo menos um dos três itens de sintomas de bem-estar emocional e em pelo menos seis dos onze itens de funcionamento positivo. Um estado de SM moderada significa que o adolescente pontua com 2 (cerca de uma ou duas vezes por semana) ou 3 (cerca de duas ou três vezes por semana) em pelo menos um dos três itens de bem-estar emocional e em pelo menos seis dos onze itens de funcionamento positivo.

4 – **Resiliência** – Esta é um conjunto de processos sociais e intrapsíquicos que possibilita ao indivíduo ter uma vida saudável num ambiente de risco (Rutter, 1993, como citado em Haack et al., 2012). A Resiliência é a capacidade de o adolescente lidar com os fatores adversos geradores de stress de forma positiva, percecionando esta experiência como uma oportunidade de aprendizagem e crescimento para o seu desenvolvimento pessoal. Ou seja, na sua essência, resiliência significa ser capaz de se recuperar de tempos difíceis e lidar bem com desafios (Murphey et al., 2013). Sousa (2015), operacionaliza a resiliência em três dimensões que designa por fatores, tendo por base os principais fatores de risco passíveis de colocar os adolescentes em situação de vulnerabilidade, deixando-os mais propensos a responder de forma desajustada às situações (Bullock & Zolkoski, 2013; Carvalho, 2007, como citado em Conceição & Carvalho, 2013):

- ✓ Suporte externo – é a forma que o adolescente encontra uma maneira de lidar com as situações de stress, acionando a sua rede de apoio social (Rutter, 1993, como citado em Haack et al., 2012).
- ✓ Forças pessoais internas – é a maneira que o adolescente encontra de lidar com as situações de stress, acionando recursos individuais (Rutter, 1993, como citado em Haack et al., 2012).

- ✓ Estratégias de *coping* – o adolescente precisa desenvolver maneiras adequadas de lidar com o momento de crise, mudança e readaptação, isto é, “...estratégias que são utilizadas pelo [ser humano] para lidar com as ocorrências indutoras de stress” (Serra, 2011, p.429), para que as demais fases do desenvolvimento não sejam comprometidas.

Esta variável será avaliada através da escala do Eu resiliente para adolescentes, na qual a resiliência é calculada através da soma da pontuação obtida em cada item. O total pode variar entre 14 – 70 pontos, apresentando assim 3 níveis possíveis de resiliência: baixo (entre 14 e 33 valores); médio (entre 34 e 52 valores); e elevado (entre 53 e 70 valores). (Jardim & Pereira, 2006, como citado em Sousa, 2015).

5 – **Família e ambiente familiar** – A família é um dos primeiros ambientes de socialização do indivíduo e a primeira instituição social que procura assegurar a continuidade e o bem-estar dos seus membros, no contexto específico dos adolescentes. A família é vista como um sistema social responsável pela transmissão de valores, crenças, ideias e significados que estão presentes nas sociedades, apresentando um impacto significativo e uma forte influência no comportamento dos adolescentes, nomeadamente, na forma de perceber o mundo e construir as suas relações sociais ou seja, tem um papel fundamental no desenvolvimento sociocognitivo dos filhos sendo determinante ao nível da saúde e do bem-estar deles (Tomé, 2011). Assim, a família é a matriz da aprendizagem humana, com significados e práticas culturais próprias que geram modelos de relação interpessoal e intrapessoal. (Amazonas et al., 2003; Kreppner, 1992 e 2000, como citado em Dessen & Polonia, 2007).

O ambiente familiar, ensina o adolescente a gerir e a resolver os conflitos, a controlar as emoções, a expressar os sentimentos que criam as relações interpessoais e a lidar com adversidades da vida (Wagner et al., 1999), com repercursões noutros contextos que o adolescente integra.

6 – **Self** – É o autoconceito, que pode ser definido como um conjunto de pensamentos e sentimentos que se referem ao *self* enquanto objeto. Temos uma conceção do *self* devido às nossas interações com outras pessoas. O autoconceito é um reflexo de nós próprios tal e qual nos percebemos (Neto, 1998).

7 – **Escola** - A escola constitui um contexto diversificado de desenvolvimento e aprendizagem, isto é, um local que reúne conhecimentos diversificados, atividades,

regras e valores e onde ocorrem conflitos, problemas e diferenças. É um espaço físico, psicológico, social e cultural em que os adolescentes se desenvolvem (Mahoney, 2002 e Rego, 2003, como citado em Dessen & Polonia, 2007). É por isso um contexto importante para a construção e consolidação do autoconceito devido, às interações que podem originar sentimentos de animosidade, rejeição, discriminação, aceitação ou popularidade e permitir processos de comparação social. O desenvolvimento de um autoconceito e uma autoestima positiva, facilitam os processos de transição, possibilitando uma adaptação eficaz que lhes permitam lidar com as mudanças intrapessoais e contextuais adequadamente (Rodrigues & Batista, 2014).

8 – **Self comparado, amigos e grupo de pares** – Os adolescentes “...nas interações sociais tentam tomar o papel do outro e ver-se a si próprios da maneira como os outros os veem. Este processo permite simultaneamente conhecer o modo como se aparece aos outros e guiar o comportamento social para ter o efeito desejado” (Neto, 1998, p.193) procurando a integração social no grupo. O grupo de pares apresenta um papel fundamental na adolescência, sendo a integração e aceitação pelo grupo determinantes para o bem-estar psicológico do adolescente. Na adolescência ocorre um afastamento gradual da família, e uma aproximação ao grupo de pares. Esta ocorre pela identificação com outros adolescentes que se encontram na mesma situação e tem uma função de apoio. A partilha de sentimentos, emoções e interesses comuns que existe no seio do grupo de pares é fulcral para o bem-estar e ajustamento global do adolescente (Tomé, 2011). Neste sentido, Relvas e Alarcão (2002) descreve a importância do grupo de pares, como força de suporte e segurança individual, força de socialização e ligação emocional que o adolescente necessita. O grupo de pares leva os adolescentes a compararem-se no que se refere aos momentos de diversão e lazer, emoções, amigos, etc.

9 – **Não-Violência** – “Sentimentos de negação, onnipotência, medo, vergonha e culpa estão geralmente associados a este fenómeno” (DGS, 2016b, p.52).

A violência pode ser ativa ou passiva, verbal ou agida, psicológica ou física. Há relações violentas entre indivíduos, mas também ambientes violentos que afetam outras pessoas de forma indireta. Na violência há sempre um problema de poder;

uma assimetria que é usada como fonte de abuso e de triunfo da força sobre a fragilidade. (DGS, 2016b, p.52)

“A Não-violência envolve o desejo de não envolvimento em situações de conteúdos associados a comportamentos agressivos como brigas e discussões” (Segabinazi, et al., 2010, p.655).

10 – **Autoeficácia** – “O conceito de autoeficácia remete para a crença de que [o adolescente] pode ser bem-sucedido naquilo que tiver que fazer. O senso de autoeficácia depende de quatro fontes de influência, entre elas, as experiências de maestria, a observação de semelhantes a si na resolução de problemas com sucesso, a persuasão social sobre as suas capacidades e a inferência de estados somáticos e emocionais indicativos de pontos fortes e vulnerabilidades. A crença na eficácia pessoal afeta as escolhas da vida, o nível de motivação, a resistência à adversidade e vulnerabilidade...” (OE, 2011, p.13), relativamente ao desenvolvimento de processos de adoecer mental ou perturbação mental.

As variáveis 6, 9 e 10 serão avaliadas através da aplicação da escala Multidimensional de Satisfação de vida (Segabinazi et al., 2010), que se encontra em processo de adaptação e validação para a população portuguesa, integrado no âmbito da criação do Observatório de Saúde Mental de um concelho da região centro. A sua medição será realizada para cada subescala, calculando-se a média dos itens correspondentes a cada dimensão. O score de cada um dos itens varia de 1 a 5, sendo a média calculada através do somatório total dividido pelo número de itens, uma vez que cada subescala apresenta diferenças na quantidade de itens que a compõe.

As variáveis 5, 7 e 8 serão medidas de duas formas diferentes, mas cujo o seu resultado é complementar. Ou seja: por um lado serão submetidas ao mesmo processo referido para as variáveis 6, 9, 10; por outro serão avaliadas através do questionário operacionalizando a variável 5 (Mau, Razoável, Bom e Muito bom), a variável 7 (Nenhum, Pouco, Suficiente e Muito) e a variável 8 (Sim ou Não).

## 2.5 – METODOLOGIA DA COLHEITA DE DADOS

“O processo de colheita de dados consiste em colher de forma sistemática a informação desejada junto dos participantes, com a ajuda dos instrumentos de medida escolhidos para este fim” (Fortin, 1999, p.261).

A metodologia utilizada para a recolha de dados na investigação é baseada nas variáveis delineadas e na sua operacionalização. A escolha dos instrumentos de colheita de dados, além de serem dimensionais, tiveram em consideração os objetivos da investigação que se pretende realizar, o conhecimento do investigador referente às variáveis delineadas, a fidelidade e a validade. (Fortin, 1999).

Para o desenvolvimento da presente investigação, optou-se pela aplicação de um instrumento de colheita de dados (anexo 1) que contempla dados sociodemográficos, e as escalas Mental Health Continuum – Short Form (Matos et al., 2010), Eu resiliente (Sousa, 2015), estas encontram-se validadas para a população portuguesa, e a escala Multidimensional de Satisfação de vida (Segabinazi et al., 2010), que se encontra em processo de adaptação e validação para a população portuguesa, integrado no âmbito da criação do Observatório de Saúde Mental de um concelho da região centro.

### 2.5.1 – Questionário sociodemográfico

O questionário é um dos métodos de colheita de dados mais correntemente utilizado. “Permitem colher informações junto dos participantes relativas a factos, às ideias, aos comportamentos, às preferências, aos sentimentos, às expectativas e às atitudes” (Fortin, 1999, p.245). No contexto do presente estudo serão preenchidos pelos próprios participantes elegíveis para o estudo. Tem como vantagens ter um custo reduzido.

O questionário será de autorresposta e terá um cariz confidencial de forma assegurar o anonimato dos participantes e será constituído por questões de resposta rápida referentes a dados sociodemográficos e outros dados relacionados com a perceção dos participantes relativamente à caracterização do ambiente familiar, das relações com os amigos e com o interesse pela escola.

### 2.5.2 – Escala Mental Health Continuum – Short Form (MHC – SF)

A escala MHC – SF foi criada e desenvolvida por Keyes em 2009 e traduzida e adaptada para a população de adolescentes portugueses por Matos et al., (2010). Esta considera a SM como um continuum e avalia-a no domínio do bem-estar emocional, social e psicológico.

A MHC – SF é uma escala de tipo Likert dado que se centra na frequência de como o adolescente se sente de determinada forma. Esta escala

é uma versão abreviada de uma escala de bem-estar subjectivo utilizada previamente em adultos. É um instrumento de auto-resposta e pode ser aplicado a adolescentes com idades compreendidas entre os 12 e os 18 anos. O adolescente é questionado sobre quantas vezes, durante o último mês, se sentiu de determinada forma. As possibilidades de resposta, cotadas de 0 a 5, são as seguintes: nunca (0); uma ou duas vezes (1); cerca de uma ou duas vezes por semana (2); cerca de duas ou três vezes por semana (3); quase todos os dias (4); todos os dias (5). A MHC – SF é constituída por 14 itens, dos quais três dizem respeito ao bem-estar emocional (1. felicidade, 2. interesse e 3. satisfação com a vida), cinco ao bem-estar social (4. contribuição social, 5. integração na sociedade, 6. atualização e crescimento social, 7. aceitação social e 8. coerência social) e seis ao bem-estar psicológico (9. autoaceitação, 10. domínio sobre o ambiente, 11. relações positivas com os outros, 12. crescimento pessoal, 13. autonomia e 14. propósito na vida). (Matos et al., 2010, p.133)

Segundo Keyes (2007; 2009) como citado em Matos et al., (2010), a MHC – SF considera que os adolescentes podem experienciar 3 estados de bem-estar diferentes.

Estado de *flourishing* (que se caracteriza pela combinação de bem-estar emocional e funcionamento positivo correspondendo a um elevado nível de bem-estar ou saúde plena de saúde mental) se pontuar com 4 (quase todos os dias) ou 5 (todos os dias) em

pelo menos um dos três itens de bem-estar emocional e em pelo menos seis dos onze itens de funcionamento positivo (bem-estar social e psicológico).

Estado de *languishing* (estado de saúde mental no qual o indivíduo considera que não está bem emocionalmente e que não tem um bom funcionamento) quando o adolescente pontua com 0 (nunca) ou 1 (uma ou duas vezes) em pelo menos um dos três itens de sintomas de bem-estar emocional e em pelo menos seis dos onze itens de funcionamento positivo.

Estado de SM moderada quando o adolescente pontua com 2 (cerca de uma ou duas vezes por semana) ou 3 (cerca de duas ou três vezes por semana) em pelo menos um dos três itens de bem-estar emocional e em pelo menos seis dos onze itens de funcionamento positivo.

Da análise fatorial exploratória realizada, emergiram 3 fatores: Bem-estar emocional (itens 1,2,3,10 e 14) ( $\alpha = 0,803$ ), Bem-estar social (itens 4, 5, 6, 7 e 8) ( $\alpha = 0,829$ ) e Bem-estar psicológico (itens 9, 11, 12 e 13) ( $\alpha = 0,847$ ). Estes fatores vão ao encontro da estrutura original sugerida por Keyes (Matos et al., 2010).

Os valores de alpha de cronbach traduzem uma boa consistência interna e são semelhantes aos encontrados pelo autor da escala.

Relativamente ao item 5 que integra o fator bem-estar social, quando retirado, ocorre um aumento do valor de alpha de cronbach, no entanto, os autores que validaram a escala para a população portuguesa optaram por manter provisoriamente sugerindo futuros estudos com amostras maiores e análises fatoriais confirmatórias (Matos et al., 2010).

### **2.5.3 – Escala Eu Resiliente (EAER)**

A EAER “... foi construída para a população portuguesa por Jardim e Pereira em 2006 [com base na proposta de Grotberg (2003)] para avaliar a capacidade de resiliência de um indivíduo (pode ser aplicada a crianças, adolescentes e adultos)” (Sousa, 2015, p.6). No presente estudo será direcionada para os adolescentes do 2º e 3º ciclo de escolaridade e ensino secundário.

É um instrumento de autorresposta com 14 itens (cada um corresponde a uma afirmação positiva na primeira pessoa). Os indivíduos assinalam a opção de resposta com que se identificam numa escala de Likert de cinco pontos, de um (“nunca”) a cinco (“sempre”). A capacidade de resiliência é calculada através da soma da pontuação obtida em cada item. O indivíduo pode atingir uma pontuação entre 14 e 70 valores e quanto maior a pontuação, maior o nível de resiliência (nível de resiliência baixo: 14-33 valores; médio: 34-52 valores; e elevado: 53-70 valores). A escala avalia quatro fatores: suporte externo (“eu tenho”) (e.g., “Eu tenho pessoas à minha volta que me querem bem incondicionalmente”) (itens 1 a 4), forças pessoais internas (“eu sou”) (e.g., “Eu sou uma pessoa estimada e amada pelos outros”) (itens 5 a 7), disposição para a ação (“eu estou”) (e.g., “Eu estou disposto a responsabilizar-me pelos meus atos”) (itens 8 e 9) e habilidades sociais (“eu posso”) (e.g., “Eu posso falar sobre coisas que me preocupam ou inquietam”) (itens 10 a 14). Assim, para além de permitir a avaliação da resiliência, a EAER permite a promoção desta competência, ao promover a tendência para a utilização de expressões positivas da pessoa quanto a si própria e uma maior consciência daquilo que tem, é, está disposta e é capaz de fazer. (Sousa, 2015, p.6)

A validação e análise das qualidades psicométricas foi realizada por Sousa (2015). Este estudo demonstra que a escala possui boa fiabilidade / consistência interna ( $\alpha = 0,857$ ), concluindo que a escala é fidedigna. Relativamente às dimensões a escala foi reduzida para 3 fatores, nomeadamente, suporte externo (itens 1, 2, 3, 4 e 5) ( $\alpha = 0,689$ ), fatores pessoais internos (itens 6, 7, 8 e 12) ( $\alpha = 0,713$ ) e estratégias de *coping* (itens 9, 10, 11, 13 e 14) ( $\alpha = 0,787$ ). De uma forma geral o instrumento apresenta boa estabilidade temporal (Sousa, 2015).

#### 2.5.4 – Escala multidimensional de satisfação de vida para adolescentes (EMSVA)

A EMSVA é uma escala de tipo Lickert que foi desenvolvida por Segabinazi et al., (2010), baseada na escala multidimensional de satisfação de vida infantil criada por Giacomoni & Hutz em 2008. Tendo em conta o presente estudo de investigação, a EMSVA tem como principais objetivos: identificar diferentes dimensões significativas do ponto de vista psicológico relacionadas com a satisfação de vida dos adolescentes; avaliar o nível de satisfação dos adolescentes em relação a áreas específicas das suas vidas; verificar possíveis diferenças entre sexo, faixa etária e escola nos domínios identificados.

A EMSVA apresenta 52 itens ( $\alpha = 0,93$ ), distribuídos por 7 subescalas

- ✓ A **Família**, envolve itens descritores de um ambiente familiar saudável, harmonioso, afetivo, de relacionamentos satisfatórios
- ✓ **Self**, composto por itens que descrevem o adolescente com base em características positivas, como autoestima, bom-humor, capacidade de relacionar-se, capacidade de demonstrar afeto, e de indicações de satisfação relacionadas com a diversão
- ✓ **Escola**, apresenta descritores sobre a importância da escola, o ambiente escolar, os relacionamentos interpessoais na escola e o nível de satisfação relativamente à escola
- ✓ **Self Comparado**, que contempla itens que efetuam avaliações comparativas do eu em relação ao seu grupo de pares. Os itens possuem conteúdos relacionados com os temas lazer, amizade e satisfação de desejos e afetos
- ✓ **Não-violência**, que inclui itens que envolvem o desejo de não envolvimento em situações associados a comportamentos agressivos como brigas e discussões
- ✓ **Autoeficácia**, que contempla itens que avaliam a capacidade de realização e competência para alcançar as metas definidas pelo adolescente. Os itens estão relacionados com a autonomia, lazer, satisfação material, de desejos e *Self*
- ✓ **Amizade**, caracterizada pelos relacionamentos com pares e o nível de satisfação desses relacionamentos, relaciona-se o de lazer, diversão e apoio.

A sua medição será realizada para cada subescala, calculando-se a média dos itens correspondentes a cada dimensão. O score de cada um dos itens varia de 1 a 5, sendo a média calculada através do somatório total dividido pelo número de itens, uma vez que cada subescala apresenta diferenças na quantidade de itens que a compõe.

O estudo de Silva et al. (2016), demonstrou que a EMSVA apresentou um índice de consistência interna ( $\alpha = 0,87$ ), revelando boa correlação entre os itens que avaliam o mesmo construto.

### **2.5.5 – Fidelidade e validade interna**

“A fidelidade e a validade são características essenciais que determinam a qualidade de qualquer instrumento de medida. (...) A fidelidade é uma condição prévia à validade ainda que não constitui condição suficiente para estabelecer a validade” (Fortin, 1999, p. 225).

A fidelidade é uma propriedade inerente aos instrumentos de medida, que consiste na avaliação do grau de correlação de um instrumento de medida com ele próprio designando a precisão dos resultados que os instrumentos fornecem. É fiel e os resultados que fornece são idênticos em situações semelhantes. A fidelidade é expressa sob a forma de coeficiente de correlação ( $r$ ), variando entre 0 e 1, sendo que quanto mais próximo for o valor ( $r$ ), considera-se um instrumento mais fiel.

A validade consiste no “grau de correlação de um instrumento de medida com outra coisa que não o próprio instrumento de medida” (Fortin, 1999, p.226).

A validade demonstra a capacidade do instrumento em medir o que é pretendido. “Esta dependente do erro sistemático, representado sobretudo pelos fatores pessoais que são constantes nos participantes” (Fortin, 1999, p.229). Esta pode ser avaliada de diferentes formas: a validade de conteúdo; a validade de critérios e a validade dos construtos. Neste sentido, a MHC-SF apresenta boas qualidades psicométricas (3 fatores: Bem-estar emocional ( $\alpha = 0,803$ ), Bem-estar social ( $\alpha = 0,829$ ) e Bem-estar psicológico ( $\alpha = 0,847$ )). Estes fatores, traduzem uma boa consistência interna e são sobreponíveis aos encontrados pelo autor da escala. A MHC-SF possui os dados relativos à validade de construto, nomeadamente, validade convergente e divergente. Estas demonstram que

esta escala constitui uma boa medida de avaliação de bem-estar subjetivo (Matos et al., 2010).

Face à escala do Eu Resiliente, segundo a autora possui uma boa fidelidade / consistência interna ( $\alpha = 0,857$ ), concluindo que a escala é fidedigna. Refere que apresenta boas características psicométricas (3 fatores: suporte externo ( $\alpha = 0,689$ ), fatores pessoais internos ( $\alpha = 0,713$ ) e estratégias de  *coping*  ( $\alpha = 0,787$ )), podendo ser usado com segurança na avaliação da resiliência em adolescentes (Sousa, 2015).

Relativamente à EMSVA, apesar de ser considerada válida para adolescentes no Brasil, para adolescentes portugueses encontra-se em processo de adaptação e validação, que simultaneamente com o estudo espelhado neste projeto serão desenvolvidos no âmbito da criação do Observatório de Saúde Mental de um concelho da região centro.

## 2.6 – PRESSUPOSTOS ÉTICO DEONTOLÓGICOS

Qualquer investigação efetuada junto de seres humanos levanta questões éticas e morais. (...) A ética coloca problemas particulares aos investigadores decorrentes das exigências morais que, em certas situações, podem entrar em conflito com o rigor da investigação. Na persecução da aquisição dos conhecimentos existem limites que não devem ser ultrapassados: este limite refere-se ao respeito pela pessoa. (...) se um estudo viola pelos seus métodos de experimentação ou de colheita de dados, pelos conceitos estudados ou pela publicação dos resultados, viola este direito ou é suscetível de lhe causar prejuízo, é moralmente inaceitável, tanto para os investigadores ou para a comunidade. (Fortin, 1999, p.113)

Neste sentido, o investigador deve procurar manter o equilíbrio entre os benefícios sociais que advêm da sua investigação e o respeito pelos valores e direitos das pessoas participantes, tendo sempre em consideração os seguintes pressupostos: obtenção de consentimento informado livre e esclarecido, ou seja, a informação deverá ser transmitida de tal forma que os participantes e encarregados de educação / pais

(participantes serem menores) compreendam o motivo da sua participação e possam avaliar as potenciais consequências; acesso e aceitação; fontes de tensão e dilemas éticos. (Costa, 2004). Desta forma será promovido o direito da pessoa ao consentimento informado (DL nº156/2015).

Assim, os princípios éticos que devem nortear a ação durante a realização da investigação são: respeitar os protocolos; envolver os participantes; divulgar os progressos; obter autorizações explícitas; negociar definições de trabalho das pessoas envolvidas; obter autorizações explícitas para utilizar citações; manter a confidencialidade (DL nº156/2015) e divulgar os princípios orientadores dos procedimentos a efetuar. No que se refere a negociação, esta deve passar por contactar os canais oficiais para requerer permissão formal para prosseguir com a investigação, submeter a aprovação, definir o que se entende por anonimato e confidencialidade, informar os participantes, ser honesto acerca da finalidade da investigação e das condições de pesquisa (Costa, 2004).

Tratando-se de uma investigação na área da SM, enquadrada na ciência de enfermagem, o investigador ao cumprir os princípios éticos supracitados, deverá reger a sua ação segundo os princípios do código deontológico que rege a profissão, nomeadamente, o dever em geral de exercer a sua profissão com adequados conhecimentos científicos e técnicos, com respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população (artigo 76º), exercendo a sua intervenção tendo por base a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade do adolescente e do próprio (artigo 79º), o dever de cumprir as normas deontológicas e as leis que regem a profissão e defender a pessoa humana das práticas que contrariem a lei, a ética ou o bem comum, sobretudo quando carecidas da indispensável competência profissional especializada em SM.

A presente investigação, encontra-se inscrita na Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem e foi submetida à comissão de ética para as ciências da saúde para posterior implementação.

Assim, foram autorizados todos os pedidos que se apresentam em seguida:

- À comissão de ética para as ciências da saúde da Esenfç, após inscrição na Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UCISA-E)
- Ao diretor do agrupamento de escolas de um concelho da região centro (anexo 2)

- Ao Ministério da Educação para a intervenção (anexo 2)
- Aos autores que validaram e adaptaram as escalas MHC-FC, EAER para a população portuguesa
- Aos autores da escala EMSVA para validação para a população portuguesa
- Consentimento informado aos participantes do estudo, assinado pelos próprios com idade superior ou igual a 18 anos, e assinados pelos encarregados de educação se forem menores.

## 2.7 – PROCEDIMENTOS DE RECOLHA DE DADOS

Para se proceder à aplicação do questionário que contempla dados sociodemográficos e as escalas MHC-SF, EAER e EMSVA, foram realizados os pedidos referidos no subcapítulo 2.6. Após autorização foram distribuídos previamente para a participação no estudo, os consentimentos informados destinados aos encarregados de educação da população alvo (N=752) que, depois de preenchidos, foram devolvidos. Após a obtenção do consentimento informado por parte dos respetivos encarregados de educação ou dos próprios quando maiores de 18 anos, foram delineadas datas para a aplicação do questionário em parceria com as escolas que integram o Agrupamento de Escolas de um concelho da região centro. Foram, assim, aplicados aos adolescentes participantes o instrumento de recolha de dados. Os dados fornecidos pelos adolescentes não contemplavam o nome, nem outra informação que os permitisse identificar, encontrando-se desta forma salvaguardado o anonimato dos participantes, garantindo assim os pressupostos éticos e deontológicos definidos para a proteção de dados. Os dados foram colhidos com a supervisão do professor responsável pela turma no momento da colheita e por um elemento da equipa do Observatório de Saúde Mental de um concelho da região centro. O tempo de aplicação dos instrumentos foi aproximadamente de 50 minutos.

Para o tratamento estatístico dos dados, recorreremos à versão *Software Statistical Package for the Social Sciences*<sup>®</sup> (SPSS<sup>®</sup>), e através desta ferramenta de cálculo foram determinadas as estatísticas descritivas relativas aos dados da caracterização da população.

## 2.8 – ANÁLISE ESTATÍSTICA DOS DADOS

“A estatística é a ciência que permite estruturar a informação numérica medida num determinado número de sujeitos” (Fortin, 1999, p.269).

A estatística descritiva, pretende resumir e organizar a informação numérica de forma a estruturá-la, com a finalidade de obter uma imagem geral medida. A estatística intervém na investigação quantitativa, como é o caso de justificar as questões do presente estudo, na determinação das variáveis a reter para a investigação e na escolha dos instrumentos de medida, na determinação das ferramentas estatísticas a utilizar, na análise dos dados, na apresentação dos resultados pertinentes e na resposta às questões de investigação do presente estudo. A escolha do método estatístico depende do tipo de investigação desenvolvida, das variáveis e das questões de investigação delineadas (Fortin, 1999).

Assim, com a finalidade de analisar as dimensões que se pretende estudar, foram utilizados procedimentos estatísticas de forma a interpretar os resultados obtidos pelos os instrumentos de colheita de dados. A elaboração da base de dados e respetivo tratamento e processamento dos dados foram efetuados através do *Software Statistical Package for the Social Sciences*<sup>®</sup> (SPSS<sup>®</sup>).

A análise estatística realizada comporta uma análise descritiva que contém as distribuições das frequências absolutas e percentagens, bem como as medidas de tendência central (média) e medidas de dispersão (desvio Padrão).

Em relação à análise estatística inferencial foram aplicados:

- Teste de Levene para análise de igualdade de variâncias;
- O t-student para amostras independentes para igualdade de médias;

Os resultados foram considerados estatisticamente significativos para  $p < 0,05$ .



### 3 – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

A análise dos resultados, no âmbito da investigação, constitui um dos momentos mais cativantes e fascinantes, dado que é uma fase que permite dar resposta às questões de investigação formuladas.

Neste capítulo irá ser realizada a apresentação e a análise reflexiva dos dados obtidos.

#### 3.1 – CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO

A amostra na presente investigação corresponde à população. Esta é constituída por 752 adolescentes dos quais responderam 597 adolescentes. Especificamente, responderam 140 (83,33%) do total de 168 frequentam o 2º ciclo, 279 (93,93%) do total de 297 frequentam o 3º ciclo e 178 adolescentes (62,02%) do total de 287 frequentam o ensino secundário.

**Tabela 2** – Distribuição dos elementos da população por ciclo de escolaridade

Variável	N	%
2º ciclo	140	23,45
3º ciclo	279	46,73
Ensino secundário	178	29,82
Total	597	100

A população foi caracterizada de acordo com as variáveis sociodemográficas selecionadas (idade, género, ano de escolaridade, ambiente familiar, grupo de pares e interesse escolar).

Relativamente à **idade** os elementos da população que responderam encontram-se distribuídos entre os 9 e os 20 anos, com maior incidência nos 14 anos (16,3%), 13 anos (13,7%) e 12 anos (13,6%). Os adolescentes que responderam encontram-se em minoria na faixa etária dos 9 (0,2%) e 20 anos (0,2%).

**Tabela 3** – Distribuição dos elementos da amostra segundo a idade

<b>Idade (anos)</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
9	1	0,2
10	41	6,9
11	59	9,9
12	81	13,6
13	82	13,7
14	98	16,4
15	72	12,1
16	60	10,1
17	55	9,2
18	41	6,9
19	6	1
20	1	0,2
Total	597	100

No que se refere ao **género**, foi identificado um caso omissos. Foram elegíveis 596 adolescentes. Evidencia-se uma predominância do género feminino com 315 adolescentes (52,9%). Contemplando a população respondente 281 adolescentes do sexo masculino (47,1%).

**Tabela 4** – Distribuição dos elementos da amostra segundo o género

<b>Género</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>% válida</b>
Masculino	281	47,1	47,1
Feminino	315	52,8	52,9
Total	596	99,8	100
Omisso	1	0,2	
Total	597	100	

Quanto ao **ano de escolaridade**, os elementos da população respondente encontram-se distribuídos entre o 5º ano e o 12º ano. Apresentam uma distribuição tendencialmente

uniforme. No entanto, destaca-se o 7º ano com maior frequência de adolescentes 99 (16,6%) e o 11º ano com uma acentuada minoria de adolescentes 35 (5,9%).

**Tabela 5** – Distribuição dos elementos da amostra segundo o ano de escolaridade

<b>Ano de escolaridade</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
5º	72	12,1
6º	68	11,4
7º	99	16,6
8º	86	14,4
9º	94	15,7
10º	71	11,9
11º	35	5,9
12º	72	12,1
Total	597	100

No que se refere às variáveis sociodemográficas ambiente familiar, relação de amizade e interesse escolar, nos elementos da população, para a variável ambiente familiar responderam 597 adolescentes, foi identificado um caso omissos para as variáveis relação de amizade e interesse escolar, tendo sido elegíveis 596 adolescentes. Para avaliação das variáveis ambiente familiar e interesse escolar foi utilizada uma escala tipo Likert e para a variável relação de amizade foi utilizada uma questão de resposta fechada.

**Tabela 6** – Distribuição dos elementos da amostra de acordo com as variáveis ambiente familiar, relação de amizade e interesse escolar

	<b>Ambiente familiar</b>	<b>Relação de amizade/grupo de pares</b>	<b>Interesse Escolar</b>
<b>N</b>	Válido	597	596
	Omisso	0	1
<b>Total</b>	597	597	597

Quanto ao **ambiente familiar** os elementos respondentes variam entre os 5 e os 348 tendo em conta o nível de satisfação. Especificamente, 0,8% dos adolescentes caracterizaram o seu ambiente familiar como mau, 9,4% de razoável, 31,5% bom e 58,3% como muito bom. Verifica-se uma maior incidência dos adolescentes que caracterizam o seu ambiente familiar como muito bom (58,3%).

**Tabela 7** – Resultados dos níveis de satisfação com o ambiente familiar

		N	%	% válida
Válido	Mau	5	0,8	0,8
	Razoável	56	9,4	9,4
	Bom	188	31,5	31,5
	Muito Bom	348	58,3	58,3
	Total	597	100,0	100,0
Omisso	Sistema	0	0,0	
Total		597	100	

No que se refere à **relação de amizade/grupo de pares**, foi identificado um caso omissivo, tendo sido elegíveis 596 adolescentes. Dos 596 adolescentes elegíveis, 10 adolescentes encontram-se insatisfeitos com as relações de amizade realizadas no contexto do grupo de pares onde estão inseridos. Verificou-se ainda que 586 adolescentes estão satisfeitos com as relações de amizade no contexto do grupo de pares a que pertencem. Apesar da percentagem de adolescentes insatisfeitos com as relações de amizade ser tendencialmente residual (1,7%), será sempre um dado a ter em consideração devido ao facto do grupo de pares apresentar um papel crucial na adolescência.

**Tabela 8** – Resultados de satisfação com a relação de amizade/grupo de pares

		N	%	% válida
Válido	Sim	586	98,2	98,3
	Não	10	1,7	1,7
	Total	596	99,8	100,0
Omisso	Sistema	1	0,2	
Total		597	100	

Relativamente ao **interesse escolar**, foi identificado 1 caso omisso, tendo sido elegíveis 596 adolescentes. Os adolescentes respondentes variam entre os 7 e os 225 tendo em conta o nível de satisfação. Especificamente, 1,2% dos adolescentes não tem interesse na escola, 6,2% referem ter pouco interesse escolar, 54,8% dos adolescentes caracterizam o seu interesse escolar como suficiente e 37,7 dos adolescentes como muito. Verifica-se uma maioria nos adolescentes que caracterizam o seu interesse escolar como suficiente (54,8%).

**Tabela 9** – Resultados dos níveis de satisfação com o interesse escolar

		N	%	% válida
Válido	Nenhum	7	1,2	1,2
	Pouco	37	6,2	6,2
	Suficiente	327	54,8	54,9
	Muito	225	37,7	37,8
	Total	596	99,8	100,0
Omisso	Sistema	1	0,2	
Total		597	100,0	

Desta forma foi concretizado o **objetivo geral 1** – caracterizar a população em estudo face às variáveis sociodemográficas (sexo, idade, ambiente familiar, grupo de pares e interesse escolar) e o **objetivo específico a)** determinar o nível de satisfação da população em relação ao ambiente familiar e ao interesse escolar.

Neste sentido, tendo em conta a questão de investigação **Q1 – Qual o estado atual de saúde mental dos adolescentes do 2º e 3º ciclo e ensino secundário de um concelho da região centro especificamente no que se refere ao bem-estar subjetivo, à resiliência e à satisfação com a vida?**, na segunda parte do questionário, foram utilizadas as escalas MHC-SF, EARE e EMSVA.

Através da utilização do MHC-SF foi avaliado o bem-estar subjetivo dos elementos da população em três dimensões, bem-estar emocional, bem-estar social e bem-estar psicológico. Relativamente ao preenchimento total do MHC-SF, foram identificados 28 casos omissos e elegíveis 569 adolescentes. Verificou-se que a média dos elementos da população que efetuaram o preenchimento total do MHC-SF foi de 50,36, com desvio padrão de 13,79. No entanto, de acordo com as dimensões do MHC-SF, os elementos da amostra variam entre: os 591 adolescentes no bem-estar emocional (6 casos omissos), com uma média de 11,85 e desvio padrão de 2,77; 579 adolescentes no bem-estar social (18 casos omissos), com uma média de 16,24 e desvio padrão de 6,11; e os 590 adolescentes no bem-estar psicológico (7 casos omissos), com uma média de 22,28 e desvio padrão de 6,05.

**Tabela 10** – Resultados estatísticos da aplicação do MHC – SF

		<b>MHC_Total</b>	<b>MHC_Bem- estar emocional</b>	<b>MHC_Bem- estar social</b>	<b>MHC_Bem- estar psicológico</b>
<b>N</b>	Válido	569	591	579	590
	Omisso	28	6	18	7
Média		50,36	11,85	16,24	22,28
Mediana		54,00	12,00	18,00	24,00
Moda		61,00	13,00 <sup>a</sup>	21,00	27,00
Desvio Padrão		13,79	2,77	6,11	6,05
Mínimo		4,00	0,00	0,00	1,00
Máximo		70,00	15,00	25,00	30,00

a Há várias modas. O menor valor é mostrado

Os elementos da população, quando comparados quanto ao género, os adolescentes do sexo feminino, com uma média de 47,31 e desvio padrão de 11,29, apresentam valores

mais baixos de bem-estar subjetivo que os do sexo masculino nos quais de verifica uma média de 53,86 e desvio padrão de 14,98.

**Tabela 11** – Resultados estatísticos da aplicação do MHC – SF de grupo

	Sexo	N	Média	Desvio padrão
MHC_Total	Masculino	268	53,86	11,29
	Feminino	300	47,31	14,98

Os resultados são considerados estatisticamente significativos ( $p < 0,001$ ) para um intervalo de confiança de 95%.

**Tabela 12** – Resultados estatísticos da aplicação do test t de student

		T	p
MHC_Total	Variâncias iguais assumidas	5,83	0,00
	Variância iguais não assumidas	5,92	0,00

Desta forma foi concretizado o **objetivo específico**: b) determinar o estado de bem-estar subjetivo dos adolescentes do 2º e 3º ciclo de escolaridade e ensino secundário de um concelho da região centro.

A resiliência foi avaliada através da aplicação da escala EAER. Relativamente ao preenchimento da EAER foram elegidos 597 adolescentes (totalidade dos elementos da população respondente), verificando-se uma média global de 59,11 e um desvio padrão de 7,95, oscilando entre um mínimo de 23 e um máximo de 84.

Através da aplicação da EAER foi avaliado a resiliência especificamente em três dimensões, suporte externo, forças pessoais internas e estratégias de *coping*. De acordo com as dimensões da EAER, os elementos da população variam entre: os 594 adolescentes no suporte externo (3 casos omissos), com uma média de 21,68 e desvio padrão de 3,06; 593 adolescentes nas forças internas pessoais (4 casos omissos), com uma média de 17,92 e desvio padrão de 2,08; e os 590 adolescentes nas estratégias de *coping* (7 casos omissos), com uma média de 19,63 e desvio padrão de 3,95.

**Tabela 13** – Resultados estatísticos da aplicação da EAER

	EAER_Total	EAER_Suporte externo	EAER_Forças internas pessoais	EAER_Estratégias de coping	
N	Válido	597	594	593	590
	Omisso	0	3	4	7
Média	59,12	21,6869	17,9174	19,6254	
Mediana	61,00	23,0000	18,0000	20,0000	
Moda	63,00 <sup>b</sup>	25,00	20,00	22,00	
Desvio Padrão	7,95	3,06527	2,07907	3,94663	
Mínimo	23,00	9,00	7,00	5,00	
Máximo	84,00	30,00	24,00	30,00	

b Há várias modas. O menor valor é mostrado

A EAER segundo os autores, avalia a resiliência em três níveis: baixo, médio e elevado. Neste sentido, verifica-se que a maioria (80,9%) dos adolescentes apresenta um nível de resiliência elevada (1 em cada 5) e apenas 0,7% dos adolescentes apresenta baixo nível de resiliência.

**Tabela 14** – Resultados dos níveis de Resiliência da EAER

		N	%	% válida
Válido	Baixo	4	0,7	0,7
	Médio	110	18,4	18,5
	Elevado	482	80,7	80,9
	Total	596	99,8	100
Omisso	Sistema	1	0,2	
Total		597	100	

Os elementos da população, quando comparados quanto ao género, os adolescentes do sexo feminino, com uma média de 58,14 e desvio padrão de 8,92, apresentam valores mais baixos de resiliência que os adolescentes do sexo masculino nos quais de verifica

uma média de 60,29 e desvio padrão de 6,36. Os níveis de resiliência nos adolescentes do sexo feminino variam entre os níveis de baixa resiliência (1,3%) e elevada resiliência (74,6%).

**Tabela 15** – Resultados dos níveis de Resiliência da EAER segundo o Género

<b>Sexo</b>	<b>Níveis de Resiliência</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>% válida</b>	
Masculino	Válido	Baixo	1	0,2	0,2
		Médio	34	12,1	12,1
		Elevado	247	87,9	87,9
		Total	281	100	100
Feminino	Válido	Baixo	4	1,3	1,3
		Médio	75	23,8	23,9
		Elevado	235	74,6	74,8
		Total	314	99,7	100
	Omisso	Sistema	1	0,3	
	Total		315	100	

**Tabela 16** – Resultados dos níveis de Resiliência da EAER de grupo

	<b>Sexo</b>	<b>N</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio padrão</b>
EAER_Total	Masculino	281	60,29	6,36
	Feminino	315	58,14	8,92

Os adolescentes do sexo feminino apresentam valores mais baixos de resiliência que os adolescentes do sexo masculino, com diferenças estatisticamente significativas ( $p=0,001$ ) para um intervalo de confiança de 95%.

**Tabela 17** – Resultados estatísticos da aplicação do test t de student

		t	P
EAER_Total	Variâncias iguais assumidas	3,365	0,001
	Variância iguais não assumidas	3,428	0,001

Desta forma foi concretizado o **objetivo específico**: c) determinar o nível de resiliência dos adolescentes do 2º e 3º ciclo de escolaridade e ensino secundário de um concelho da região centro.

Através da EMSVA foi avaliada a satisfação com a vida nas 7 dimensões que a escala contempla: família; *self*; escola; *self* comparado; não violência; autoeficácia; e amizade. Esta escala encontra-se em processo de validação, no âmbito do Observatório de Saúde Mental de um concelho da região centro, no qual se insere a presente investigação.

De acordo com as dimensões da EMSVA, os elementos da população variaram entre: os 580 adolescentes na dimensão família (17 casos omissos); 575 adolescentes na dimensão *self* (22 casos omissos); 590 adolescentes na dimensão escola (7 casos omissos); 573 adolescentes na dimensão *self* comparado (24 casos omissos); 582 adolescentes na dimensão não-violência (15 casos omissos); 581 adolescentes na dimensão autoeficácia (16 casos omissos); 577 adolescentes na dimensão amizade (20 casos omissos). De uma forma geral evidenciam-se scores médios baixo na satisfação com a vida nos adolescentes em todas as dimensões, com maior predomínio nas dimensões *self* comparado com uma média de 20,58 e desvio padrão de 5,29, escola com uma média de 22,72 e desvio padrão de 4,66 e não violência com uma média de 23,19 e desvio padrão de 3,91. Os adolescentes apresentam um maior grau de satisfação na dimensão família com uma média de 43,57 e desvio padrão de 7,22.

**Tabela 18** – Resultados estatísticos da aplicação da EMSVA

		<b>Família</b>	<b>Self</b>	<b>Escola</b>	<b>Self Comparado</b>	<b>Não violência</b>	<b>Autoeficácia</b>	<b>Amizade</b>
<b>N</b>	Válido	580	575	590	573	582	581	577
	Omisso	17	22	7	24	15	16	20
Média		43,57	34,52	22,72	20,58	23,19	25,94	34,03
Mediana		46,00	36,00	23,00	20,00	23,00	26,00	35,00
Moda		50,00	43,00	24,00	18,00	23,00	28,00	39,00
Desvio Padrão		7,22	7,56	4,66	5,29	3,91	4,41	4,80
Mínimo		10,00	9,00	6,00	6,00	11,00	7,00	10,00
Máximo		50,00	45,00	30,00	30,00	30,00	35,00	40,00

Os elementos da população, quando comparados quanto ao género, os adolescentes do sexo feminino, com uma média de 3,73 e desvio padrão de 0,64, apresentam valores mais baixos de satisfação com a vida que os adolescentes do sexo masculino nos quais de verifica uma média de 3,93 e desvio padrão de 0,59.

**Tabela 19** – Resultados de satisfação com a vida da EMSVA de grupo

	<b>Sexo</b>	<b>N</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio padrão</b>
EMSVA_Total_média	Masculino	280	3,93	0,59
	Feminino	315	3,73	0,64

Os adolescentes do sexo feminino apresentam valores mais baixos de satisfação com a vida que os adolescentes do sexo masculino, com diferenças estatisticamente significativas ( $p < 0,001$ ) para um intervalo de confiança de 95%.

**Tabela 20** – Resultados estatísticos da aplicação do test t de student

		<b>t</b>	<b>p</b>
EMSVA_Total_média	Variâncias iguais assumidas	4,02	0,00
	Variância iguais não assumidas	4,04	0,00

Desta forma foi concretizado o **objetivo específico**: d) determinar o score da satisfação de vida da população.

#### 4 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Após a apresentação dos dados é fundamental realizar-se uma interpretação dos mesmos. Esta fase do processo de investigação envolve um processo de reflexão em que se analisa e verifica a importância dos dados. Neste sentido, é considerada como uma operação intelectual que permite decompor toda a informação/dados colhidos em partes com a finalidade de descrever e procurar eventuais relações entre as partes (Vaz Freixo, 2009).

Assim, neste capítulo será realizada a discussão detalhada dos resultados obtidos apresentados anteriormente.

Apresentando o presente estudo, como finalidade, a caracterização da SM dos adolescentes que frequentam o 2º e 3º ciclo e ensino secundário de um concelho da região centro, colocou-se a seguinte questão de investigação: **Q1 – Qual o estado atual de saúde mental dos adolescentes do 2º e 3º ciclo e ensino secundário de um concelho da região centro especificamente no que se refere ao bem-estar subjetivo, à resiliência e à satisfação com a vida?** Para dar resposta à presente questão de investigação foi aplicado um questionário que contempla dados sociodemográficos e as escalas MHC-SF, EARE e EMSVA.

Neste sentido, inicialmente, foi realizada a caracterização da população de acordo com as variáveis sociodemográficas idade, género, ano de escolaridade, ambiente familiar, relação de amizade / grupo de pares e interesse escolar.

A população é constituída por 752 adolescentes dos quais responderam 597 adolescentes. Especificamente, responderam 140 (83,33%) do total de 168 que frequentam o 2º ciclo, 279 (93,93%) do total de 297 que frequentam o 3º ciclo e 178 adolescentes (62,02%) do total de 287 que frequentam o ensino secundário. A distribuição por nível de ensino no concelho em que foi realizada a investigação é apenas parcialmente sobreponível, apresentando uma relação inversa entre o 3º ciclo e o ensino secundário, quando comparada com a Taxa bruta de escolarização por nível de ensino (2º e 3º ciclo e ensino secundário) a nível nacional no ano de 2020, na qual a taxa

de frequência de estudantes aumenta progressivamente do 2º ciclo para o ensino secundário (Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2021a).

No que concerne à **idade**, podemos constatar que os elementos da população que responderam ao questionário são 597 adolescentes encontrando-se distribuídos entre os 9 e os 20 anos. Apresentando maior incidência nos 14 anos (16,3%), 13 anos (13,7%) e 12 anos (13,6%). Os elementos da população encontram-se em minoria na faixa etária dos 9 (0,2%) e 20 anos (0,2%). A maior incidência verifica-se aos 14 anos, devendo ser um dos fatores a considerar para potenciar o nível de vigilância de possíveis comportamentos desadaptativos da esfera da SM. Este fator é relevante, devido ao facto de metade das condições de SM terem início aos 14 anos, no entanto a maioria não é detetada e tratada (WHO, 2013).

No que se refere ao **género**, nos elementos da população que responderam ao questionário, foi identificado um caso omissivo. Neste sentido, foram elegíveis 596 adolescentes. Evidencia-se uma predominância do género feminino com 315 adolescentes (52,9%). Contemplando a população respondente 281 adolescentes do sexo masculino (47,1%). Este contexto difere da Taxa bruta de escolarização por nível de ensino (2º e 3º ciclo e ensino secundário) e género a nível nacional no ano de 2020, na qual a taxa de frequência de estudantes do sexo masculino é predominante (Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2021b).

A idade e o género demonstram ter um papel importante para a avaliação do bem-estar (Silva, 2016). Esta evidência encontra-se espelhada em vários estudos, em que os níveis de bem-estar dos adolescentes mais jovens são maiores do que os observados em idades mais avançadas (Silva et al., 2010). O mesmo autor, num estudo com 4877 indivíduos, avaliou a autoperceção que as crianças e adolescentes tinham acerca do bem-estar e a perceção da escola, tendo verificado que é no género masculino que existem maiores níveis de bem-estar, quando comparado com o género feminino, principalmente na componente afetivo-emocional.

Reina et al. (2010), num estudo com 2400 adolescentes que frequentavam o 2º e 3º ciclo e ensino secundário, com idades compreendidas entre os 12 e os 17 anos, verificaram que os adolescentes dos 12 aos 13 anos apresentavam scores superiores de bem-estar (satisfação de vida, de autoestima e autoeficácia), quando comparado com os adolescentes dos 14 aos 15 anos e dos 16 aos 17 anos. Concluíram ainda que os

adolescentes do sexo masculino apresentavam scores de bem-estar superiores relativamente aos adolescentes do sexo feminino.

Segabinazi et al. (2012), num estudo com 425 estudantes com idades compreendidas entre os 14 e 19 anos, concluíram que os adolescentes do sexo masculino apresentam médias mais elevadas de afeto positivo e os adolescentes do sexo feminino médias mais elevadas de afeto negativo. O tipo de afeto segundo os mesmos autores permite avaliar a dimensão afetiva do bem-estar subjetivo de adolescentes.

Sarriera et al. (2013), num estudo com 1588 adolescentes, verificaram que o grupo com idades compreendidas entre 12 e os 14 anos apresentavam um nível de bem-estar pessoal (satisfação em estar com a mãe, com os amigos e com outros familiares, em fazer desporto, estudar e pensar no tempo livre) com um score de 26%. Já para os participantes com 15 e 16 anos de idade, demonstraram que a satisfação em estar com a mãe, com o pai, com os amigos e com outros familiares, bem como participarem de outros jogos, dedicar-se aos seus hobbies e fazer outras coisas com o computador, correspondiam a 23% do seu bem-estar pessoal.

Quanto ao **ano de escolaridade**, os elementos da população encontram-se distribuídos entre o 5º ano e o 12º ano, apresentando uma distribuição tendencialmente uniforme. No entanto destaca-se o 7º ano com maior frequência de adolescentes 99 (16,6%) e o 11º ano com uma acentuada minoria de adolescentes 35 (5,9%). Este é um fator importante a ter em conta, dado que segundo Ventura (2016) a escolaridade aparenta condicionar o bem-estar psicológico. Especificamente, a autora verificou que os adolescentes do 3º ciclo apresentaram scores estatísticos superiores nas dimensões, objetivos de vida e aceitação de si, em relação aos adolescentes do ensino secundário. Este resultado foi surpreendente, dado que seria de esperar que os alunos do ensino secundário apresentassem scores estatísticos mais elevados nas dimensões referidas, por já terem realizado algumas das suas escolhas relativamente aos estudos, por se encontrarem numa fase da adolescência em que se pressupõe que tenham orientações nas diferentes dimensões de vida mais definidas, e com o evoluir da adolescência os adolescentes tendem a ser menos conformistas em relação ao seu grupo de pares.

Quanto ao **ambiente familiar** os elementos respondentes variam entre os 5 e os 348 tendo em conta o nível de satisfação. Especificamente, 0,8% dos adolescentes caracterizaram o seu ambiente familiar como mau, 9,4% de razoável, 31,5% bom e

58,3% como muito bom. Verifica-se uma maior incidência dos adolescentes que caracterizam o seu ambiente familiar como muito bom (58,3%). No que se refere à **relação de amizade/grupo de pares**, foram elegíveis 596 adolescentes. Dos 596 adolescentes elegíveis, 10 adolescentes encontram-se insatisfeitos com as relações de amizade realizadas no contexto do grupo de pares onde estão inseridas. Verificou-se ainda que 586 adolescentes estão satisfeitos com as relações de amizade no contexto do grupo de pares a que pertencem. Apesar de a percentagem de adolescentes que caracterizam o seu ambiente familiar como mau (0,8%), e de adolescentes insatisfeitos com as relações de amizade (1,7%), serem tendencialmente scores residuais, serão sempre dados a ter em consideração devido ao facto de a família e o grupo de pares serem dois polos basilares na fase da adolescência. A importância da família nesta fase de desenvolvimento dos adolescentes é descrita por Costa (2019), como um dos fatores mais poderosos que afetam as trajetórias de indivíduos ao longo da vida e apresenta um papel crucial no desenvolvimento sociocognitivo dos adolescentes, contribuindo para o nível da saúde e do bem-estar. A família é a matriz da aprendizagem humana, com significados e práticas culturais próprias que geram modelos de relação interpessoal e intrapessoal. (Amazonas et al, 2003; Kreppner, 1992 e 2000, como citado em Dessen & Polonia, 2007).

Segundo Zal (1992) o grupo de pares não só ajuda o jovem a estabelecer relações pessoais e sociais, significativas e saudáveis, como lhe permite também partilhar sentimentos profundos e íntimos, adquirir a capacidade de entender os sentimentos dos outros e reagir de forma compreensiva. A aquisição de um autoconceito positivo está relacionada com as interações estabelecidas com os colegas e integração de valores sociais.

Embora a relação com os pares possa não ser de amizade, a função mais importante dessa relação positiva designa-se como sendo a de facultar uma base de segurança extrafamiliar, a partir da qual o adolescente pode explorar os efeitos que os seus comportamentos têm em si próprio, no seu grupo de pares e nos restantes contextos e ambientes. (Rubin et al., 2005, como citado em Leite, 2021)

O grupo de pares apresenta um papel relevante na escola, nomeadamente no contexto socio-relacional dos adolescentes em que as relações positivas estabelecidas, contribuem para o desenvolvimento de sentimentos de pertença à escola, promovendo a adoção de objetivos socialmente aceites. A aceitação por parte do grupo de pares tem

vindo a ser relacionada de forma positiva com resultados motivacionais, nomeadamente com a satisfação com a escola (Furrer & Skinner, 2003; Lynch et al., 2013; You, 2011; Connell & Wellborn, 1991; Wentzel, 1994; Wentzel & Asher, 1995; como citado em Leite, 2021).

Neste sentido, é de extrema importância caracterizar o interesse escolar do adolescente.

Relativamente ao **interesse escolar**, foram elegíveis 596 adolescentes. Os adolescentes respondentes variam entre os 7 e os 225 tendo em conta o nível de satisfação. Especificamente, 1,2% dos adolescentes não tem interesse na escola, 6,2% referem ter pouco interesse escolar, 54,8% dos adolescentes caracterizam o seu interesse escolar como suficiente e 37,7% dos adolescentes como muito. Verifica-se uma maioria nos adolescentes que caracterizam o seu interesse escolar como suficiente (54,8%). Ferreira et al. (2021) referem que os adolescentes destacam as condições materiais e de organização da escola como aspetos que contribuem para o baixo interesse escolar, assim como valorizam a relação estabelecida com os docentes como fator fundamental para o seu envolvimento escolar. Estas condicionantes remetem-nos para o conceito de resiliência escolar, ou seja,

(...) é, a capacidade de o indivíduo ficar na escola, apesar dum conjunto de características dos subsistemas que motivariam para o abandono escolar, explica-se pela interação positiva que acontece entre os mesmos subsistemas, muitas vezes por intervenção externa de natureza preventiva. (Ministério da Educação / Ministério da Segurança Social e do Trabalho, 2004, p.28)

Ferreira, et al. (2021) destacam que é fundamental reconhecer os adolescentes como atores ativos no processo de transformação escolar e desconstruir a ideia preconcebida de os adolescentes serem naturalmente desinteressados.

Os estudos têm demonstrado “grande influência da família e do grupo de pares sobre os adolescentes, os quais podem funcionar como rede de proteção, favorecer o desenvolvimento saudável dos jovens e servir como fonte de apoio social, o que proporciona maior sentimento de bem-estar” (Amparo et al., 2008 e Segabinazi et al., 2012, como citado em Silva, 2016).

O bem-estar subjetivo (ou hedónico) advém de uma reflexão filosófica sobre o bem-estar que engloba uma dimensão cognitiva, a satisfação com a vida, e uma dimensão emocional, constituída por afeto positivo e reduzido afeto negativo (Diener et al., 2002; Siqueira & Padovam, 2008). Por outro lado, o bem-estar psicológico (eudaimónico) consiste no pleno funcionamento das potencialidades de uma pessoa, ou seja, na capacidade de pensar, usar o raciocínio e o bom senso (Freire et al., 2013; Keyes et al., 2002). De forma geral, os estudos relativos ao bem-estar associam-se à felicidade e tendem a adotar uma destas conceptualizações: hedónica ou eudaimónica. (Mota & Oliveira, 2020)

“O bem-estar subjetivo é a avaliação que as pessoas fazem das suas próprias vidas (Matamá et al., 2017). Compreender este processo, permite-nos compreender melhor a pessoa em desenvolvimento e analisar os fatores que mais contribuem para o mesmo” (Leite, 2021, p.13-14)

O bem-estar subjetivo encontra-se na área de prevenção e promoção da saúde, o que justifica o seu estudo, especificamente, na promoção em períodos iniciais da vida, principalmente numa das etapas fundamentais para o desenvolvimento humano como a adolescência (Diener, 2000, como citado em Silva 2016).

No contexto da presente investigação, tendo em conta Keyes, 2002, referido por Matos et al., 2010, considerou-se que o bem-estar subjetivo contempla a dimensões de bem-estar emocional, bem-estar psicológico e bem-estar social.

Neste sentido, através da utilização do MHC-SF foi avaliado o bem-estar subjetivo dos elementos da população alvo em três dimensões, bem-estar emocional, bem-estar social e bem-estar psicológico. Relativamente ao preenchimento total do MHC-SF, foram elegíveis 569 adolescentes. Verificou-se que a média dos elementos da população que efetuaram o preenchimento total do MHC-SF foi de 50,36, com desvio padrão de 13,79. No entanto, de acordo com as dimensões do MHC-SF, os adolescentes que responderam variam entre: os 591 adolescentes no bem-estar emocional, com uma média de 11,85 e desvio padrão de 2,77; 579 adolescentes no bem-estar social, com uma média de 16,24 e

desvio padrão de 6,11; e os 590 adolescentes no bem-estar psicológico, com uma média de 22,28 e desvio padrão de 6,05.

Quando comparados quanto ao género, os adolescentes do sexo feminino, com uma média de 47,31 e desvio padrão de 11,29, apresentam valores mais baixos de bem-estar subjetivo que os do sexo masculino nos quais se verifica uma média de 53,86 e desvio padrão de 14,98. Os resultados foram considerados estatisticamente significativos ( $p < 0,001$ ) para um intervalo de confiança de 95%.

Neste sentido, os resultados da presente investigação, demonstram que a população alvo apresenta menor bem-estar emocional (11,85%).

A existência de menor bem-estar subjetivo em adolescentes do sexo feminino vai ao encontro das evidências descritas por outros investigadores. Pinto et al., (2018) num estudo transversal com 300 adolescentes referem que os adolescentes do sexo feminino apresentam menor bem-estar subjetivo e menor qualidade de vida, associados à presença de potenciais sintomas depressivos. Silva (2018) num estudo com 118 adolescentes, verificou que existiam diferenças estatisticamente significativas entre os géneros, em que os adolescentes do sexo feminino, apresentam níveis de bem-estar psicológico mais baixos que os adolescentes do sexo masculino; o estudo de Gonçalves (2013), realizado com 38 adolescentes, com idades entre os 10 e os 18 anos, verificou a existência de níveis de bem-estar psicológico mais baixos nos adolescentes do sexo feminino. No entanto existem estudos que referem que não existem diferenças estatísticas significativas quando comparados os níveis de bem-estar psicológico por género. São exemplo o estudo de Ventura (2016) realizado com 642 adolescentes, a frequentarem o ensino básico e secundário em escolas da região Centro de Portugal, com idades entre 12 e os 18 anos; o estudo de Visani et al., (2011) realizado com 562 adolescentes com idades entre os 11 e os 18 anos, também não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os géneros; e o estudo de Khan et al., (2015), realizado com 345 adolescentes com idades entre os 12 e os 18 anos, não se obteve diferenças estatisticamente significativas quanto ao género.

O bem-estar é considerado uma parte integrante, fundamental, da saúde (OMS, 1993). Neste sentido o bem-estar tem sido definido como um dos fatores fundamentais da vida, dado que o ser humano precisa de estar em equilíbrio físico, psíquico, emocional e espiritual para manifestar um bom funcionamento da sua atividade psíquica e somática.

Neste contexto a saúde deve ser considerada como um recurso para a vida, na qual as atitudes positivas são fundamentais para enfrentar as adversidades (Himmed, 2001, como citado em Lemes et al., 2018). A espiritualidade/religiosidade é vista como um fator importante que contribui para o bem-estar subjetivo, encontrando-se descrito em diversos estudos. Silva (2016) refere a existência de médias mais alta de bem-estar subjetivo entre os adolescentes que referem ter alguma religião, resultados semelhantes encontrados por outros investigadores (AbdelKhalek, 2010; Silva & Santos, 2013; Souza et al., 2012). Para enfrentar as adversidades como acontecimentos naturais da vida é crucial que os adolescentes sejam resilientes.

A pesquisa sobre resiliência nas últimas duas décadas (Haskett, Nears, Ward, & McPherson, 2006; Windle, 2010; Windle, Bennett, & Noyes, 2011), as políticas de saúde bem como a valorização do referido construto em programas de intervenção (Friedli, 2009), têm contribuído para reconhecer a resiliência como um fator importante para a saúde, bem-estar e qualidade de vida ao longo da vida (Sikkes, Lange-de Klerk, Pijnenburg, Scheltens, & Uitdehaag, 2008; Windle, 2010; Windle et al., 2011). O interesse teórico e prático em relação à resiliência em diferentes situações e etapas da vida tem feito com que seja atualmente encarada como a chave para explicar a resistência ao risco ao longo da vida e como as pessoas se recuperam e lidam com vários desafios (Windle, 2010). (Matos & Rosário, 2013, p.806)

A resiliência envolve os construtos de competência e *coping*. Embora os termos *coping*, competência e resiliência sejam usados como se fossem um único construto, eles reportam aspetos distintos do sucesso do desenvolvimento e adaptação. A principal distinção é que o *coping* refere-se a processos de adaptação, a competência consiste nas características e recursos que são necessários para uma adaptação bem-sucedida, e a resiliência remete para os resultados para os quais a competência e o *coping* foram efetivamente colocados em ação em resposta ao stress causado pela adversidade.

Neste contexto, o *coping* ou estratégias de *coping*, que constitui a terceira dimensão da escala de resiliência EAER, pode ser visto como o esforço para mobilizar competências

ou recursos pessoais, que nos remete para a primeira dimensão (Suporte externo) e segunda dimensão (Forças pessoais internas) da escala de resiliência EAER, e a resiliência é considerada como o resultado bem-sucedido dessas ações.

Skinner e Zimmer-Gembeck (2008) referem que os adolescentes privilegiam quatro grandes estratégias de *coping*: procura de suporte, resolução de problemas, fuga e distração.

Assim, as estratégias de *coping* são consideradas um aspeto basilar para uma adaptação bem-sucedida às adversidades. Os adolescentes que possuem uma vasta panóplia de estratégias de *coping* eficazes, são resilientes perante as várias situações de adversidade (Lima et al., 2002).

Neste sentido, o desenvolvimento das estratégias de *coping* na adolescência, enquanto fator que contribui para a resiliência, é fundamental, dado que o modo como os adolescentes lidam com o stresse tornam-se potenciais mediadores e moderadores do seu impacto, tanto na sua adaptação, como em potenciais psicopatologias, atuais e futuras (Compas et al., 2001).

Diferentes autores relatam a existência de diferenças de género quanto à tipologia das estratégias de *coping* utilizadas. As meninas tendencialmente utilizam estratégias de *coping* centradas na emoção, como a expressão de emoções e a procura de apoio social, enquanto que os rapazes usam estratégias de *coping* mais diretas, focalizadas no problema ou mesmo de evitação (Piko, 2001, como citado em Câmara & Carlotto, 2007).

Mayordomo-Rodríguez, et al. (2015), num estudo com 405 jovens adultos, concluíram que as estratégias de *coping* focadas no problema previram positivamente uma parte significativa da variação no bem-estar, enquanto que as estratégias de *coping* focadas na emoção previram negativamente o bem-estar.

No entanto, Barrón, et al. (2002), verificou num estudo com 417 adolescentes entre os 15 e 18 anos, que no estilo de estratégias de *coping* focadas na emoção, as adolescentes do sexo feminino procuram apoio emocional para melhorar o seu bem-estar. Por sua vez quando os adolescentes do sexo masculino procuram este tipo de estratégia, apresentam maior sucesso académico e mantém o seu bem-estar psicológico (Parsons et al., 1996).

Dias (2014), refere que Bandeira (2011) num estudo com adolescentes, com idades compreendidas entre os 14 e os 23 anos, concluiu que a estratégia de *coping* “fuga” encontra-se negativamente correlacionada com a variável satisfação com a vida, por outro lado a estratégia de *coping* “reavaliação positiva” encontra-se positivamente relacionada com a satisfação com a vida.

Segundo Compas, et al. (1988) como citado em Sousa (2015), identificou-se uma correlação positiva entre o *coping* focado no problema e a SM dos adolescentes. Por outro lado, foi descrita que o *coping* focado na emoção apresenta uma correlação positiva com problemas emocionais e comportamentais. O conhecimento sobre o tipo de estratégias de *coping*, assim como do seu grau de eficácia permitirá direcionar a intervenção no âmbito da promoção e prevenção.

Neste sentido, a resiliência pode ser definida como a capacidade de uma pessoa enfrentar positivamente a adversidade mobilizando recursos internos e externos para gerar competências que lhe permitam encarar a situação negativa como uma oportunidade de aprendizagem e crescimento. Existem vários fatores envolvidos na capacidade de resiliência dos adolescentes, nomeadamente, fatores de risco e fatores protetores. Estes fatores podem ser pessoais, familiares, interpessoais e comunitários. (Jardim & Pereira, 2006; Murphey et al., 2013).

Os adolescentes resilientes apresentam maior probabilidade de realizarem uma transição positiva para a vida adulta, independentemente das dificuldades com que são confrontados (Simões, 2007, Oliveira, 2010, Murphey, Barry e Vaughn, 2013, como citado em Sousa, 2015).

Neste contexto, a resiliência foi avaliada através da aplicação da escala EAER. Relativamente ao preenchimento da EAER foram elegidos 597 adolescentes da população alvo, verificando-se uma média global de 59,11 e um desvio padrão de 7,95, oscilando entre um mínimo de 23 e um máximo de 84.

Através da aplicação da EAER foi avaliado a resiliência especificamente em três dimensões, suporte externo, forças pessoais internas e estratégias de *coping*. De acordo com as dimensões da EAER, os elementos da população alvo variam entre: os 594 adolescentes no suporte externo, com uma média de 21,68 e desvio padrão de 3,06; 593 adolescentes nas forças internas pessoais, com uma média de 17,92 e desvio padrão de

2,08; e os 590 adolescentes nas estratégias de *coping*, com uma média de 19,63 e desvio padrão de 3,95.

A EAER segundo os autores, avalia a resiliência em três níveis: baixo, médio e elevado. Neste sentido, verifica-se que a maioria (80,9%) dos adolescentes apresenta um nível de resiliência elevada (1 em cada 5) e apenas 0,7% dos adolescentes apresenta baixo nível de resiliência.

Os elementos da população, quando comparados quanto ao gênero, os adolescentes do sexo feminino, com uma média de 58,14 e desvio padrão de 8,92, apresentam valores mais baixos de resiliência que os adolescentes do sexo masculino nos quais se verifica uma média de 60,29 e desvio padrão de 6,36, com diferenças estatisticamente significativas ( $p=0,001$ ) para um intervalo de confiança de 95%. Os níveis de resiliência nos adolescentes do sexo feminino variam entre os níveis de baixa resiliência (1,3%) e elevada resiliência (74,6%).

Os dados que emergiram da nossa investigação são corroborados por alguns estudos como o estudo de Essau, Conradt e Petermann (2000) realizado com adolescentes, com idades entre os 12 e os 17 anos, demonstrou que os adolescentes do sexo feminino apresentavam mais sintomas ansiosos que os adolescentes do sexo masculino. Refere ainda que os sintomas tendem a aumentar com a idade. Nesta linha de pensamento, num estudo realizado por Matos et al., (2003) com crianças e adolescentes portugueses, entre os 10 e os 17 anos, concluíram que os participantes do sexo feminino apresentaram mais sintomas de ansiedade e/ou depressão do que os participantes do sexo masculino (Borges, et al., 2008). Esta evidência científica poderá remeter para níveis de resiliência mais baixos nos adolescentes do sexo feminino quando comparados com adolescentes do sexo masculino

Por outro lado, existem estudos que contrariam os dados evidenciados pela presente investigação, ou seja, não existem diferenças estatisticamente significativas no nível de resiliência quanto ao gênero, nomeadamente, o estudo de Lemos (2007) realizado com 628 adolescentes, refere que em termos de scores gerais de resiliência quanto ao gênero, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas. Descreve especificamente quanto às dimensões envolvimento com os pares e recursos internos, que se enquadram parcialmente nas dimensões suporte externo e forças pessoais internas da escala EAER, que os adolescentes do sexo feminino inclusivamente apresentam mais recursos e

tendem a perceber-se de forma mais positiva. O mesmo autor refere que os adolescentes mais novos apresentam níveis mais elevados de resiliência, quando comparados com os adolescentes mais velhos, possivelmente devido ao facto de apresentarem relações de maior proximidade emocional com adultos significativos, nos vários contextos onde estão inseridos, na escola, família e comunidade. O estudo de Sousa (2015), realizado com 226 adolescentes, com idades compreendidas entre os 12 e os 18 anos, relativamente ao sexo e à idade corroborou os dados descritos por Lemos (2007) e destaca que as variáveis, ambiente familiar e interesse escolar, influenciam o nível de resiliência dos adolescentes. Ou seja, os adolescentes com uma percepção do ambiente familiar “mau ou razoável” apresentam níveis mais baixos de resiliência. Os adolescentes que percebem o seu ambiente familiar como “muito bom” apresentam níveis mais elevados de resiliência quando comparados com os adolescentes que percebem o seu ambiente familiar como “bom” e “mau ou razoável”. Estes dados são corroborados por outras investigações (Lemos, 2007; Silva, 2009; Zolkoski & Bullock, 2012), os quais referem o papel importante do ambiente familiar positivo dos adolescentes no aumento da capacidade de resiliência. Esta evidência vai ao encontro dos dados obtidos na nossa investigação sobre a percepção do adolescente relativamente ao ambiente familiar, e sobre o nível de resiliência, na qual se verificou uma maior incidência dos adolescentes que caracterizam o seu ambiente familiar como muito bom (58,3%) e que a maioria dos adolescentes (80,9%) apresenta um nível de resiliência elevada (1 em cada 5).

Em relação aos níveis de interesse escolar, Sousa (2015) verificou que os adolescentes que caracterizavam o interesse escolar como “nenhum” apresentam níveis mais baixos de resiliência quando comparados com os restantes grupos (“pouco”, “suficiente” e “muito” interesse escolar) e os adolescentes do grupo com “muito” interesse escolar apresentam níveis mais elevados de resiliência quando comparados com os restantes grupos. Estes resultados são corroborados pelo estudo de Zolkoski e Bullock (2012), onde é referida a importância do interesse escolar na capacidade de resiliência. No nosso estudo 54,8% dos adolescentes caracterizam o seu interesse escolar como “suficiente” e 37,7 dos adolescentes como “muito”

É possível que o interesse escolar aumente a motivação para obter um bom desempenho escolar. O sucesso académico promove no adolescente um sentimento de autoeficácia e contribui para o desenvolvimento de um autoconceito positivo. O interesse escolar pode

influenciar positivamente as relações estabelecidas com os pares, professores e outros adultos significativos. Todos estes fatores promovem a capacidade de resiliência (Sousa, 2015)

Outros estudos referem que os adolescentes do sexo feminino apresentam mais recursos / níveis de resiliência mais elevados quando comparados com os adolescentes do sexo masculino. Um exemplo é o estudo de Costa (2019) realizado com 1135 adolescentes com idades entre os 11 e os 18 anos, no Concelho de Guimarães.

Num estudo realizado com 224 adolescentes, constatou-se que os adolescentes com níveis mais elevados de resiliência em situações de elevada tensão, apresentaram níveis de bem-estar psicológico mais elevados. Na nossa investigação a dimensão do bem-estar psicológico é a que apresenta média mais elevada (22,28%). Esta evidência demonstra que o bem-estar psicológico é um bom preditor da resiliência (Sagone & De Caroli, 2014, como citado em Ventura, 2016). Este dado emerge na nossa investigação, nomeadamente, a dimensão bem-estar-psicológico que traduz o score médio mais alto 22,28 e apresenta uma relação positiva com o nível de resiliência, dado que os adolescentes da população alvo em geral, têm níveis elevados de resiliência.

Num estudo realizado com 216 adolescentes, relata a existência de uma “... correlação positiva forte encontrada entre a autoestima e a satisfação com a vida. (...) Esse resultado é interessante, pois a autoestima parece associar-se mais a uma medida de bem-estar subjetivo (satisfação com a vida) (Freire & Tavares, 2011, p.187). Esta evidência sugere que se potenciar o bem-estar nas suas dimensões, poderá aumentar-se os níveis de resiliência e de satisfação com a vida

A satisfação com a vida diz respeito à componente cognitiva do bem-estar subjetivo e é o julgamento que um indivíduo faz sobre a sua vida, sendo que avaliação da satisfação está dependente da comparação das circunstâncias de vida que a pessoa tem com o que é por ela considerado desejado ou adequado. Quanto menor é esta discrepância maior é a satisfação com a vida (Keys, et al., 2002; Diener et al., 1985; como citado em Dias, 2014).

Assim, a forma como o indivíduo se percebe em relação à vida é fundamental para lidar com as adversidades do dia a dia (Costa & Pereira, 2007).

O nível de satisfação com a vida pode ser considerado um regulador de emoções (Poletto, 2011).

Os investigadores têm sido unânimes ao considerar que os adolescentes, em medidas unidimensionais, reportam bons níveis de bem-estar subjetivo. No entanto, os níveis de bem-estar não são tão elevados quando se avalia o bem-estar através de escalas multidimensionais que são muito mais abrangentes. Ou seja, em relação aos diferentes contextos da vida do adolescente, que consideram, por exemplo, o nível de bem-estar (satisfação com a vida) em relação à família, à amizade, à escola, ao *Self*, ao *Self* comparado, não-violência, auto-eficácia. (Diener, 1996; Wagner, et al., 1999, como citado em Arteché & Bandeira, 2003).

Neste sentido, através da EMSVA foi avaliada a satisfação com a vida nas 7 dimensões que a escala contempla: família; *self*; escola; *self* comparado; não-violência; autoeficácia; e amizade. Esta escala encontra-se em processo de validação, no âmbito do Observatório de Saúde Mental de um concelho da região centro, no qual se insere a presente investigação.

De acordo com as dimensões da EMSVA, os elementos da amostra variaram entre: os 580 adolescentes na dimensão família; 575 adolescentes na dimensão *self*; 590 adolescentes na dimensão escola; 573 adolescentes na dimensão *self* comparado; 582 adolescentes na dimensão não-violência; 581 adolescentes na dimensão autoeficácia; 577 adolescentes na dimensão amizade. Evidenciam-se scores médios baixos na satisfação com a vida nos adolescentes, com maior predomínio nas dimensões *self* comparado com uma média de 20,58 e desvio padrão de 5,29, escola com uma média de 22,72 e desvio padrão de 4,66 e não-violência com uma média de 23,19 e desvio padrão de 3,91.

Os adolescentes da população alvo quando comparados quanto ao género, os adolescentes do sexo feminino, com uma média de 3,73 e desvio padrão de 0,64, apresentam valores mais baixos de satisfação com a vida que os adolescentes do sexo masculino nos quais se verifica uma média de 3,93 e desvio padrão de 0,59, com diferenças estatisticamente significativas ( $p < 0,001$ ) para um intervalo de confiança de 95%.

Os adolescentes apresentam um maior grau de satisfação na dimensão família com uma média de 43,57 e desvio padrão de 7,22. Este dado pode ser justificado pelo facto de a família ser considerada como o primeiro e também como um dos contextos de desenvolvimento e de socialização mais importantes na vida dos adolescentes, no seio

da qual, são proporcionadas um conjunto de experiências diversificadas. Estas vivências experienciadas promovidas pelos pais, professores e outras pessoas significativas, têm um papel privilegiado no desenvolvimento e crescimento positivo do adolescente (crescimento pessoal, autoconfiança, segurança, valorização, exploração e independência no estabelecimento das relações futuras) preparando os adolescentes para enfrentar as adversidades ao longo de cada etapa do desenvolvimento da vida. O desenvolvimento positivo contribui para a qualidade e satisfação com a vida. Neste sentido, as representações que o adolescente tem de si e do mundo, influenciam a forma como interpretam, antecipam e planeiam os eventos (Rodrigo & Palácios, 1998; Correia & Mota, 2016; Soares & Dias, 2007, como citado em Leite, 2021).

O estudo de Poletto (2011) realizado com 1080 crianças e adolescentes, verificou que quanto maior o nível de satisfação com a família maior o nível de satisfação com a escola e com as relações de amizade. Estes dados são parcialmente sobreponíveis com os resultados que emergiram da nossa investigação, nomeadamente, a satisfação com a vida no que se refere às relações de amizade, que surgem como a terceira dimensão com média mais alta (34,03%).

Nesta linha de pensamento, o estudo realizado por Silva (2016) realizado com 420 adolescentes com idades entre 12 e 18 anos, verificou que a satisfação com a família e amizades são considerados indicadores importantes para o bem-estar subjetivo dos adolescentes.

Na satisfação dos adolescentes com as amizades, emerge um dado interessante que se encontra espelhado no estudo de Huebner et al., (2000), com 5545 adolescentes, em que os adolescentes do sexo feminino apresentam maior nível de satisfação com as amizades quando comparados com os adolescentes do sexo masculino. Esta evidência é corroborada pelo estudo de Souza e Duarte (2013) realizado com 116 adolescentes. Este estudo destaca que a satisfação com as amizades, a família e com os relacionamentos amorosos em conjunto apresentam melhor valor preditivo de bem-estar subjetivo quando comparado as dimensões referidas individualmente.

“A qualidade positiva da amizade pode influenciar o ajustamento dos adolescentes. Estudos mostram os efeitos positivos da qualidade positiva da amizade, como elevada auto-estima e níveis menos elevados de solidão” (Demir & Urberg, 2004, como citado em Tomé, et al., 2011, p755).

A valorização das amizades pelos adolescentes, promove maior satisfação de vida dado que envolve características como companheirismo, ajuda, confiança e empatia (Huebner, et al., 2007; Serafini & Bandeira, 2011; Sarriera, et al., 2013).

As relações de amizade entre os adolescentes contribuem para a sua competência social por favorecer a aquisição de competências que potenciam a socialização, o desenvolvimento cognitivo e emocional, e capacidade de encarar positivamente as transformações do ambiente, ou seja, com resiliência (Cecconello & Koller, 2000, como citado em Silva, 2009).

O desenvolvimento positivo do adolescente encontra-se diretamente relacionado com o autoconceito e a autoestima. “O autoconceito e a autoestima são os dois termos que maior destaque tem na temática do conhecimento do *self*, uma vez que são duas entidades psicológicas distintas, que reenviam para diferentes formas de avaliação do *self*” (Peixoto & Almeida, 1999, como citado em Gonçalves, 2012, p.7). No entanto, estão ligados entre si fazendo parte do conceito geral do *self*. A autoestima resulta da relação entre o autoconceito real e o ideal, ou seja, resulta da relação entre a forma como a pessoa se percebe e a forma com gostaria de ser, sendo a característica mais importante do autoconceito (Fox, 1988; Azevedo & Faria, 2004; Romano et al, 2007; Valente, 2002 como citado em Feliciano, 2010).

Neste sentido, num estudo com 216 indivíduos, com idades compreendidas entre 15 e 19 anos, Freire e Tavares (2011), destacam a existência de uma correlação positiva forte entre a autoestima e a satisfação com a vida. Estes dados vão ao encontro dos resultados obtidos pela nossa investigação, na qual a satisfação com a vida dos adolescentes com o *Self* constitui a segunda dimensão mais cotada, com uma média de 34,52%. Este resultado é interessante, pois a autoestima parece associar-se mais a uma medida de bem-estar subjetivo (satisfação com a vida). O estudo de Poletto (2011), com 1080 crianças e adolescentes refere que quanto maior é a satisfação com o *Self*, maior é a satisfação com a família, com a escola e com as amizades. Estes resultados vão ao encontro dos dados obtidos na nossa investigação, nomeadamente, nas dimensões satisfação com a família com uma média 43,57% e relações de amizade 34,03%.

A autoestima, como avaliação do *self*, e a satisfação com a vida, como avaliação da vida no seu todo, parecem ter em comum um componente valorativo e emocional, ou seja, gostar de si ou da vida que tem (Freire & Tavares, 2011). A componente emocional vai

ao encontro da dimensão do bem-estar emocional da escala MHC-SF utilizada nesta investigação para caracterizar o bem-estar subjetivo da população alvo.

Neste sentido, as pesquisas vêm demonstrando que a satisfação com os relacionamentos interpessoais, seja na família ou com o grupo de pares, apresenta um papel relevante na avaliação do bem-estar subjetivo dos adolescentes. Esta evidência é corroborada por um estudo realizado com 4877 estudantes portugueses, em que foi avaliado bem-estar subjetivo relacionado com a comunicação com amigos e com os pais. Os adolescentes com níveis mais elevados de bem-estar subjetivo foram os que obtiveram também índices mais elevados de comunicação tanto com amigos quanto com os pais, indicando que os adolescentes mais felizes mantêm relações mais positivas não somente com os pares, mas também com a família (Tomé, et al., 2011).

Assim, quanto mais elevado é o nível de bem-estar pessoal, ou seja, a satisfação com a vida global, bem como o seu nível de vida relacionado com: a sua saúde; realização pessoal; relações pessoais; segurança; sentimento de pertença e de segurança nas relações futuras, melhor é a relação com os pais e com o grupo de pares. O adolescente inicia assim a sua autonomia passando a ser o seu foco de atenção o grupo de pares e o par amoroso. Estas relações contribuem para o desenvolvimento dos adolescentes dado que se manifestam como promotoras de bem-estar caracterizando-se como um suporte social (Collins & Lauren, 2004; Mooney et al., 2007; Schwartz et. al., 2010; como citado em Leite, 2021). Daraei (2013) como citado em Silva (2018), demonstrou que os adolescentes com boas relações interpessoais e com bom apoio social apresentavam níveis mais elevados de bem-estar psicológico.

Apesar da importância que o grupo de pares apresenta no desenvolvimento dos adolescentes, são um grupo menos estudado quando comparado com a família (Dias, 2014).

“O grupo de pares assume um maior destaque em especial na adolescência, onde as opiniões dos colegas e amigos vão influenciar a sua autoimagem” (Louro, 2013, p.53). Neste sentido, o autoconceito e as suas dimensões, tanto podem atuar como fatores protetores ou de risco, conforme as situações.

Dos múltiplos fatores que contribuem para o desenvolvimento do autoconceito, destacam-se a família, os grupos em que se inserem e a escola. Esta é um local para a construção e consolidação do autoconceito. A sua importância decorre de vários aspetos

nomeadamente, das interações que podem originar sentimentos de animosidade, rejeição, discriminação, aceitação ou popularidade e permitir processos de comparação social, o que se reflete na diferente forma com que os adolescentes vão construindo o seu autoconceito (Rodrigues & Batista, 2014), que pode ser mais elevado ou mais baixo. O “(...) baixo autoconceito pode ser um forte fator de risco para desencadear comportamentos desviantes ou estilos de vida negativos como, por exemplo, a delinquência” (Donnellan et al., 2005; Fergusson & Horwood, 2002; Webster et al., 2007; como citado em Guimarães, 2012, p.13), que podem causar comportamentos desadaptativos da esfera da SM. A promoção do autoconceito está associada a vários benefícios educativos, nomeadamente, a um aumento do envolvimento escolar, melhor desempenho académico e redução do abandono escolar (Cava & Musitu, 2000; Marsh & Craven, 2006, como citado em Coelho, 2014). Neste sentido, torna-se fundamental investir em medidas de apoio aos adolescentes que promovam um autoconceito e uma autoestima positiva, facilitando desta forma os processos de transição, possibilitando uma adaptação eficaz que lhes permitam lidar com as mudanças pessoais e contextuais adequadamente (Rodrigues & Batista, 2014).

A relação com os pares apresenta uma função primordial de segurança fora da célula familiar. Desta forma, o grupo de pares constitui um pilar basilar na escola, nomeadamente, no contexto socio-relacional dos adolescentes em que as relações positivas estabelecidas promovem o seu bem-estar. (Connell & Wellborn, 1991; Furrer & Skinner, 2003; Rubin et al., 2005; You, 2011; Lynch, et al, 2013; como citado em Leite, 2021). Ou seja, a valorização do relacionamento com o grupo de pares tem se mostrado um preditor de bem-estar na adolescência (Sarriera et al., 2013; Serafini & Bandeira, 2011).

Tendo em conta os resultados da nossa investigação a satisfação de vida com as relações de amizade apresenta uma média de 34,03%. Como já foi referido, a aceitação por parte do grupo de pares tem vindo a apresentar uma correlação positiva com fatores motivacionais, nomeadamente relacionados com a satisfação de vida com a escola (Wentzel, 1994; Wentzel & Asher, 1995; como citado em Leite, 2021), ao qual está diretamente associado o sucesso académico. O conjunto destes fatores cria no adolescente um sentimento de autoeficácia. Este facto correlaciona-se negativamente com os dados que emergiram da nossa investigação, nomeadamente, a satisfação de vida dos adolescentes em relação às *Self Comparado*/grupo de pares e à escola são as

dimensões que apresentam scores médios mais baixos, respetivamente 20,58% e 22,72%. Esta realidade poderá estar associada ao nível de interesse escolar dos adolescentes da população alvo, em que a maioria caracterizam o seu interesse escolar como suficiente (54,8%), 6,2% referem ainda ter pouco interesse escolar e 1,2% dos adolescentes não tem interesse na escola. Um outro dado que emerge da nossa investigação é a satisfação de vida dos adolescentes relacionada com o sentimento de autoeficácia, que apresenta uma média 25,94%.

Fernandes et al., (2011) num estudo com uma amostra de 698 adolescentes, com idades compreendidas entre os 12 e os 18 anos, verificaram que a satisfação com a escola exerce um efeito moderado nos níveis de bem-estar global. Esta evidência é corroborada pelos dados da presente investigação dado que a dimensão escola apresenta um score médio baixo de 22,72% e os elementos da população apresentam um nível médio de bem-estar subjetivo de 50,36%.

Neste contexto, a falta de envolvimento no seio do grupo de pares pode desencadear comportamentos de vitimização, exclusão, rejeição, o não estabelecimento de relações de amizade, agressões e o *Bullying*, que aumentam a probabilidade de afastamento / abandono escolar e de comportamentos disruptivos ou desviantes. (Wentzel, et al., 2004; Ma, et al., 2009; Juvonen, et al., 2011).

Ou seja, segundo Martins (2005), o fraco compromisso com a escola, o insucesso escolar e as dificuldades de aprendizagem são importantes fatores de risco que se relacionam com o abandono escolar precoce, com comportamentos desviantes e violentos, gravidez na adolescência e consumo de álcool ou substâncias ilícitas.

Desta forma, a rejeição e o não estabelecimento das relações de amizade contribuem para o desenvolvimento de afetos negativos. Neste sentido, Poletto (2011), num estudo realizado com 1080 crianças e adolescentes, verificou que quanto maior o afeto negativo, menor é o nível de satisfação com o *Self* comparado ou relação de pares e com a não-violência. Como resultado da nossa investigação a satisfação dos adolescentes com o *Self* comparado e com a não-violência são as dimensões com níveis de satisfação médios mais baixos, respetivamente, 20,58% e 23,18%.

O *bullying* nas escolas é atualmente um motivo de preocupação pelas potenciais consequências e efeitos nefastos para os adolescentes envolvidos. Este comportamento é considerado um preditor negativo do sucesso escolar, do desenvolvimento das

competências sociais e do bem-estar psicológico, tanto para as vítimas como para os agressores (Roland, 2002, como citado em Costa, 2019).

Neste sentido as escolas têm vindo a reconhecer a necessidade de se concentrarem no desenvolvimento saudável dos adolescentes. Este desenvolvimento positivo assenta na capacidade de resiliência, muitas vezes negligenciada, que pode ajudar os adolescentes a responder com sucesso à variedade de desafios que enfrentam. O desenvolvimento dessa competência interna pode complementar os esforços das escolas para criar um ambiente de aprendizagem seguro e de apoio, moldando o ambiente externo ao redor do adolescente. Neste contexto, o estudo realizado com 1204 adolescentes americanos, concluiu que a resiliência é um potente fator de proteção, tanto na prevenção da experiência com o *bullying* quanto na mitigação do seu efeito. Assim, é fundamental analisar estes comportamentos no ambiente escolar e trabalhar na sua prevenção através do desenvolvimento de programas de intervenção. (Hinduja & Patchin, 2017).

Wang, et al., (2009), como citado em Costa (2019) enfatizam o papel fundamental de uma parentalidade positiva como fator de proteção na adolescência, desincentivando os adolescentes de praticarem *bullying* a outros e de serem vítimas de *bullying*. Este tipo de comportamento contribui para uma baixa satisfação de vida.

Também a

... boa comunicação com os amigos surge relacionada com uma menor percepção de satisfação de vida e aumento de sintomas psicológicos. (...) Apesar dos amigos surgirem como fator de risco, estes não devem ser ignorados, mas observados com maior atenção de forma a ajudar os adolescentes a desenvolverem estratégias que permitam maior resistência à pressão dos amigos e do grupo de pares, impedindo um efeito negativo na sua saúde e bem-estar. (Tomé, et al., 2015, p.23)

Neste contexto, devem-se ajudar os adolescentes a desenvolver competências para criar um grupo unido, usando como regras, a sinceridade, as prioridades, as adversidades como geradoras de oportunidades, o responder e não reagir, fazer elogios a todos, cultivar o ato de ajudar, o uso da “ultraaudição” / escuta ativa, partilhar, alegrar e nutrir relações profundas; redescobrir o seu propósito de vida; incentivar a olhar para cada dia

como uma oportunidade de crescimento pessoal; e adotar hábitos alimentares, de descanso e de exercício físico saudáveis (Sharma, 2016; Hunter, 2013). Esta atitude só é possível através do autocontrole. Este surge da capacidade de *coping* para gerir as situações adversas de forma positiva promovendo o controlo emocional que ajuda a desenvolver a tolerância à frustração; a diminuir os comportamentos agressivos e autodestrutivos; a aumentar as sensações positivas; a estabelecer sentimentos de confiança e justiça; a diminuir o stress, solidão e ansiedade (Goleman, 2010, como citado em Leite, 2016; OE, 2011).

Assim, numa escola onde existe respeito e verdadeira consideração pelos talentos de cada aluno, reconhecendo-os como atores principais no processo académico, as expectativas de aprendizagem tornam-se mais elevadas e positivas. Esta conduta potencia o sucesso académico, contribui para o desenvolvimento de competências pessoais, como uma melhor autoestima e otimismo, e fomenta o aumento do nível de resiliência que ajuda os estudantes a evitar comportamentos problemáticos (Poletto, 2011)

Ou seja, nas escolas, as quais a Unesco chama de ‘inovadoras’ e ‘destacáveis’, existe uma grande panóplia de mecanismos de proteção, tais como: um clima de diálogo; valorização dos alunos enquanto atores principais; trabalho coletivo; autoridade escolar compartilhada; planeamento participativo; rotinas e atividades que vão além dos horários escolares; relação de afeto, de respeito e de confiança entre alunos, docentes e gestores; participação ativa da família e da comunidade nas atividades educacionais, resignificação do espaço físico da escola; desenvolvimento da sociabilidade e construção do sentido de pertença; gestão inovadora, aberta e flexível às mudanças; administração eficiente e estabilidade de recursos financeiros e materiais necessários às atividades em parceria com os pais e comunidade. Os fatores que tornam essas escolas relevantes são a sua forma de gestão e os processos pedagógicos centrados em valores muito especiais (Abramovay, 2003; Unesco, 2002, como citado em Silva, 2009), que promovem sentimentos positivos ou de bem-estar nos adolescentes.

Esta forma de atuação, vai ao encontro dos resultados do estudo de Poletto (2011), que refere quanto maior for o nível de afeto / afeto positivo, maior é a satisfação com a família, relações de amizade, escola, não-violência e em não presenciar ou ser vítima de violência.

Neste sentido, para promover um nível satisfatório de bem-estar nos adolescentes contribuem fatores como a relação com os pares, a boa comunicação com os pais, um bom relacionamento familiar e uma boa relação com a escola associada à percepção de um bom ambiente escolar. Estes fatores estão associados positivamente com o bem-estar subjetivo (Simões, 2010).

O estudo de Ventura (2016) realizado com 642 adolescentes com idades compreendidas entre os 12 e os 18 anos, verificou que existe uma correlação positiva estatisticamente significativas entre o bem-estar psicológico e o sentimento de pertença à escola, o que significa que o modo como o aluno experiencia o contexto escolar se encontra associado ao seu bem-estar psicológico. Esta evidência não é corroborada pelos resultados da nossa investigação, em que o bem-estar psicológico e a satisfação de vida com a escola que promove um sentimento de pertença, apresentam uma correlação negativa, especificamente, a dimensão de bem-estar psicológico é a que apresenta média de bem-estar mais elevado (22,28%) e a dimensão de satisfação com a vida relacionada com a escola é a que apresenta a segunda média mais baixa (22,72%).

Os adolescentes passam mais tempo na escola do que em qualquer outro contexto da sua vida, no qual as experiências vividas influenciam todos os aspetos do desenvolvimento durante a adolescência, desde a amplitude e a profundidade do seu capital intelectual, passando pelo seu bem-estar psicológico, até à natureza da influência dos colegas / grupo de pares (Wigfield, et al., 2006, como citado em Ventura, 2016).

Neste sentido, a adolescência tem vindo a ser alvo de uma nova perspetiva de olhar, centrada fundamentalmente no seu desenvolvimento positivo. Esta nova visão, sugere que todos os adolescentes apresentam as características ou potencial necessário para um desenvolvimento positivo, saudável e de sucesso. A concretização desta perspetiva só é possível através da promoção da saúde dos adolescentes. Esta tem como objetivos potenciar as capacidades e qualidades positivas em colaboração com os diferentes contextos ambientais e com as pessoas significativas. Das qualidades positivas mencionadas, apresentam especial destaque as crenças de autoeficácia. Estas são recursos fundamentais facilitadores dos processos de adaptação positiva que resultam numa vida saudável. Para que essa adaptação positiva ocorra é necessário que os adolescentes, enquanto protagonistas do seu desenvolvimento pessoal, vivenciem situações ou desafios de forma a enfrentar as adversidades como oportunidades para o

desenvolvimento de estratégias concretas, aumentando o seu nível de resiliência (Lerner et al., 2005, como citado em Leite, 2021).

A Literatura tem descrito uma grande influência da família e do grupo de pares no desenvolvimento dos adolescentes. Neste sentido, os contextos nucleares da família e grupo de pares podem funcionar como rede de proteção, promovem o desenvolvimento saudável dos adolescentes e servem como fonte de apoio social, proporcionando maior sentimento de bem-estar (Amparo, et al., 2008; Segabinazi et al., 2012, como citado em Silva, 2009).

Neste contexto, pode-se considerar que a família e o grupo de pares são as pedras basilares do equilíbrio psicológico dos adolescentes. A harmonização da sua autoestima, do seu autoconceito e autoimagem, são as “ferramentas” que vão facilitar a sua integração saudável nos diferentes contextos sociais e na sociedade (Martins, 2005).

O sentimento de autoeficácia associado ao sentimento de pertença aos diferentes contextos e a elevados níveis de resiliência, promovem níveis mais elevados de bem-estar e de satisfação com a vida.

Desta forma foi concretizado o **objetivo geral 2 – caracterizar a SM dos adolescentes do 2º e 3º ciclo de escolaridade e ensino secundário de um concelho da região centro em relação ao bem-estar subjetivo, resiliência e satisfação com a vida.**

A possibilidade de olhar para a vida dos adolescentes tendo em conta a sua realidade e o seu nível de consciência, marcadas essencialmente pela família e pela escola, nas quais se desenvolvem o *self*, a relação de amizade e o grupo de pares, contribui para a promoção do seu sentimento de bem-estar afetivo (positivo ou negativo) e cognitivo.

Neste contexto, tendo em conta a análise reflexiva dos dados obtidos no âmbito da nossa investigação, é fulcral identificar os sinais de potenciais processos desadaptativos de SM, o que nos direcionou para a segunda questão de investigação, **Q<sub>2</sub> – Quais os sinais de potenciais processos desadaptativos de saúde mental nos adolescentes do 2º e 3º ciclo de escolaridade e ensino secundário de um concelho da região centro?**

Os sinais de potenciais processos desadaptativos da esfera da SM que emergiram da análise dos resultados da nossa investigação são:

- ✓ **Baixo-nível de bem-estar subjetivo** com uma média geral de 50,36%. Este, tendo em conta as suas dimensões, destaca o bem-estar emocional com a média

mais baixa 11,85% despertando a atenção dos investigadores para características pessoais como o possível baixo nível de felicidade, de interesse e de satisfação com a vida. O bem-estar social apresenta um valor médio baixo de 16,24% que nos remete para a possível baixa identificação dos valores sociais dos diferentes contextos em que os adolescentes se inserem (escola, grupo pares, sociedade...) o que poderá dificultar a integração social e aceitação social comprometendo o seu potencial desenvolvimento positivo. O bem-estar psicológico, que apesar de ser a dimensão com média mais alta 22,28%, é relativamente baixa. Níveis reduzidos de bem-estar psicológico nos adolescentes são considerados fatores de risco para o desenvolvimento de comportamentos de risco, como o consumo de substâncias ilícitas e delinquência (Griffin, et al., 2001, como citado em Silva, 2018). Neste sentido, deverão ser consideradas ainda alvo de atenção as relações com os outros, o domínio do ambiente em que se insere, nomeadamente a escola, onde os adolescentes passam maior parte do tempo, dificultando desta forma o crescimento pessoal e a sua autonomia. O bem-estar psicológico é um bom preditor de resiliência. Neste sentido, é fundamental potenciar o bem-estar dado que este é uma componente integrada da saúde, ou seja, a definição e avaliação da SM pressupõem não só a ausência de doença mental, mas também, a existência de bem-estar subjetivo (WHO, 2004).

- ✓ **Resiliência.** Ainda que os adolescentes da população alvo apresentem níveis gerais de resiliência elevados, quando analisamos a resiliência tendo em conta as suas dimensões, destaca-se a dimensão forças pessoais internas, com uma média mais baixa de 17,92%, que remete para dois conceitos fulcrais no desenvolvimento positivo do adolescente, a autoestima e o autoconceito. Neste contexto devem constituir um dos focos de atenção. A autoestima promove o aumento da satisfação de vida e encontra-se associada ao bem-estar subjetivo. Relativamente às estratégias de  *coping*  com uma média de 19,63%, são um fator fundamental a ter em conta, dado que são as estratégias de coping que promovem processos de adaptação bem-sucedidos facilitando a realização de uma transição saudável. A forma como se adaptam e enfrentam as situações adversas pode funcionar como fator moderador/mediador de psicopatologias atuais ou futuras (Compas, et al., 2001).

Os adolescentes privilegiam quatro estratégias de *coping*: procura de suporte; resolução de problemas, fuga e distração (Skinner & Zimmer-Gembeck, 2007), estas duas últimas diminuem a satisfação de vida (Poletto, 2011). Ou seja, o *coping* focado no problema melhora a SM dos adolescentes e o *coping* focado na emoção aumenta a probabilidade de problemas emocionais e comportamentais (Compas, et al., 1988, como citado em Sousa, 2015). Exemplo é o facto de as meninas utilizarem estratégias de *coping* focadas na emoção apresentando conseqüentemente mais fatores ansiosos e depressivos (Borges, et al., 2008). Neste sentido, existem dois grandes fatores de resiliência que deverão também ser foco de atenção, os fatores pessoais (autoestima, locos de controlo interno e autorregulação emocional) e os fatores interpessoais (apoio do grupo de pares, estabelecimento de vínculos afetivos, relações positivas). Os fatores familiares ainda que residuais, dado que são os fatores em que os adolescentes apresentam maior satisfação de vida, devem ser tidos em consideração, devido à grande influência no estabelecimento das relações positivas dos adolescentes (Jardim & Pereira, 2006, Murphey, et al., 2013). Desta forma, existe uma relação dinâmica entre os diversos fatores de resiliência.

Neste sentido, Silva (2009), cria a mandala da resiliência. Esta é constituída por sete características pessoais específicas: a introspeção (Insight); a independência (limites entre o adolescente e as situações adversas); a capacidade de relacionamento; a iniciativa para enfrentar novos problemas e exercer controlo sobre os mesmos; humor; criatividade; e a moralidade (Silva, 2009). Ou seja, a identificação dos seus pontos fortes e a sua utilização nas diversas atividades do dia-a-dia, através de estratégias de autoconsciência, nomeadamente, parar de tratar os seus sentimentos como bons ou maus, observar a vibração das suas emoções, aproximar-se do seu desconforto, sentir as emoções fisicamente, saber quem e o que o afeta, observar-se a si próprio “com olhos de águia”, iniciar um diário das emoções diárias; não se deixar enganar pelo mau nem pelo bom humor, parar e questionar-se sobre a razão pela qual faz o que faz, visitar os seus valores, verificar-se a si próprio, conhecer-se a si próprio sob o stress (Bradberry & Greaves, 2017); fazer uma análise reflexiva sobre os pequenos e grandes sucessos alcançados até ao momento atual; perspetivar o futuro ideal ao imaginar o cenário ideal, levando a um maior otimismo e confiança (Goleman,

2015). À medida que a autoconsciência aumenta, o grau de satisfação com a vida também aumenta, há uma maior probabilidade de fazer uso das suas virtudes/pontos fortes perante as situações com que é confrontado e impedir que emoções negativas nos retraiam (Bradberry & Greaves, 2017).

O sentimento elevado de autoconfiança leva a que os adolescentes façam uma gestão mais eficaz quando confrontado com situações adversas, olhando para as mesmas como oportunidades de aprendizagem. Esta gestão eficaz encontra-se associada à assertividade. Assim, ter um controlo sobre a vida, facilitando o desenvolvimento da capacidade de tomar decisões pessoais, de assumir responsabilidades pelas decisões/atos, de desenvolver um sentimento de pertença a algo maior para conseguir atingir a autorrealização (Goleman, 2010; Seligman, 2012; como citado em Leite 2016).

Assim, a implementação de ações que visam o fortalecimento da resiliência entre adolescentes, surge como um avanço nas práticas protetoras da saúde ao provocar uma ênfase nas interações sociais e nos processos do desenvolvimento, promovendo um olhar menos reducionista e individualista sobre o adolescente e mais direcionado para a saúde e não para a doença (Yunes, 2003; Infante, 2005; como citado em Santos, et al., 2020)

- ✓ **Satisfação com a vida.** No que se refere à satisfação de vida, na presente investigação, destacam-se três dimensões com médias mais baixas, que devem constituir um dos focos de atenção, nomeadamente a dimensão *self* comparado / grupo de pares com uma média 20,58%, a escola com uma média de 22,72% e a não-violência com uma média de 23,19%. Neste sentido, a falta de envolvimento no seio do grupo de pares pode promover comportamentos de vitimização, exclusão, rejeição, o não estabelecimento de relações de amizade, agressões e o bullying, aumentando desta forma a probabilidade de desinteresse escolar, afastamento / abandono escolar precoce e de comportamentos disruptivos ou desviantes. (Wentzel, et al, 2004; Ma, et al., 2009; Wang, & Espinoza, 2011). A satisfação com a família e relações de amizade ainda que sejam duas das dimensões com médias mais elevadas, são indicadores que devem ser tidos em consideração, pois têm forte impacto no bem-estar subjetivo. As relações de amizade contribuem para aumentar as competências sociais, de socialização, de desenvolvimento cognitivo e emocional. Quando os contextos

escolares, familiares e as relações com os pares são positivos e saudáveis potencializam a vivência de emoções positivas que incrementam a satisfação com o *self* (Leung, et al., 2004, McBrid-Chang & Lai, 2004; Nickerson & Nagle, 2004; Vera et al., 2008, como citado em Poletto, 2011).

Desta forma foi concretizado o **objetivo geral 3 – Identificar precocemente sinais de potenciais processos desadaptativos de saúde mental nos adolescentes do 2º e 3º ciclo de escolaridade e ensino secundário de um concelho da região centro.**

O aumento dos níveis de bem-estar e de satisfação com a vida melhora a qualidade de vida dos adolescentes.

Neste sentido, com o objetivo de potenciar os níveis de resiliência, de bem-estar e de satisfação com a vida, é crucial identificar quais as áreas prioritárias que emergiram de forma a permitir direcionar a nossa intervenção promotora da SM, tornando-a mais efetiva. A identificação das áreas prioritárias tendo em conta, os sinais de potenciais processos desadaptativos de SM anteriormente identificados com base na análise reflexiva dos dados obtidos no âmbito da nossa investigação, remeteu-nos para a terceira questão de investigação, **Q<sub>3</sub> – Quais as áreas prioritárias de intervenção em saúde mental nos adolescentes do 2º e 3º ciclo de escolaridade e ensino secundário de um concelho da região centro?**

Para dar resposta a esta questão, a SM no âmbito da promoção da saúde assume um papel fundamental na promoção das competências socio-relacionais e emocionais tornando a escola, enquanto contexto em que os adolescentes passam grande parte do seu tempo, mais aliciantes, envolventes e significativas, proporcionando um ambiente mais favorável de aprendizagem, sentimento de pertença, motivação para o sucesso e consequente diminuição de comportamentos de risco, promovendo ganhos para a saúde.

Um outro fator importante que apresenta repercussões na promoção da saúde positiva dos adolescentes é a saúde dos docentes e não docentes, verificando-se nas últimas décadas um aumento acentuado dos riscos psicossociais e problemas de SM que se traduzem no absentismo, produtividade e esgotamento emocional (DGS, 2015).

Ou seja, a promoção da saúde deverá englobar ações para o fortalecimento das competências dos adolescentes, docentes e familiares significativos, e ações direcionadas para as mudanças das condições sociais e ambientais (WHO, 1998).

Neste contexto, nos últimos anos, grande parte dos programas desenvolvidos para os adolescentes, encontram-se focados nos riscos e vulnerabilidades, invés de se focarem na promoção das características e experiências, promotoras de bem-estar e do desenvolvimento positivo dos mesmos, apresentando conseqüentemente um impacto limitado (Benson, et al., 2006, como citado em, Matos, et al., 2018).

Assim, é fundamental focar os programas de intervenção nas suas características positivas (pontos fortes, talentos e competência) dos adolescentes, das quais se destacam as competências intelectuais, físicas de relacionamento ou altruísmo, prevenindo fatores de risco tais como a ausência de suporte familiar efetivo, o baixo interesse escolar que resulta no insucesso e culmina muitas vezes no abandono escolar precoce, baixa autoestima, entre outros (Leite, 2021).

Neste contexto, para promover o desenvolvimento positivo dos adolescentes é fundamental que as “figuras” de referência como a família, docentes e não docentes, e outros agentes da comunidade, comecem por estabelecer uma relação próxima e calorosa com os adolescentes; tenham consciência que as ações e palavras têm impacto no autoconceito de cada adolescente e, conseqüentemente, no seu nível de autoestima, devendo para isso utilizar uma linguagem positiva e valorizam-te; ajudem os adolescentes a definirem os seus objetivos nos diferentes contextos com base no acrómio meta+: (m) mensuráveis; (e) emocionais, específicos; (t) temporizados; (a) acreditar; e (+) positivos (Capela, et al., s.d.), encontrando-se o sucesso na combinação correta da definição do objetivo mais elevado (objetivo guru) e dos objetivos intermédios (objetivos bebé), pois ter um grande objetivo sem definir os objetivos intermédios conduz à frustração, ansiedade e impaciência, e definir objetivos intermédios sem definir um grande objetivo, conduz ao desinteresse, desmotivação e ausência de sentido (Nogueira, 2010); sublinhem e valorizem a importância dos seus êxitos; proporcionem-lhes segurança e afeto, acolhendo e facilitando a expressão dos seus sentimentos e emoções; divirtam-se com os adolescentes promovendo um sentimento de valorização pessoal; estabeleçam de forma partilhada regras de comportamento claras e que transmitam uma sensação de segurança; incitem o adolescente a tomar consciência de que é um ser individual único no mundo pelas suas características corporais, bem como pelas suas qualidades e talentos particulares; encorajem os adolescentes a fazer escolhas e a desenvolver a sua autonomia; apoiem o adolescente perante as dificuldades e encorajem-no a encontrar soluções para os seus

problemas; respeitem o ritmo e o desenvolvimento do adolescente; valorizem as suas iniciativas e respeitem as suas motivações; deem mais importância ao processo de aprendizagem do que aos resultados. (Duclos, 2006; Plummer, 2012; Escobar, 2009, como citado em Laurent, 2015).

No entanto, para além desta potencial mudança de atitude das “figuras” de referência, é fulcral que os adolescentes assumam um papel de atores principais no seu processo de desenvolvimento para reforçar a sua SM positiva, nomeadamente: procurar focalizar-se nas emoções mais positivas; valorizar positivamente as coisas boas que lhe acontecem na vida a nível pessoal e profissional; colocar “carinho e amor” nas atividades que realiza na vida; ser tolerante, compreensivo e flexível; não permitir que as emoções negativas comprometam a vida pessoal; tomem consciência das vivências positivas quando ocorrem; deixar fluir e expressar as emoções e interpretar os muitos sentimentos vivenciados como normais ou naturais (.não ter medo de chorar e de sentir); procurar espaços e atividades para relaxar; procurar resolver os problemas quando eles surgem; cuidar das suas relações interpessoais; e usar ou desenvolver o sentido de humor na vida. (Batista, 2013; Sequeira & Lluch, 2015).

Leite, (2016) “Enfatiza ainda o desenvolvimento da empatia, do autocontrolo e da autoconsciência nestas idades como um treino de liderança para o futuro” p.41.

Neste sentido, os sinais potenciais de processos desadaptativos, que emergiram dos resultados da presente investigação, enquadram-se em seis grandes áreas, que Sequeira, Carvalho, et al., (2014) definem como fatores do modelo multifatorial de SM positiva desenvolvido por Lluch (1999 e 2003).

**Tabela 21** – Fatores do modelo multifatorial de Saúde Mental Positiva

<b>Fatores</b>	<b>Definição</b>
Satisfação pessoal	- Autoconceito / Autoestima - Satisfação com a vida pessoal - Perspetiva otimista de futuro
Atitude Pró-social	- Predisposição ativa para o social / para a sociedade - Atitude social “altruísta” / Atitude de ajuda-apoio para com os outros - Aceitação dos outros e dos factos sociais diferentes
Autocontrolo	- Capacidade para el enfrentamento do stress / de situações conflituosas - Equilíbrio emocional / controlo emocional - Tolerância à frustração, à ansiedade e ao stress
Autonomia	- Capacidade para ter critérios próprios - Independência - Autorregulação da própria conduta - Segurança pessoal / Confiança em si mesmo
Resolução de problemas e realização pessoal	- Capacidade de análise - Habilidade para tomar decisões - Flexibilidade / capacidade para adaptar-se às mudanças - Atitude de crescimento e desenvolvimento pessoal contínuo
Habilidades de relação interpessoal	- Habilidade para estabelecer relações interpessoais - Empatia / capacidade para entender os sentimentos dos outros - Habilidade para dar apoio emocional - Habilidade para estabelecer e manter relações interpessoais íntimas

Adaptado de Sequeira et al.<sup>457</sup> 2014

Neste contexto, tendo em conta os objetivos delineados pelo Plano Nacional de Saúde Escolar (DGS, 2015), nomeadamente:

- ✓ a capacitação dos alunos, docentes e não docentes, pais e/ou encarregados de educação na adoção de um estilo de vida mais saudável, fomentando o desenvolvimento de competências, da confiança e das habilitações no desempenho dos papéis sociais
- ✓ Aumento dos níveis de literacia em saúde através da aquisição de competências cognitivas e sociais que promovam a motivação e facilitem o acesso, a compreensão e a utilização da informação na promoção da saúde

as áreas prioritárias de intervenção que emergiram dos resultados da nossa investigação, que deverão ser alvo da promoção de saúde são o autoconhecimento, a autonomia, a autoconceito / autoestima, o autocontrole, os relacionamentos e a autoeficácia, o que vai ao encontro do estudo de Leite (2016).

Neste sentido, é crucial investir no conhecimento sobre o desenvolvimento positivo nos adolescentes, envolvendo cinco recursos primordiais,

os “Cinco C’s”: 1 – competência (visão positiva das próprias ações em domínios específicos – cognitivo, social, académico, físico, carreira, etc.); (2) Confiança (sentimento de valor próprio e de autoeficácia – noção de que se pode dominar uma situação e produzir resultados positivos); (3) Conexão (vínculos positivos com pessoas e instituições, refletindo trocas bidirecionais entre o indivíduo e a comunidade, escola, família e pares); (4) Caráter (respeito pelas normas sociais e culturais, moralidade e integridade) e (5) Cuidado/ Compaixão (sentimento de empatia e simpatia pelos outros). (Jacqueline, et al., 2009, como citado em Leite, 2021, p.11)

A integração interna destes princípios encontra-se associada a indicadores positivos como o compromisso escolar, a autorregulação intencional bem-sucedida e a esperança. Por outro lado, mitigam o risco de se envolverem em comportamentos problemáticos tal como a delinquência, depressão ou abuso de substâncias. (Maniar & Zaff, 2011, como citado em Leite, 2021)

Desta forma foi concretizado o **objetivo geral 4** – Identificar áreas prioritárias de intervenção em saúde mental nos adolescentes do 2º e 3º ciclo de escolaridade e ensino secundário de um concelho da região centro.



## CONCLUSÕES

A realização deste estudo apresenta um contributo fundamental para um conhecimento adequado da atual SM dos adolescentes que frequentam o 2º e 3º ciclo de escolaridade e ensino secundário do concelho da região centro em que foi realizada a investigação, não só do ponto de vista da caracterização sociodemográfica, mas também do nível de bem-estar subjetivo através das suas dimensões de bem-estar emocional, social e psicológico; do nível de resiliência que contempla o suporte externo, as forças pessoais internas e as estratégias de *coping*; e da satisfação com a vida dos adolescentes em relação à família, ao *Self*; à escola; ao *Self* comparado/grupo de pares; à não-violência; à autoeficácia e à amizade. Este conhecimento é crucial, dado que, ao realizar um diagnóstico do estado atual de SM da população alvo, irá permitir adequar e direcionar a nossa intervenção para áreas prioritárias da esfera da SM.

Neste contexto, será fundamental o desenvolvimento de estratégias orientadas para as áreas prioritárias que emergiram da nossa investigação, ou seja, o autoconhecimento, a autonomia, a autoconceito/autoestima, o autocontrolo, os relacionamentos e a autoeficácia.

Esta intervenção personalizada e precocemente implementada, aumenta a probabilidade de obtenção efetiva de ganhos em saúde, promovendo o bem-estar e a satisfação de vida que culmina na melhoria da qualidade de vida dos adolescentes. O elevado nível de bem-estar subjetivo, de resiliência e de satisfação com a vida da população alvo irá promover um estado de SM positiva, mitigando o risco de comportamentos desadaptativos de SM, o abandono escolar precoce e comportamentos disruptivos ou desviantes. O elevado nível de SM positiva irá facilitar a transição desta fase crucial de desenvolvimento, contribuindo para o padrão de uma vida adulta saudável e próspera.

Neste sentido, um conhecimento profundo da SM e dos comportamentos é determinante para o sucesso desta transição. Assim, acreditamos que este trabalho trouxe vários contributos que podem melhorar a nossa prática de intervenção no âmbito da SM com os adolescentes dado que estes são um grupo da sociedade muito específico, com

características importantes no que concerne ao risco associado às vivências muitas vezes adversas que enfrentam.

A adolescência é considerada por vários autores como uma das fases de desenvolvimento humano que provoca maiores níveis de stresse no ser humano enquanto ser individual com virtudes/fatores protetores e fragilidades como por exemplo, uma baixa autoestima, a ausência de estabelecimento de relações positivas nos diferentes contextos, mau ambiente e falta de acompanhamento familiar, a ausência de envolvimento escolar, etc. podem constituir fatores de risco. Estes são consequência da maioria das vezes, perante situações adversas, geradoras de stresse e de ansiedade, os adolescentes não terem estratégias de *coping* adequadas na sua bagagem pessoal, que os tornem resilientes, para lidar com as consequências das mesmas e encará-las como oportunidades de aprendizagem. É evidente no nosso estudo que existe um nível de bem-estar subjetivo médio baixo, mais acentuado ao nível do bem-estar emocional e social, um nível geral de resiliência elevado que devidamente analisado nos alerta para as forças pessoais internas, com uma média mais baixa e que remete para dois conceitos fulcrais, a autoestima e o autoconceito, e para as estratégias de *coping* dado que são um fator fundamental a ter em conta, que promovem os processos de adaptação bem-sucedidos facilitando a realização de uma transição saudável.

A satisfação de vida dos adolescentes relacionada com o *Self* comparado, não-violência e escola correlacionam-se negativamente constituindo fatores importantíssimos de risco, pelo papel que desempenham, que devem também ser foco de atenção no âmbito da intervenção. O ambiente escolar é um poderoso agente de socialização dos adolescentes, onde se desenvolvem as relações com os pares. Neste contexto, é fundamental que as escolas implementem políticas educacionais inclusivas que promovam a aceitação, o bem-estar escolar, a expressividade, atitudes igualitárias, bem como diversidade cultural (Carrera-Fernández et al., 2019).

Neste sentido, os resultados obtidos no presente estudo reforçam a ideia que quando um dos objetivos é alcançar melhores níveis de bem-estar e de satisfação com a vida, a investigação e a intervenção não se devem focar apenas na redução dos fatores de risco (Munford, et al., 2017, como citado em Costa, 2019). É fundamental considerar a influência de fatores e recursos de proteção dos adolescentes e potenciá-los.

As diferenças de género foram estatisticamente significativas nas diferentes variáveis em estudo, no entanto, devido ao facto de os scores médios serem relativamente baixos fará sentido pensar na mesma intervenção para ambos os géneros.

É ainda de salientar que o facto que da população alvo (N=752) terem respondido aos questionários 597 adolescentes, poderá estar eventualmente associado entre outras razões, ao estigma relacionado com as perturbações mentais, ainda fortemente enraizado na sociedade em geral, limitando a procura de ajuda e comprometendo a intervenção precoce para mitigar as consequências na qualidade de vida futura.

Desta forma, consideramos que os objetivos deste estudo foram atingidos, oferecendo conteúdos importantes para o conhecimento sobre esta população, mas acima de tudo porque nos forneceu dados que promovem a necessidade de realizar uma reflexão sobre as estratégias de prevenção a ser adotadas para este grupo alvo.

Sugerem-se algumas propostas de intervenção futura nesta população, de prevenção e promoção relativamente às áreas de prioritárias que emergiram da nossa investigação:

- Adaptando o conceito associado à prevenção do suicídio defendido pela DGS, criar formação de porteiros sociais dirigido aos adolescentes, docentes e não docentes e famílias
- Dinâmica de grupo dirigida aos adolescentes e famílias sobre a doença mental, de forma a diminuir o estigma ainda muito enraizado na nossa sociedade, o que condiciona os pedidos de ajuda céleres e precoces
- Criação de uma linha de apoio via whatsApp anónima
- Projeto para ajudar os adolescentes a identificar um propósito de vida que proporcione motivação contribuindo para um maior otimismo e confiança. A autoconsciência aumenta, o grau de satisfação com a vida.
- Desenvolver autonomia em SM, ou seja, autorregular a própria conduta, contribuindo para um aumento da autoconfiança e da segurança pessoal que remete para o construto da assertividade. Neste sentido sugere-se um projeto de intervenção que contemple a promoção desta temática. A assertividade aumenta a probabilidade de ganhar o respeito pelos outros nos diferentes contextos em que se insere e de alcançar os seus objetivos
- Estimular as “figuras de referência” com maior impacto nos adolescentes

- Direcionando o foco diretamente ao adolescente, sugere-se a implementação de um projeto de intervenção (ex. “A caminhada das estrelas...”), com dinâmicas interativas, para promover uma linguagem motivadora, positiva e esperançosa, a comunicação com empatia, a adaptação às adversidades com criatividade e esforço (tornar as adversidades nas suas maiores motivações) e promover uma liderança eficaz, capaz de criar um grupo unido. Esta atitude só é possível através do autocontrole.

- Promover nos adolescentes a capacidade de estabelecer o *rapport*, de criar empatia, de ser altruísta, de perdoar e de negociação com a finalidade de construir relacionamentos positivos.

Neste enquadramento, o EESMP apresenta um papel fundamental, enquanto elemento facilitador, nos processos de transição processuais, desenvolvimentais, situacionais, organizacionais, na promoção da SM dos adolescentes, baseando a sua ação nos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de SM. Especificamente: realiza o diagnóstico da situação de SM e dos recursos (fatores de proteção/resiliência e de vulnerabilidade/risco) dos adolescentes (escalas de avaliação); cria e aproveita oportunidades para promover estilos de vida saudáveis, nomeadamente: o reforço dos fatores que aumentam os recursos dos adolescentes em relação à sua SM; fornece informação geradora de aprendizagem cognitiva; promove o potencial de SM face aos processos de transição; promove o empoderamento de novas competências, face a potenciais momentos geradores de sofrimento ou de perturbação mental (Regulamento n.º 356/2015). Neste contexto a intervenção precoce pode prevenir ou reduzir a probabilidade de incapacidade a longo prazo e o custo das perturbações de SM para os utentes/família, sistemas de saúde e para as comunidades (DGS, 2018). A promoção da saúde e do bem-estar mental pode gerar ganhos em saúde, na adolescência. A eficácia das intervenções de promoção da SM, reforça a necessidade de ação (CNS, 2019). Assim, enquanto ser humano e profissional devemos: expressar o melhor que temos dentro de nós com autenticidade, garra e ética; inspirar, influenciar e elevar os adolescentes da população alvo; implementar de forma apaixonada a mudança positiva perante as condições negativas, tratando as pessoas com respeito, apreço e gentileza, pois é na adversidade que se geram as oportunidades (Sharma, 2016). Desta forma, poderemos influenciar os adolescentes e as suas figuras de referência com mestria versando a inovação, traduzida no projeto de criação do Observatório de Saúde Mental de um concelho da região centro.

Contudo, a presente investigação apresenta algumas limitações, nomeadamente, o facto de se tratar de um estudo de corte, transversal, os resultados não avaliam a relação causa-efeito entre as variáveis. O instrumento de autorrelato configura uma prática mais rápida em que os adolescentes estão sujeitos a interpretações subjetivas do questionário. Neste contexto é fundamental que os investigadores tenham atenção redobrada para garantir que todas as questões sejam respondidas.

Outra limitação é o facto da escassez de estudos sobre esta temática em Portugal que contribuam para um maior conhecimento sobre o bem-estar, os níveis de resiliência e de satisfação com a vida nos adolescentes, como forma de se poder identificar a ocorrência de potenciais alterações da esfera da SM e de se intervir precocemente e eficazmente na ótica da promoção e da prevenção no âmbito da SM, com a finalidade de potenciar o desenvolvimento positivo.



## BIBLIOGRAFIA

- Arteche, A. X. & Bandeira, D. R. (2003). Bem-estar subjetivo: um estudo com adolescentes trabalhadores. *Psico-USF*, 8(2), 193-201.
- Avanci, J. Q., Assis, S. G., Santos, N. C. dos. & Oliveira, R. V. C. (2007). Adaptação transcultural da escala de autoestima para adolescentes. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 20(3), 397-405. [https://www.scielo.br/pdf/prc/v20n3/a07v20\\_n3.pdf](https://www.scielo.br/pdf/prc/v20n3/a07v20_n3.pdf).
- Azevedo, A. (2010). *Processo de transição do adolescente hospitalizado numa unidade de adolescentes* (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem do Porto, Portugal.
- Baixinho, C. L., Pereira, I. F., Ferreira, O. R., & Rafael, H. S. (2014). A arte e a aprendizagem dos padrões de conhecimento em enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 48 (2). <https://doi.org/10.1590/S0080-623420140000800024>
- Baptista, A. (2013). *Aprender a ser feliz: Exercícios de Psicoterapia Positiva*. Lisboa: Factor.
- Barrón, R. G., Castilla, I. M., Casullo, M. M. & Verdú, J. B. (2002). Relación entre estilos y estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico en adolescentes. *Psicothema*, 14(2), 363-368.
- Ben-Zeev, D., Young, M., & Corrigan, P. (2010). DSM-V and the stigma of mental illness. *Journal of Mental Health*, 19(4), 318– 327. <https://doi.org/10.3109/09638237.2010.492484>
- Bilder, R. (2015). Dimensional and categorical approaches to mental illness: Let biology decide. *Re-Visioning Psychiatry*, 179–205 <https://doi.org/10.1017/cbo9781139424745.011>
- Bittencourt, M., Marques, M., & Barroso, T. (2018). Contributions of nursing theories in the practice of the mental health promotion. *Revista de Enfermagem Referência, Série IV* (18), 125-132,

[https://web.esenfc.pt/v02/pa/conteudos/downloadArtigo.php?id\\_ficheiro=1701&codigo=](https://web.esenfc.pt/v02/pa/conteudos/downloadArtigo.php?id_ficheiro=1701&codigo=)

- Borges, A. I., Manso, D. S., Tomé, G. & Matos, M. G. (2008). Ansiedade e coping em crianças e adolescentes: Diferenças relacionadas com a idade e género. *Análise Psicológica*, 4(XXVI), 551-561.
- Bradberry, T. & Greaves, J. (2017). *Inteligência Emocional 2.0*. Marcador Editora.
- Bullock, L. M. & Zolkoski, S. M. (2012). Children and Youth Services Review. *Journal Elsevier* 34, 2295–2303.
- Câmara, S. G. & Carlotto, M. S. (2007). Coping e género em adolescentes. *Psicologia em Estudo*, 12(1), 87-93.
- Campos, L., Palha, F., Veiga, E., Dias, P. & Duarte, A. (2012). Abrir espaço à saúde mental – promoção da saúde mental em adolescentes (12-14 anos): Construção do guião de focus groups. In Ribeiro, J. L. P., Leal, I., Pereira, A. & Monteiro, S. (Eds.), *Psicologia da saúde: Desafios à promoção da saúde em doenças crónicas* (pp.58-61). Placebo Editora.
- Carmo, H., & Ferreira, M. M. (1998). *Metodologia da investigação: Guia para auto-aprendizagem*. Universidade Aberta.
- Carrera-Fernández, M. V., Cid-Fernández, X. M., Almeida, A., González-Fernández, A., & Lameiras-Fernández, M. (2019). Me and Us Versus the Others: Troubling the Bullying Phenomenon. *Youth e Society*.  
<https://doi.org/10.1177/0044118X19857868>
- Carvalho, S. R. & Gastaldo, D. (2008). Promoção à saúde e empoderamento: Uma reflexão a partir das perspectivas crítico-social pós-estruturalista. *Ciências & Saúde Coletiva*, 13(2), 2029-2040. <https://scielo.br/pdf/csc/v13s2/v13s2a07>. Pdf.
- Clark, L., Cuthbert, B., Lewis-Fernández, R., Narrow, W., & Reed, G. (2017). Three approaches to understanding and classifying mental disorder: ICD-11, DSM-5, and the National Institute of Mental Health’s Research Domain Criteria (RDoC). *Psychological Science in the Public Interest*, 18(2), 72– 145.  
<https://doi.org/10.1177/1529100617727266>
- Coelho, V. A. B. M. P. (2014). Promoção do sucesso e ajustamento escolar: Estudos sobre a eficácia e efetividade de programas de desenvolvimento socioemocional para

- alunos do 4º ao 9º ano (Tese de Doutoramento). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra e Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, Portugal.
- Coll, C., Marchesi, A., & Palácios, J. (2004). *Desenvolvimento psicológico e educação* (2ª ed.). Artmed.
- Compas, B. E., Connor-Smith, J. K., Saltzman, H., Thomsen, A. H. & Wadsworth, M. E. (2001). Coping With Stress During Childhood and Adolescence: Problems, Progress, and Potential in Theory and Research. *Psychological Bulletin*, 127(1), 87-127. <https://doi.org/10.1037//0033-2909>
- Conceição, A. & Carvalho, M. (2013). Problemas emocionais e comportamentais em jovens: Relações com o temperamento, as estratégias de coping e de regulação emocional e a identificação de expressões faciais. *PSYCHOLOGICA*, 56, 83-100. [http://doi.org/10.14195/1647-8606\\_56\\_5](http://doi.org/10.14195/1647-8606_56_5)
- Conselho Nacional de Saúde. (2019). *Sem mais tempo a perder. Saúde mental em Portugal: um desafio para a próxima década*. Autor.
- Coordenação Nacional Para a Saúde Mental. (2009). *Recomendações Para a Prática Clínica da Saúde Mental Infantil e Juvenil nos Cuidados de Saúde Primários*. Autor. <https://www.dgs.pt/accao-de-saude-paracrianças-e-jovens-em-risco/ficheiros-externos/pub-saude-mentalrecomendacoespara-a-pratica-clinica-1-pdf.aspx>
- Costa, L. S. M. & Pereira, C. A. A. (2007). Bem-Estar Subjetivo: aspectos conceituais. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 59(1), 72-80.
- Costa, M. I. de. J. (2004). *Metodologia de investigação I: Questões éticas em investigação educacional*. Instituto de Educação da Faculdade de Ciências da Universidade de Lisboa, Portugal.
- Costa, T. M. B. G. (2019). *Risco comportamental, comportamentos de bullying e cyberbullying e resiliência: estudo das relações e processos de interação numa amostra de adolescentes* (Dissertação de Mestrado). Instituto de Educação da Universidade do Minho, Portugal.
- Curtis, A. (2015). Defining adolescence. *Journal of Adolescent and Family Health*, 7 (2), 1-39. <https://scholar.utc.edu/jafh/vol7/iss2/2> Decreto-lei n° 156/2015 de 16 de setembro.

Decreto-Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro. *Diário da República n.º 181/2015 – I Série*. Assembleia da República. Lisboa, Portugal

Dessen, M. A. & Polonia, A. C. (2007). A Família e a Escola como contextos de desenvolvimento humano. *Paidéia*, 17(36), 21-32. <https://www.scielo.br/j/paideia/a/dQZLxXCSTNbWg8JNGRcV9pN/?format=pdf&lang=pt>.

Dias, M. C. (2014). *Relação entre Coping, Bem-Estar Psicológico e Satisfação com a Vida, numa População de Adolescentes* (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, Portugal.

Direção-Geral da Saúde. (2006). *Programa Nacional de Saúde dos Jovens 2006/2010*. Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes.

Direção-Geral da Saúde. (2008). *Plano nacional de saúde mental 2007-2016: Resumo executivo*. Coordenação Nacional para a Saúde Mental.

Direção-Geral da Saúde. (2012). *Reactualização do plano nacional de saúde mental*. Autor.

Direção-Geral da Saúde. (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil 2013 – Atualização*. Autor.

Direção-Geral da Saúde. (2015). Programa Nacional de Saúde Escolar 2015. *Direção-Geral da Saúde*, 15. [http://www.arsnorte.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2018/01/Programa\\_NSE\\_2015.pdf](http://www.arsnorte.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2018/01/Programa_NSE_2015.pdf).

Direção-Geral da Saúde. (2016a). *Portugal: Saúde mental em números – 2015*. Portugal: Autor.

Direção-Geral da Saúde. (2016b). *Saúde mental em saúde escolar: Manual para a promoção de competências socioemocionais em meio escolar*. Autor. [http://aeesgueira.edu.pt/attachments/article/47/826\\_DGS\\_Manual\\_Sa%C3%BAde\\_Mental\\_em\\_Sa%C3%BAde\\_Escolar.pdf](http://aeesgueira.edu.pt/attachments/article/47/826_DGS_Manual_Sa%C3%BAde_Mental_em_Sa%C3%BAde_Escolar.pdf).

Direção-Geral da saúde. (2017). *Programa nacional para a saúde mental*. Autor.

Direção-Geral da Saúde. (2018). *Rede de referência hospitalar: Psiquiatria da infância e da adolescência*. Goldschmidt, T., Marques, C. & Xavier, M. [...](#)

[https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/06/RR\\_H-Psiquiatria-da-Inf%C3%A2ncia-e-da-Adolesc%C3%A2ncia-Para-CP.pdf](https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/06/RR_H-Psiquiatria-da-Inf%C3%A2ncia-e-da-Adolesc%C3%A2ncia-Para-CP.pdf).

- Duclos, G. (2006). *A auto-estima, um passaporte para a vida*. Climepsi editores.
- Erschine, H., Baxter, A., Patton, G., Moffitt, T., Patel, V., Whiteford, H., & Scott, J. (2016). The global coverage of prevalence data for mental disorders in children and adolescents. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 26 (4), 395– 402. <https://doi.org/10.1017/s2045796015001158>
- Feliciano, I. P. (2010). *Estudo sobre a auto-estima em adolescentes dos 12 aos 17 anos* (Dissertação de mestrado). Universidade da Beira Interior, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, Portugal. <https://ubibliorum.ubi.pt/handle/10400.6/2581>.
- Fernandes, H. M., Vasconcelos-Raposo, J., Bertelli, R. & Almeida, L. (2011). Satisfação escolar e bem-estar psicológico em adolescentes portugueses. *Revista Lusófona de Educação*, 18, 155-172.
- Ferreira, A. C., Martins, L. G., Jesus, J. S., Neves, M. A. P., Arinellia, G. S. & Souza, V. L. T. (2021). Adolescentes desinteressados? Reflexões de estudantes do ensino médio público sobre sua escola. *REVISTA DE PSICOLOGÍA*, 30(1), 1-14.
- Fortin, M-F, Grenier, R. & Nadeau, M. (1999). Métodos de colheita de dados. In Fortein, M-F. (Eds.), *O processo de investigação: da concepção à realização*. (pp.239-265). Lusociência.
- Fortin, M-F, Pru'homme-Brisson, D. & Coutu-Wakulczyk, G. (1999). Noções de ética em investigação. In Fortein, M-F. (Eds.), *O processo de investigação: da concepção à realização*. (pp.113-130). Lusociência.
- Fortin, M-F. (1999). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Lusociência.
- Fortin, M-F. (2009). Fundamentos e etapas no processo de investigação. Lusodidacta.
- Franco, G. R. & Rodrigues, M. C. (2018). Autoeficácia e desenvolvimento positivo dos jovens: Uma revisão narrativa da literatura. *Trends Psychol*, 26(4), 2283-2298. <https://doi.org/10.9788/TP2018.4-20En>

- Freire, T. & Tavares, D. (2011). Influência da autoestima, da regulação emocional e do gênero no bem-estar subjetivo e psicológico de adolescentes. *Rev Psiq Clín.*, 38(5),184-188.
- Fronteira, I. (2013). Estudos observacionais na era da medicina baseada na evidência: Breve revisão sobre a sua relevância, taxonomia e desenhos. *Acta Médica Portuguesa*, 26 (2), 161-170. <https://actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/download/3975/3223>.
- Fundação Francisco Manuel dos Santos (2021). Pordata: Estatísticas sobre Portugal e a Europa. <https://www.pordata.pt/Portugal/Taxa+bruta+de+escolariza%C3%A7%C3%A3o+por+n%C3%ADvel+de+ensino-434>.
- Fundação Francisco Manuel dos Santos (2021). Pordata: Estatísticas sobre Portugal e a Europa. <https://www.pordata.pt/Portugal/Taxa+bruta+de+escolariza%C3%A7%C3%A3o+do+sexo+masculino+por+n%C3%ADvel+de+ensino-435>.
- Gaete, V. (2015). Desarrollo psicosocial del adolescente. *Revista Chilena de Pediatría*, 86(6), 436-443. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rcp/v86n6/art10.pdf>.
- Garcia, I. R. (2016). *Saúde mental positiva em adolescentes* (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem do Porto, Portugal.
- Giacomoni, C. H. (2002). *Conceito de felicidade e construção de instrumentos para avaliação* (Tese de doutoramento). Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil. <http://www.bibliotecadigital.ufrgs.br/da.php?nrb=000333187&loc=2002&l=34c136f86f348733>.
- Goleman, D. (2015). *Como Ser um Líder. A importância da Inteligência Emocional*. Temas e Debates.
- Gonçalves, C. I. R. (2013). *O Bem-Estar Psicológico de Crianças/Adolescentes Institucionalizados* (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Altos Estudos do Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra, Portugal.
- Gonçalves, M. I. S. (2012). *Emoções, autoconceito, auto-estima e desempenho académico em alunos do 7º ano de escolaridade* (Dissertação de mestrado), Instituto Universitário Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida, Portugal.

- Gøtzsche-Astrup, O., & Lindekilde, L. (2019). Either or? Reconciling findings on mental health and extremism using a dimensional rather than categorical paradigm. *Journal of Forensic Sciences*. <https://doi.org/10.1111/1556-4029.14014>
- Guimarães, J. V. C. (2012). *Autoconceito, autoestima e comportamentos desviantes em adolescentes* (Dissertação de mestrado). Instituto Universitário Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida, Portugal. Recuperado de <http://repositorio.ispa.pt/handle/10400.12/2567>.
- Haack, K. R., Vasconcellos, J. S. L. Vasconcellos, Pinheiro, S. D. & Prati, L. E. (2012). Resiliência em Adolescentes em Situação de Vulnerabilidade Social. *Geraiis: Revista Interinstitucional de Psicologia*, 5(2), 270-281. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/gerais/v5n2/v5n2a07.pdf>.
- Huebner, E. S., Drane, W., & Valois, R. F. (2000). Levels and demographic correlates of adolescent life satisfaction reports. *School Psychology International* 3 (21), 281-292. <https://doi.org/10.1177/0143034300213005>
- Hunter, J. M. (2013). *O monge e o executivo*. Marcador Editora.
- Jacob, C., Baird, J., Barker, M., Cooper, C., & Hanson, M. (2017). *The importance of a life approach to health: Chronic disease risk from preconception through adolescence and adulthood*. <https://www.who.int/lifecourse/publications/life-course-approach-to-health.pdf?ua=1>
- Jardim, J. & Pereira, A. (2006). *Competências pessoais e sociais: Guia prático para a mudança positiva*. Edições ASA. [https://www.researchgate.net/publication/324687606\\_Competencias\\_Pessoais\\_e\\_Sociais\\_Guia\\_Pratico\\_para\\_a\\_Mudanca\\_Positiva/link/61caf2c8da5d105e5500f6c4/download](https://www.researchgate.net/publication/324687606_Competencias_Pessoais_e_Sociais_Guia_Pratico_para_a_Mudanca_Positiva/link/61caf2c8da5d105e5500f6c4/download)
- Juvonen, J., Wang, Y. & Espinoza, G (2011). Bullying Experiences and Compromised Academic Performance Across Middle School Grades. *Journal of Early Adolescence*, 31(1), 152–173. <https://doi.org/10.1177/0272431610379415>
- Khan, Y., Taghdisi, M. H., & Nourijelyani, K. (2015). Psychological well-being (PWB) of school adolescents aged 12-18 yr, its correlation with general levels of physical activity (PA) and socio-demographic factors in Gilgit, Pakistan. *Iran Journal Public*

*Health*, 44(6), 804-813.  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4524305/pdf/IJPH-44-804.pdf>.

Kumar, A., Kearney, A., Hoskins, K., & Iyengar, A. (2020). The role of psychiatric mental health nurse practitioners in improving mental and behavioral health care delivery for children and adolescents in multiple settings. *Archives of Psychiatric Nursing*, 34, 275-280. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2020.07.022>

Lakatos, E. M. & Marconi, M. A. de. (2006). *Metodologia científica* (4ªed.). Atlas.

Laurent, A. J. C. (2015). *A importância da autoestima para um desenvolvimento harmonioso: “Sinto-me amada e capaz, vou alcançar as estrelas!”*. (Dissertação de mestrado). Universidade do Algarve, Escola Superior de Educação e Comunicação. Portugal. <https://sapientia.ualg.pt/handle/10400.1/8051>.

Leite, A. R. V. D. F. (2016). *Conceção de um Programa de Saúde Mental Positiva para docentes do Ensino Básico* (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem do Porto, Portugal.

Leite, M. C. V. C. (2021). *Bem-estar subjetivo e desenvolvimento positivo em adolescentes: relação com os pais e com os pares* (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Filosofia e Ciências Sociais da Universidade Católica Portuguesa de Braga, Portugal.

Leite, R. & Carvalho, J. C. (2018). Saúde Mental Positiva: conceção de um programa para docentes do ensino básico. *Revista Pró-UniverSUS*, 9(1), 12-16. <http://editora.universidadedevassouras.edu.br/index.php/RPU/article/view/1229>.

Lemes, D. C. M., Câmara, S. G., Alves, G. G. & Aerts, D. (2018). Body image satisfaction and subjective wellbeing among ninth-grade students attending state schools in Canoas, Brazil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(12), 4289-4298. <https://doi.org/10.1590/1413-812320182312.14742016>

Lemos, I. M. F. A. T. (2007). *Família, psicopatologia e resiliência na adolescência: Risco psicossocial ao percurso delinquente* (Dissertação de Mestrada). Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade do Algarve, Portugal.

Lenz, B. (2001). The transition from adolescence to young adulthood: A theoretical perspective. *The Journal of School Nursing*, 17 (6), 300 – 306. <https://doi.org/10.1177/10598405010170060401>

- Lerner, J.V., Phelps, E., Forman, Y., & Bowers, E.P. (2009). Desenvolvimento positivo da juventude. Em R.M. Lerner & L. Steinberg (Eds.), *Manual de psicologia do adolescente: bases individuais do desenvolvimento do adolescente* (pp. 524-558). John Wiley & Sons Inc. <https://doi.org/10.1002/9780470479193.adlpsy001016>
- Lima, L., Lemos, M. S. & Guerra, M. P. (2002). Estudo das qualidades psicométricas do SCSI (Schoolagers' Coping Strategies Inventory) numa população portuguesa. *Análise Psicológica*, 4 (XX), 555-570.
- Lluch-Canut, M.T. (2014). Estratégias Individuais de Promoção da Saúde Mental Positiva. Conferência exposta em el Vº Congresso Internacional da SPESM- Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental. Colecció OMADO. <http://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/100102>
- Lopes, C., Reis, C., Abraão, I., Oliveira, L. & Carvalho, P. (2017). *Intervenção em grupo com jovens consumidores de canábis*. ARS Norte. [http://www.sicad.pt/BK/Dissuasao/Documents/Manual\\_Jovens\\_cannabis.pdf](http://www.sicad.pt/BK/Dissuasao/Documents/Manual_Jovens_cannabis.pdf)
- Lourenço, B. & Queiroz, L. B. (2010). Crescimento e desenvolvimento puberal na adolescência. *Revista de Medicina*, 89(2), 70-75. <https://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/46276/49930>
- Louro, R. M. G. (2013). *Vinculação e autoconceito em crianças em idade escolar: meio familiar vs institucionalização* (Dissertação de mestrado). Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Portugal.
- Ma, L., Phelps, E., Lerner, J. V., & Lerner, R. M. (2009). Pathways to academic competence for adolescents who bully and who are bullied: Findings from the 4- H Study of Positive Youth Development. *Journal of Early Adolescence*, 29, 862– 897.
- Martins, M. H. (2005) *Contribuições para a análise de crianças e jovens em situação de risco – Resiliência e Desenvolvimento* (Tese de Doutoramento). Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade do Algarve, Portugal.
- Matos, A. P., André, R. S., Cherpe, S., Rodrigues, D., Figueira, C. & Pinto, A. M. (2010). Estudo Psicométrico preliminar da Mental Health Continuum – Short Form – for youth numa amostra de adolescentes portugueses. *PSYCHOLOGICA*, 53, 131-156. [https://doi.org/10.14195/1647-8606\\_53\\_7](https://doi.org/10.14195/1647-8606_53_7)

- Matos, M. G., Santos, T., Reis, M., Marques, A., Tomé, G., Simões, C. & Wiium, N. (2018). Portuguese validation of the positive youth development short form (pyd-sf): a shorten version. *PSICOLOGIA, SAÚDE & DOENÇAS*, 19(3), 477-489. <http://doi.org/10.15309/18psd190301>
- Mayordomo-Rodríguez, T., Meléndez-Moral, JC, Viguer-Segui, P. *et al.* Estratégias de Enfrentamento como Preditores de Bem-Estar em Jovens Adultos. *Soc Indic Res* 122, 479–489 (2015). <https://doi.org/10.1007/s11205-014-0689-4>
- Meleis A., & Trangenstein P. (1994). Facilitating transitions: redefinition of the nursing mission. *Nursing Outlook*, 42 (6), 255–259 [https://doi.org/10.1016/0029-6554\(94\)90045-0](https://doi.org/10.1016/0029-6554(94)90045-0)
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company, pp. 38-51.
- Meleis, A.I. (2012). *Theoretical nursing. Development and progresso* (5ª ed.). Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.
- Ministério da Educação / Ministério da Segurança Social e do Trabalho. (2004). *Eu não desisto: Plano nacional de prevenção do abandono escolar. Relatório*. José Manuel Portocarrero Canavarro.
- Moreira, L.C.O. & Bastos, P.R.H.O. (2015). Prevalência e fatores associados à Ideação Suicida na Adolescência: Revisão de Literatura. *Revista Quadrimestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional, SP*. 19(3), 445-453.
- Mota, C. P., Oliveira, I. (2020). Efeito do Suporte Social e Personalidade no Bem-Estar Psicológico em Adolescentes de Diferentes Contextos Relacionais. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 36, 1-15. <https://doi.org/10.1590/0102.3772e3641>
- Murphey, D., Barry, M. & Vaughn, B. (2013). Positive mental health: Resilience. *Adolescent Health Highlight*, 3, 1-6. [http://www.childtrends.org/wp-content/uploads/2013/03/Child\\_Trends-2013\\_11\\_01\\_AHH\\_Resilience.pdf](http://www.childtrends.org/wp-content/uploads/2013/03/Child_Trends-2013_11_01_AHH_Resilience.pdf).
- Neto, F. (1998). *Psicologia social* (Volume I). Lisboa, Portugal: Universidade Aberta.
- Nogueira, D. S. (2010). *Trate a vida por tu*. Lua de papel.
- Nogueira, D. S., Ferreira, M. & Capela, J. Sd. Certificação internacional de coaching. We Create.

- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde mental*. Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/PQCEESaudeMental.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2006). *Investigação em Enfermagem Tomada de Posição*. Conselho Diretivo da Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem Dos Enfermeiros. (2012). *Guia orientador de Boas Práticas para a prevenção de sintomatologia depressiva e comportamentos da esfera suicidária*. Santos, J. C., Façanha, J. D, Gonçalves, M. A., Erse, M. P., Cordeiro, R. A. & Façanha, R. M.
- Organização Mundial de Saúde. (1986). *Carta de Ottawa para a promoção da saúde: 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde*. Direção-Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/carta-de-otawa-pdf1.aspx>.
- Organização Mundial de Saúde. (2002). *Relatório mundial de saúde 2001 – Saúde mental: Nova concepção, nova esperança*. Direção-Geral da Saúde, 2002.
- Organização Mundial de Saúde. (2018). *Ação Global Acelerada para a Saúde de Adolescentes (AA-HA!): Guia de Orientação para apoiar a implementação pelos países. Resumo*. Organização Pan-Americana da Saúde. <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49095/OPASBRA180024-por.pdf>.
- Papalia, D. E. & Feldman, R. D. (2013). *Desenvolvimento humano* (12ª ed.). Artmed.
- Patchin, J., & Hinduja, S. (2010). *Cyberbullying and self-esteem*. *Journal of School Health*, 80(12), 614-621.
- Patel, V., & Goodman, A. (2007). Researching protective and promotive factors in mental health. *International Journal of Epidemiology*, 36(4), 703– 707. <https://doi.org/10.1093/ije/dym147>
- Peixoto, F. J. B. (2003). *Auto-estima, autoconceito e dinâmicas relacionais em contexto escolar* (Dissertação de doutoramento). Universidade do Minho, Instituto de Educação e Psicologia, Portugal.
- Pinheiro, M. R. & Matos, A. P. (2013). Avaliação da resiliência em adolescentes portugueses: Novos contributos para o estudo das versões longa e breve da

- Resilience Scale de Wagnild e Young (1993). *Livro de Atas do VIII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia*, 806-815.
- Pinto, A. V. L., Cavalcanti, J. G., Araújo, L. S., Coutinho, M. L. & Coutinho, M. P. L. (2018). *Revista de Psicologia da IMED*, 10(2), 6-21. <https://doi.org/10.18256/2175-5027.2018.v10i2.2752>
- Pinto, A; Luna, I.; Silva, A.; Pinheiro, P.; Braga, V.; Souza, A. (2014). Fatores de risco associados a problemas de saúde mental em adolescentes: Revisão integrativa. *Revista Escola de Enfermagem USP*, 48 (3), 555-564. [https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n3/pt\\_0080-6234-reeusp-48-03-555.pdf](https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n3/pt_0080-6234-reeusp-48-03-555.pdf)
- Pipa, J. & Peixoto, F. (2011). Diferenças de género no autoconceito artístico e a sua relação com a auto-estima em estudantes do ensino secundário. *Libro de Actas do XI Congresso Internacional Galego-Português de Psicopedagogía*. A Coruña.
- Poletto, M. (2011). *Bem-estar subjetivo: Um estudo longitudinal com crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade social* (Tese de Doutoramento). Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil.
- Polit, D. F., Beck, C. T., Hungler, B. P. & Thorell, A. (2004). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização* (5ªed). Artes Médicas.
- Queirós, P. & Figueiredo, M. B. (2015). Enfermagem, de ciência aplicada a ciência humana prática: da racionalidade técnica à prática reflexiva. doi: 10.13140/RG.2.1.2517.6484 [https://www.researchgate.net/publication/275640022\\_enfermagem\\_de\\_ciencia\\_aplicada\\_a\\_ciencia\\_humana\\_pratica\\_da\\_racionalidade\\_tecnica\\_a\\_pratica\\_reflexiva](https://www.researchgate.net/publication/275640022_enfermagem_de_ciencia_aplicada_a_ciencia_humana_pratica_da_racionalidade_tecnica_a_pratica_reflexiva).
- Queirós, P. (2014). Reflexões para uma epistemologia da enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem*, 23 (3). [http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n3/pt\\_0104-0707-tce-23-03-00776.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n3/pt_0104-0707-tce-23-03-00776.pdf).
- Queirós, P. (2016). O conhecimento em enfermagem e a natureza dos seus saberes. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 20 (3). <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160079>
- Queirós, P. (2016a). Enfermagem, uma ecologia de saberes. *Cultura de los Cuidados*, 20 (45). [https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/57360/1/CultCuid\\_45\\_15.pdf](https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/57360/1/CultCuid_45_15.pdf).

- Queirós, P. (2016b). O conhecimento em enfermagem e a natureza dos seus saberes. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 20 (3). <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160079>
- Queirós, P., Fonseca, E. M., Mariz, M. D., Chaves, M. F., & Cantarino, S. G. (2016). Significados atribuídos ao conceito de cuidar. *Revista de Enfermagem Referência*, IV (10). <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIVn10/serIVn10a10.pdf>.
- Regulamento n.º 356/2015 de 25 de junho. *Diário da República*, 2.ª série — N.º 122. Lisboa, Portugal.
- Regulamento n.º 515/2018 de 7 de agosto. *Diário da República*, 2.ª série — N.º 151. Lisboa, Portugal.
- Regulamento n.º 515/2018 de 7 de agosto. *Diário da República n.º 151/2018 – II Série*. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa, Portugal.
- Reina, M. C., Oliva, A., & Parra, A. (2010). Percepciones de autoevaluación: Autoestima, autoeficacia y satisfacción vital en la adolescencia. *Psychology, Society, & Education*, 2, 55-69. <https://doi.org/10.25115/psye.v2i1.435>
- Relvas, A. P. & Alarcão, M. (2002). *Novas formas de família*. Quarteto.
- Relvas, A. P. (1996). *O ciclo vital da família: Perspetiva sistémica*. Edições Afrontamento.
- Rodrigues, A. F. & Batista, N. J. (2014). Programa de promoção do autoconceito em alunos/as do 12º ano. *O Portal dos Psicólogos*, 1-20. <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0358.pdf>.
- Salmela-Aro, K. (2011). Stages of Adolescence In B. Brown, & M. Prinstein (Eds), *Encyclopedia of Adolescence* (pp.360-368). <https://doi.org/10.1016/b978-0-12-373951-3.00043-0>
- Sampieri, R. H., Collado, C. F. & Lucio, P. B. (2013). *Metodologia de pesquisa* (5ªed.). Penso.
- Santos, E. J., Marcelino, L. M., Abrantes, L. C., Marques, C. F., Correia, R. M., Coutinho, E. d., & Azevedo, I. C. (2015). O cuidado humano transicional como foco da enfermagem: Contributos das competências especializadas e linguagem

classificada cipe. *Millenium*, 49, 153-171.  
<http://www.ipv.pt/millenium/Millenium49/9.pdf>

Santos, L. K. P., Santana, C. C. & Souza, M. V. O. (2020). Ações para o fortalecimento da resiliência em adolescentes. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(10), 3933-3943.  
<https://doi.org/10.1590/1413-812320202510.22312018>

Sarmiento, J. R. A. P. (2018). *Comportamento suicidários na PSP: Caracterização e estratégias de prevenção* (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal.

Sarriera, J. C., Paradiso, A. C., Abs, D., Soares, D. H. P., Silva, C. L. & Fiuza, P. J.. (2013). O bem-estar pessoal dos adolescentes através do seu tempo livre. *Estudos de Psicologia*, 18(2), 285-295.

Segabinazi, J. D., Giacomoni, C. H., Dias, A. C. G., Teixeira, M. A. P & Moraes, D. A. O. (2010). Desenvolvimento e Validação Preliminar de uma Escala Multidimensional de Satisfação de Vida para Adolescentes. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(4), 653 – 659. <https://www.scielo.br/pdf/ptp/v26n4/09.pdf>.

Segabinazi, J. D., Zortea, M., Zanon, C., Bandeira, D. R., Giacomoni, C. H., & Hutz, C. S. (2012). Escala de afetos positivos e negativos para adolescentes: Adaptação, normatização e evidências de validade. *Avaliação Psicológica*, 11(1), 1-12.  
[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-04712012000100002](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712012000100002)

Sequeira, C. & Lluch, M.T. (2015). Saúde Mental Positiva. *Conferência apresentada na celebração do dia da Saúde Mental da Escola Superior de saúde de Viseu*.

Sequeira, C., Carvalho, J. C., Sampaio F., Sá L., Lluch-Canut T. & Roldán-Merino, J. (2014). Avaliação das propriedades psicométricas do Questionário de Saúde Mental Positiva em Estudantes Portugueses do Ensino Superior. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* (11), 45-53.  
<http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/n11/n11a07.pdf>

Sequeira, C., Carvalho, J. C., Sampaio, F., Sá, L., Lluch-Canut, T. & Roldán-Merino, J. (2014). Avaliação das propriedades psicométricas do questionário de saúde mental positiva em estudantes portugueses do ensino superior. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 11, 45-53.

- Serafini, A. J. & Bandeira, D. R. (2011). A influência da rede de relações, do coping e do neuroticismo na satisfação de vida de jovens estudantes. *Estudos de Psicologia*, 28(1), 15-25.
- Serra, A. V. (2011). *O stress na vida de todos os dias*. Gráfica de Coimbra, Lda.
- Shaffer, D. R. (2005). *Psicologia do Desenvolvimento: Infância e Adolescência* (6ª ed.). Thomson.
- Sharma, R. (2016). *O líder sem título* (7ª ed.). Lua de papel.
- Silva, A. B., Matos, M. G. & Diniz, J. A. (2010). Escola e bem-estar subjectivo nas crianças e adolescentes. *Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente*, 1, 117-139. <http://revistas.lis.ulusiada.pt/index.php/rpca/article/view/12/pdf>.
- Silva, A. R. S. (2018). *Comportamentos de Saúde e Bem-Estar Psicológico em Adolescentes* (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade da Beira Interior, Portugal.
- Silva, D. G. (2016). *Relações entre bem-estar subjetivo, religiosidade e relacionamentos interpessoais na adolescência* (Dissertação de Mestrado). Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil.
- Silva, D. G. da. (2016). *Relações entre bem-Estar subjetivo, religiosidade e relacionamentos interpessoais na adolescência* (Monografia de especialização). Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil.
- Silva, D., Giordani, J., & Dell’Aglío, D. (2016). Relações entre satisfação com a vida, com a família e com as amizades e religiosidades na adolescência. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia*, 8 (1), 38-54. <https://doi.org/10.5433/2236-6407.2017v8n1p38>
- Silva, G. V., Soares, J. B., Sousa, J. C. & Kusano, L. A. E. (2019). promoção de saúde mental para adolescentes em uma escola de ensino médio: Um relato de experiência. *Revista Nufen: Phenomenology and Interdisciplinarity*, 11(2). 133-148. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rnufen/v11n2/a09.pdf>.
- Silva, H. M. A. (2009). *Resiliência nos Jovens: Relações Familiares e Auto-conceito Competência* (Dissertação de Mestrado). Universidade do Algarve, Portugal.

- Simões C. (2010). Adolescentes e comportamentos de saúde. Alicerces. *Instituto Politécnico de Lisboa, III*(3), p.223-41
- Simões, C. (2010). Adolescentes e comportamentos de saúde. *Alicerces, III*(3), 223-41.
- Skinner, E. A. & Zimmer-Gembeck, M. J. (2007). The Development of Coping. *Annu. Rev. Psychol, 58*, 118-144.
- Skinner, E. A. & Zimmer-Gembeck, M. J. (2008). Adolescents coping with stress: development and diversity. *Prevention Researcher, 15*, 3-7.
- Soares, F., Hardman, C., Junior, J., Bezerra, J., Petribú, K., Mota, J., ..., Lima, R. (2020). Secular trends in suicidal ideation and associated factors among adolescents. *Brazilian Journal of Psychiatry, 42* (5), 475 – 480. <https://www.scielo.br/pdf/rbp/v42n5/1516-4446-rbp-1516444620190783.pdf>.
- Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental (2009). *Manual de boas práticas canadianas para a enfermagem de saúde mental e psiquiátrica*. Autor.
- Sousa, J. M. (2015). *Estudo preliminar de adaptação e validação da escala de avaliação do eu resiliente: resiliência, autodano e ideação suicida em adolescentes* (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Altos Estudos do Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra, Portugal.
- Souza, L. K. de, & Hutz, C. S. (2007). A qualidade da amizade: Adaptação e validação dos Questionários McGill. *Aletheia, 25*, 82-96. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722013000400009>
- Souza, L. K., & Duarte, M. G. (2013). Amizade e bem-estar subjetivo. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 29*(4), 429-436. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722013000400009>
- Sprinthall, N. A. & Collins, W. A. (2008). *Psicologia do adolescente: Uma abordagem desenvolvimentista*. Fundação Calouste Gulbenkian.
- Tomé, G. M. Q. (2011). *Grupo de pares, comportamentos de risco e a saúde dos adolescentes portugueses* (Tese de doutoramento). Faculdade de Motricidade Humana da Universidade Técnica de Lisboa, Portugal. <https://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/3796/1/gina%20tome%20tese%20doutoramento.pdf>.

- Tomé, G., Camacho, I., Matos, M. G. & Diniz, J. A. (2011). A Influência da Comunicação com a Família e Grupo de Pares no Bem-Estar e nos Comportamentos de Risco nos Adolescentes Portugueses. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 24(4), 747-756.
- 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://doi.org/10.15309/15psd160104>
- United Nations (2014). *Mental Health Matters: Social inclusion of youth with mental health conditions*. Autor. <https://www.un.org/esa/socdev/documents/youth/youth-mental-health.pdf>.
- Vaz Freixo, M. (2009). *Metodologia Científica: Fundamentos, Métodos e Técnicas*. Instituto Piaget.
- Veldman, F. (2003). Afectividad confirmante. El alba de la vida humana. In TORRES, J. R. et al. (Eds.) *Haptonomia – ciencia de la afectividade* (pp.45-80). Reproimsa.
- Ventura, C. R. D. (2016). *Associações entre o bem-estar psicológico e o sentimento de pertença à escola na adolescência* (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Psicologia e Ciências das Educação da Universidade de Coimbra, Portugal.
- Veríssimo, R. (2002). *Erik Erikson: Desenvolvimento Psicossocial*. Faculdade de Medicina do Porto. <https://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/9133/2/13864.pdf>.
- Vieira, M. (2007). *Ser enfermeiro: da compaixão à proficiência*. Universidade Católica Editora.
- Visani, D., Albieri, E., Offidani, E., Ottolini, F., Tomba, E. & Ruini, C. (2011). Gender Differences in Psychological Well-Being and Distress During Adolescence. *Psychology*, 65-70. [https://doi.org/10.1007/978-94-007-1375-8\\_6](https://doi.org/10.1007/978-94-007-1375-8_6)
- Wagner, A., Ribeiro, L., Arteche, A. X. & Bornholdt, E. A. (1999). Configuração familiar e o bem-estar psicológico dos adolescentes. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 2(1). <https://doi.org/10.1590/S0102-79721999000100010>
- Wentzel, K. R., McNamara-Barry, C. M., & Caldwell, K. A. (2004). Friendships in middle school: Influences on motivation and school adjustment. *Journal of Educational Psychology*, 96, 195–203.

- Wentzel, KR, Barry, CM, & Caldwell, KA (2004). Amizades no Ensino Médio: Influências na Motivação e Adaptação Escolar. *Journal of Educational Psychology*, 96 (2), 195-203. <https://doi.org/10.1037/0022-0663.96.2.195>
- Wille, N., Bettge, S., & Ravens-Sieberer, U. (2008). Risk and protective factors for children's and adolescents' mental health: results of the BELLA study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 17 (S1), 133–147. <https://doi.org/10.1007/s00787-008-1015-y>
- World Health Organization. (1993). *The health of young people: A Challenge and a promise*. Author.
- World Health Organization. (1998). *Health promotion glossary*. Author.
- World Health Organization. (2003). *Caring for children and adolescents with mental disorders: Setting WHO directions*. author. [https://www.who.int/mental\\_health/media/en/785.pdf](https://www.who.int/mental_health/media/en/785.pdf).
- World Health Organization. (2004). *Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice: Summary report*. Author.
- World Health Organization. (2006). *Orientation programme on adolescent health for health care providers*. Autor. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42868/9241591269\\_Guide\\_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42868/9241591269_Guide_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- World Health Organization. (2013). *Mental health: Action plan 2013-2020*. Author. [http://www.who.int/mental\\_health/publications/action\\_plan/en/](http://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/en/)
- World Health Organization. (2020). *Adolescent mental health*. Author. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>.
- Zal, H. M. (1992). *A geração sanduíche: Entre filhos adolescentes e pais idosos*. Difusão Cultural.

## Anexo 1 – Instrumento de colheita de dados

Código: \_\_\_\_\_  
(não preencher)

Estimado(a) jovem,

Estes questionários são de **cariz confidencial**, assegurando o **anonimato** das tuas respostas que apenas serão usadas para fins estatísticos.

As perguntas são de resposta rápida e devem ser todas respondidas.

**Não existem respostas certas ou erradas, o que importa é a tua opinião.**

**A tua colaboração é fundamental**, por isso, desde já, agradecemos a tua disponibilidade para responder a estes questionários!

### Instruções:

- Em respostas com  , coloca um "x" dentro do quadrado pretendido;
- Em respostas abertas, pretende-se que escrevas a tua resposta.

**Grata pela colaboração.**

### **A) Dados pessoais**

1) Sexo: Masculino  Feminino

2) Idade: \_\_\_\_\_

### **B) Outros dados**

1) Como caracterizas o teu ambiente familiar:

Mau  Razoável  Bom  Muito bom

2) No geral, tens uma boa relação com os teus amigos?

Sim  Não

3) Como caracterizas o teu interesse pela escola?

Nenhum  Pouco  Suficiente  Muito

**Escala *MENTAL HEALTH CONTINUUM* – Short Form**  
(Keyes et al., 2008)

Este questionário procura medir a saúde mental e contém itens que representam diversos sentimentos relativamente ao seu bem-estar. Por favor **responda a todas as perguntas**. Não há

**respostas certas ou erradas**. Use a escala abaixo, de **1 a 6**, e assinale o número que melhor descreve como se sente sobre o seu bem-estar.

**Durante o mês passado com que frequência se sentiu:**

	<b>1.Nunca</b>	<b>2.Uma vez ou duas</b>	<b>3.Cerca de uma vez por semana</b>	<b>4.Duas ou três vezes por semana</b>	<b>5.Quase todos os dias</b>	<b>6.Todos os dias</b>
1.Feliz						
2.Interessado pela vida						
3.Satisfeito com a vida						
4.Que tem uma contribuição importante para a sociedade						
5.Que pertence a uma comunidade (como um grupo social ou a sua vizinhança)						
6.Que a nossa sociedade é um bom lugar ou está a tornar-se um lugar melhor para todas as pessoas						
7.Que as pessoas são essencialmente boas						
8. Que a forma como a nossa sociedade funciona faz sentido para si						
9.Que gosta da maior parte das características da sua personalidade						
10.Bom na gestão das responsabilidades do meu dia-a-dia						
11.Que tem relações agradáveis e de confiança com outros						
12.Que teve experiências que o desafiaram e permitiram crescer e tornar-se uma pessoa melhor						
13.Confiante para pensar ou expressar as suas opiniões e ideias						
14.Que a sua vida tem um sentido e um objetivos (direção e propósito)						

**ESCALA DE AVALIAÇÃO DO EU RESILIENTE**  
(adaptação de Sousa & Marques, 2015; versão de Jardim & Pereira, 2006)

Seguindo a escala seguinte, assinala a opção de resposta com que mais te identifica:

	1.Nunca	2.Raramente	3.Algumas vezes	4.Frequentemente	5.Sempre
1. <b>Eu tenho...</b> Pessoas à minha volta que me querem bem sempre.					
2. <b>Eu tenho...</b> Pessoas que me colocam limites para que eu aprenda a evitar perigos e problemas.					
3. <b>Eu tenho...</b> Pessoas que querem que eu aprenda a desenvolver-me sozinho.					
4. <b>Eu tenho...</b> Pessoas que cuidam de mim quando estou doente, em perigo ou quando preciso de aprender alguma coisa.					
5. <b>Eu sou...</b> Uma pessoa estimada e amada pelos outros.					
6. <b>Eu sou...</b> Feliz quando faço algo pelos outros e lhes demonstro o meu afeto.					
7. <b>Eu sou...</b> Respeitador de mim mesmo e dos outros.					
8. <b>Eu estou...</b> Disposto a responsabilizar-me pelos meus problemas.					
9. <b>Eu estou...</b> Confiante de que tudo correrá bem.					
10. <b>Eu posso...</b> Falar sobre coisas que me preocupam e inquietam.					
11. <b>Eu posso...</b> Procurar uma forma de resolver os meus problemas.					
12. <b>Eu posso...</b> Controlar-me quando tenho vontade de fazer algo perigoso ou mau para mim.					
13. <b>Eu posso...</b> Encontrar o momento certo para falar com alguém ou para agir.					
14. <b>Eu posso...</b> Procurar alguém que me ajuda quando preciso.					

**ES ESCALA MULTIDIMENSIONAL DE SATISFAÇÃO DE VIDA PARA ADOLESCENTES**

Gostaríamos de saber o que pensas sobre a tua vida e das coisas que fazem parte dela. Por exemplo: como te tens sentido ultimamente? O que gostas mais de fazer? Encontras abaixo um conjunto de frases. Lê cada uma delas e a seguir assinala na grelha de resposta a tua opção para cada uma. **Não existem respostas certas ou erradas**, apenas a tua opinião livre e sincera.

- 1. MUITÍSSIMO pouco (quase nada)    2. Um pouco (Alguma coisa)    3. Mais ou menos  
4. Bastante    5. MUITÍSSIMO**

Dimensões	Itens	1.Muitíssimo pouco (quase nada)	2.Um pouco (alguma coisa)	3.Mais ou menos	4.Bastante	5.Muitíssimo
<b>FAMÍLIA A</b>	23. Tenho um bom convívio com a minha família.					
	15. A minha família faz-me sentir feliz.					
	34. Divirto-me com a minha família.					
	39. Os meus pais são carinhosos comigo.					
	8. A minha família dá-se bem.					
	49. A minha família gosta de mim.					
	42. Gostaria que minha família fosse diferente.					
	50. A minha família ajuda-me quando preciso.					
	3. Sinto que sou compreendido em minha casa.					
	4. Fico feliz quando a minha família se reúne.					
	26. Considero-me uma pessoa alegre.					
<b>SELF</b>	13. Sou uma pessoa bem-humorada.					
	10. Sou uma pessoa sorridente.					
	38. Considero-me uma pessoa divertida.					
	47. Considero-me uma pessoa descontraída.					
	36. Considero-me uma pessoa feliz.					
	1.Tenho muitas atividades divertidas					
	52. Gosto da minha vida.					
	41. Sinto-me bem da forma como sou.					
<b>ESCOLA</b>	40. Gosto de ir à escola.					
	45. Sinto-me bem na minha escola.					
	18. Divirto-me na escola.					
	30. Os meus professores são simpáticos e agradáveis comigo.					
	9. Gosto das atividades da escola.					
	46. Aprendo muitas coisas na escola.					

Dimensões	Itens	1.Muitíssimo pouco (quase nada)	2.Um pouco (alguma coisa)	3.Mais ou menos	4.Bastante	5.Muitíssimo
SELF COMPARADO	25. Os meus amigos divertem-se mais do que eu.					
	6. Os meus amigos passeiam mais do que eu.					
	17. Os meus amigos podem fazer mais coisas do que eu.					
	29. Os meus colegas recebem mais presentes do que eu.					
	2. Os outros colegas têm mais amigos do que eu.					
	32. Os meus colegas são mais alegres do que eu.					
NÃO-VIOLÊNCIA	43. Irrito-me com muita facilidade.					
	14. Sinto que sou capaz de manter a calma.					
	33. Gosto de discussões.					
	21. As discussões resolvem os problemas.					
	37. Sinto-me calmo e tranquilo.					
	11. Discuto muito com meus amigos.					
AUTO-EFICÁCIA	28. Tenho sucesso nas atividades que realizo.					
	51. Consigo fazer muitas coisas					
	5. Luto (corro atrás) por aquilo que quero conquistar.					
	31. Considero-me uma pessoa inteligente.					
	27. Faço o que gosto de fazer.					
	19. Consigo expressar as minhas ideias.					
	20. É difícil conseguir o que quero.					
AMIZADE	22. É bom sair com os meus amigos.					
	35. Gosto de conversar com os meus amigos.					
	12. Divirto-me com os meus amigos.					
	16. Gostaria que meus amigos fossem diferentes.					
	7. Tenho um bom relacionamento com os meus amigos.					
	48. Os meus amigos ajudam-me quando preciso.					
	44. Os meus amigos gostam de mim.					
	24. Gosto de sair para me divertir.					



## Anexo 2 – Pedidos de autorização para a realização da investigação

### COMISSÃO DE ÉTICA

da **Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E)**  
da **Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnC)**

**Parecer N.º / P741\_12\_2020**

**Título do Projeto:** "Criação de observatório de saúde mental no concelho de [ ]  
Caraterização dos adolescentes do 2º ciclo"

#### **Identificação dos Proponentes**

**Nome(s):** José Carlos Santos\*, Hugo Nunes\*\*\*, Albertina Bárbara\*\*, Cândida Loureiro\*, Cristina Cera\*\*, Luís Loureiro\*, Sandra Rosinha\*\*, Daniela Oliveira\*\*\*, Adriana Baptista\*\*\*, Débora Oliveira\*\*\*, Inês Tavares\*\*\*, Inês Fragoso\*\*, Inês Rodrigues\*\*\*, Daniela Cardoso\*\*\*

**Afiliação Institucional:** \* ESEnC; \*\* CS de Soure; \*\*\* Alunos ESEnC

**Investigador Responsável/Orientador:** José Carlos Santos - ESEnC

**Relator:** Rui Cruz

#### **Parecer**

##### **ENQUADRAMENTO DO PROJETO:**

Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo-exploratório, transversal, cujo objetivo principal é caracterizar a Saúde Mental dos adolescentes do 2º ciclo do concelho de [ ], e desta forma detetar precocemente processos desadaptativos e identificar áreas prioritárias de intervenção.

Para o efeito a amostra será constituída por 281 alunos do 3º ciclo da Escola Básica 1,2 de [ ] e que cumpram os critérios de inclusão/exclusão definidos.

A recolha de dados é realizada nas instalações da referida escola e consiste na aplicação de um questionário sociodemográfico e das escalas Mental Health Continuum, Eu resiliente e a escala Multidimensional de Satisfação de vida que avaliam respetivamente o bem estar, a resiliência, e a satisfação com a vida.

##### **IDENTIFICAÇÃO DAS QUESTÕES COM EVENTUAIS IMPLICAÇÕES ÉTICAS:**

- I. Os procedimentos metodológicos para a recolha de dados neste estudo estão suficientemente descritos.
- II. Os procedimentos de recolha de dados não comportam riscos para os participantes.
- III. O Consentimento informado Livre e Esclarecido, será presente a cada um dos encarregados de educação dos jovens participantes, apresenta-se pouco descritivo nos termos da necessária explicação acerca do estudo e da participação dos jovens.
- IV. A confidencialidade, anonimização e segurança de dados recolhidos são garantidos pela equipa proponente.

## COMISSÃO DE ÉTICA

### da Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E) da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnFC)

- V. Não existem custos de participação para os sujeitos da investigação nem possíveis compensações financeiras.
- VI. O Termo de Responsabilidade está devidamente assinado pelo proponente responsável da investigação.
- VII. A data prevista para início da recolha de dados, garante que a mesma só será iniciada após pronúncia desta Comissão.

#### CONCLUSÕES:

O Termo de Consentimento Informado apresentado em anexo contém a devida identificação do estudo e identificação do investigador responsável. Há menção de que foram proporcionadas informações sobre o âmbito e objetivos do estudo e procedimentos, sem contudo estarem explícitos. Há informação explícita sobre "ausência de riscos, eventuais benefícios, as alternativas, a garantia de confidencialidade, a disponibilidade para esclarecimento de dúvidas, ausência de custos e carácter voluntário da participação mas não apresenta contato para eventuais informações adicionais. Não há referência aos meios para garantia de anonimato nem aos fins de utilização dos dados e procedimentos para assegurar a sua confidencialidade durante e após conclusão do estudo, no cumprimento do disposto no Regulamento Geral de Proteção de Dados.

Tendo em conta a amostra e o local de recolha dos dados, para além da autorização/concordância da escola onde decorre a investigação é necessário a inscrição do estudo na Direção-Geral de Educação, nomeadamente através do site oficial: <https://www.dge.mec.pt/inqueritos-em-meio-escolar-0>.

Face à situação epidemiológica nacional e às suas consequências, os investigadores devem assegurar que os procedimentos de colheita de dados são adequados ao contexto particular em que vivemos.

Salvaguardando as recomendações anteriores, o pedido cumpre todos os requisitos éticos específicos para a investigação em causa.

Nesta conformidade, o meu Parecer é FAVORÁVEL ao desenvolvimento do referido projeto.



O relator: Rui Santos Cruz

Data: 13/01/2021 O Presidente da Comissão de Ética: Ária Helena Botelho

## COMISSÃO DE ÉTICA

da **Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E)**  
da **Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnFC)**

**Parecer N.º / P740\_12\_2020**

**Título do Projeto:** "Criação de observatório de saúde mental no concelho de   
Caraterização dos adolescentes do 3º ciclo"

### Identificação dos Proponentes

**Nome(s):** José Carlos Santos\*, Hugo Nunes\*\*\*, Albertina Bárbara\*\*, Cândida Loureiro\*, Cristina Cera\*\*, Luís Loureiro\*, Sandra Rosinha\*\*, Daniela Oliveira\*\*\*, Adriana Baptista\*\*\*, Débora Oliveira\*\*\*, Inês Tavares\*\*\*, Inês Fragoso\*\*\*, Inês Rodrigues\*\*\*, Daniela Cardoso\*\*\*

**Filiação Institucional:** \* ESEnFC; \*\* CS de Soure; \*\*\* Alunos ESEnFC

**Investigador Responsável/Orientador:** José Carlos Santos  
\* ESEnFC

**Relator:** Rui Cruz

### Parecer

#### ENQUADRAMENTO DO PROJETO:

Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo-exploratório, transversal, cujo objetivo principal é caracterizar a Saúde Mental dos adolescentes do 3º ciclo do concelho de , e desta forma detetar precocemente processos desadaptativos e identificar áreas prioritárias de intervenção.

Para o efeito a amostra será constituída por 431 alunos do 3ºciclo da Escola 3º Ciclo e Secundária Martinho Árias do concelho de  e que cumpram os critérios de inclusão/exclusão definidos.

A recolha de dados é realizada nas instalações da referida escola e consiste na aplicação de um questionário sociodemográfico e das escalas Mental Health Continuum, Eu resiliente e a escala Multidimensional de Satisfação de vida que avaliam respetivamente o bem estar, a resiliência, e a satisfação com a vida.

#### IDENTIFICAÇÃO DAS QUESTÕES COM EVENTUAIS IMPLICAÇÕES ÉTICAS:

- I. Os procedimentos metodológicos para a recolha de dados neste estudo estão suficientemente descritos.
- II. Os procedimentos de recolha de dados não comportam riscos para os participantes.
- III. O Consentimento Informado Livre e Esclarecido, será presente a cada um dos encarregados de educação dos jovens participantes, apresenta-se pouco descritivo nos termos da necessária explicação acerca do estudo e da participação dos jovens.

## COMISSÃO DE ÉTICA

da **Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem** (UICISA: E)  
da **Escola Superior de Enfermagem de Coimbra** (ESENFC)

- IV. A confidencialidade, anonimização e segurança de dados recolhidos são garantidos pela equipa proponente.
- V. Não existem custos de participação para os sujeitos da investigação nem possíveis compensações financeiras.
- VI. O Termo de Responsabilidade está devidamente assinado pelo proponente responsável da investigação.
- VII. A data prevista para início da recolha de dados, garante que a mesma só será iniciada após pronúncia desta Comissão.

### CONCLUSÕES:

O Termo de Consentimento Informado apresentado em anexo contém a devida identificação do estudo e identificação do investigador responsável. Há menção de que foram proporcionadas informações sobre o âmbito e objetivos do estudo e procedimentos, sem contudo estarem explícitos. Há informação explícita sobre "ausência de riscos, eventuais benefícios, as alternativas, a garantia de confidencialidade, a disponibilidade para esclarecimento de dúvidas, ausência de custos e carácter voluntário da participação mas não apresenta contato para eventuais informações adicionais. Não há referência aos meios para garantia de anonimato nem aos fins de utilização dos dados e procedimentos para assegurar a sua confidencialidade durante e após conclusão do estudo, no cumprimento do disposto no Regulamento Geral de Proteção de Dados.

Tendo em conta a amostra e o local de recolha dos dados, para além da autorização/concordância da escola onde decorre a investigação é necessário a inscrição do estudo na Direção-Geral de Educação, nomeadamente através do site oficial: <https://www.dge.mec.pt/inqueritos-em-meio-escolar-0>.

Face à situação epidemiológica nacional e às suas consequências, os investigadores devem assegurar que os procedimentos de colheita de dados são adequados ao contexto particular em que vivemos.

Salvaguardando as recomendações anteriores, o pedido cumpre todos os requisitos éticos específicos para a investigação em causa.

Nesta conformidade, o meu Parecer é FAVORÁVEL ao desenvolvimento do referido projeto.



O relator: Rui Santos Cruz

Data: 13/01/2021 O Presidente da Comissão de Ética: Ária Flomina Boalheiro

## COMISSÃO DE ÉTICA

da **Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E)**  
da **Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnFC)**

**Parecer N.º P739-12/2020**

**Título do Projecto:** Criação de observatório de saúde mental no concelho de   
Caraterização dos adolescentes do ensino secundário

### **Identificação das Proponentes**

**Nome(s):** José Carlos Santos, Adriana Baptista, Albertina Bárbara, Cândida Loureiro, Cristina Cera, Luis Loureiro, Sandra Rosinha, Daniela Oliveira, Hugo Neves, Débora Oliveira, Inês Tavares, Inês Fragoso, Inês Rodrigues, Daniela Cardoso

**Filiação Institucional:** Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Centro de Saúde de

**Investigador Responsável/Orientador:** José Carlos Santos

**Relator:** Maria Filomena Botelho

### **Parecer**

O projeto tem como objetivos caracterizar a Saúde Mental dos adolescentes do 3º ciclo do concelho de , detetar precocemente processos desadaptativos e identificar áreas prioritárias de intervenção da esfera da saúde mental.

Para tal, os autores aplicarão aplicação de um questionário sociodemográfico e as escalas Mental Health Continuum, Eu resiliente e a escala Multidimensional de Satisfação de vida que avaliam respetivamente o bem estar, a resiliência, e a satisfação com a vida.

Segundo os autores trata-se de um estudo quantitativo, descritivo-exploratório, transversal, em que a amostra será constituída por adolescentes do 3º ciclo do concelho de

Os critérios de inclusão e de exclusão estão claramente definidos. Existe garantia de confidencialidade. São apresentados o consentimento informado e os instrumentos de colheita de dados. Porém, O Consentimento Informado não apresenta o contacto para eventuais informações adicionais, não há referência aos meios para garantia de anonimato nem aos fins de utilização dos dados e procedimentos para assegurar a sua confidencialidade durante e após a conclusão do estudo, no cumprimento do disposto no Regulamento Geral de Proteção de Dados. Adicionalmente, também não pede a assinatura do encarregado de educação do adolescente participante.

Uma vez que a amostra se encontra tutelada pela Direção-Geral da Educação, os proponentes deste projeto devem fazer prova desta mesma submissão e do seu resultado através do site oficial: <https://www.dge.mec.pt/inqueritos-em-melo-escolar-0>.

Devido à situação epidemiológica nacional recomenda-se, ainda, que os investigadores devem assegurar que os procedimentos de colheita de dados são os adequados ao contexto particular em que vivemos. Salvaguardando as recomendações anteriores, e tratando-se de um estudo a decorrer com adolescentes e para salvaguarda de um efetivo consentimento esclarecido por parte dos encarregados de educação

## COMISSÃO DE ÉTICA

da **Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem** (UICISA: E)  
da **Escola Superior de Enfermagem de Coimbra** (ESENFC)

recomenda-se a reformulação do Termo de Consentimento de acordo com as observações acima formuladas. O pedido cumpre todos os requisitos éticos específicos para a investigação em causa.

O estudo não dispensa a autorização por parte das instituições onde o mesmo decorre.

O relator: *Áurea Filomena B. Ribeiro*

Data: 12/1/2021

O Presidente da Comissão de Ética: *Áurea Filomena B. Ribeiro*

## José Carlos Santos

---

**De:** mima.noreply@min-educ.pt  
**Enviado:** 11 de maio de 2021 09:34  
**Para:** jcsantos@esenfC.pt; jcsantos@esenfC.pt  
**Assunto:** Monitorização de Inquéritos em Meio Escolar: Inquérito nº 0224900009

Exmo(a)s. Sr(a)s.

O pedido de autorização do inquérito n.º 0224900009, com a designação *Criação de observatório de saúde mental de [ ] Caracterização da saúde mental das crianças e adolescentes do concelho*, registado em 16-04-2021, foi aprovado.

Avaliação do inquérito:

Exmo.(a) Senhor(a) José Carlos Pereira Santos  
Venho por este meio informar que o pedido de realização de inquérito em meio escolar é autorizado uma vez que, submetido a análise, cumpre os requisitos, devendo atender-se às observações aduzidas.  
Com os melhores cumprimentos  
José Vitor Pedroso  
Diretor-Geral  
DGE

Observações:

- a) A realização dos Inquéritos fica sujeita a autorização das Direções dos Agrupamentos de Escolas do ensino público a contactar para a realização do estudo [ ] [ ]. Merece especial atenção o modo, o momento e condições de aplicação dos instrumentos de recolha de dados em meio escolar, porque muito onerosos e sensíveis, devendo fazer-se em estreita articulação com as Direções dos Agrupamentos e com os encarregados de educação ou quem tutele os menores inquiridos.
- b) De acordo com o Despacho nº 15847/2007, informa-se que a DGE não é competente para autorizar a realização de estudos/aplicação de inquéritos ou outros instrumentos em estabelecimentos de ensino privados.
- c) Deve considerar-se o disposto legal em matéria de garantia de anonimato dos sujeitos, não identificabilidade, confidencialidade, proteção e segurança dos dados a recolher e tratar no presente estudo. Considerados os documentos que foram anexados e para efeitos da proteção de múltiplos dados pessoais de categorias especiais de dados, sensíveis e de vida privada, a recolher junto dos inquiridos, em cumprimento da legislação em vigor, resultam obrigações que o responsável se propõe cumprir. Destas deve dar conhecimento a todos os inquiridos e a quem intervenha na recolha e tratamento de dados. É obrigatório recolher declarações de consentimento inequívoco, informado e esclarecido, junto dos inquiridos, titulares dos dados, no caso dos alunos, junto de seus representantes legais. Mais deverão ser presentes com os inquéritos para recolha do prévio consentimento dos inquiridos ou de seus representantes legais (sua ausência/concordância com o que lhes é efetivamente proposto responder). As autorizações assinadas devem ficar em poder da Escola/Agrupamento ao qual pertencem. Não deve haver cruzamento ou associação de dados entre os que são recolhidos pelos instrumentos de inquirição e os constantes das declarações de consentimento informado. Recomenda-se que, dado o exposto, para efeitos do exposto sobre proteção de dados e cumprimento do disposto legal nesta matéria, o/a Encarregado/a de Proteção de Dados da entidade responsável pelo estudo (ESEnfC) possa apoiar todo o processo.
- d) Em razão das observações de rejeição anterior de 26-03-2021, importa envolver o/a

Encarregado/a de Proteção de Dados da entidade responsável pelo estudo (ESEnfC), reiterando-se as observações aduzidas, dada a natureza, âmbito, contexto e finalidades do tratamento, considerando ainda o facto do número de inquiridos não ser limitado (tratamento de dados de categorias especiais de dados suscetível de resultar num elevado risco para os direitos e as liberdades das pessoas).

Sugerimos, ainda, a melhor revisão dos modelos de consentimento informado e inequívoco a apresentar aos inquiridos ou seus representantes legais, (porque nos parecem pouco informadas face a exigências legais), e a aplicação do princípio da minimização de dados (ie: ponderar se é recolhida a data de nascimento ou a idade do inquirido, etc. ) visando a conformidade legal.

Podem consultar na Internet toda a informação referente a este pedido no endereço <http://mime.gepe.min-eda.pt>. Para tal terá de se autenticar fornecendo os dados de acesso da entidade.

