

IMPROVE THE YOUTH

SAÚDE MENTAL DOS ADOLESCENTES
RELATÓRIO DO ESTUDO

RELATÓRIO
DO ESTUDO



IMPROVE
THE YOUTH



Instytut
Matki i Dziecka
Fundacja



Erasmus+



IMPROVE THE YOUTH

SAÚDE MENTAL DOS ADOLESCENTES
RELATÓRIO DO ESTUDO.

RELATÓRIO DO ESTUDO

Dorota Kleszczewska
Joanna Mazur
Anna Dzielska
Agnieszka Michalska
Margarida Gaspar de Matos
Teresa Santos
Tania Gaspar
Cátia Branquinho
Maria Inês Antão
Fábio Botelho Guedes

AUTORES:

Dorota Kleszczewska

FUNDACJA INSTYTUTU MATKI I DZIECKA

Joanna Mazur

INSTYTUT MATKI I DZIECKA

Anna Dzielska

INSTYTUT MATKI I DZIECKA

Agnieszka Michalska

FUNDACJA INSTYTUTU MATKI I DZIECKA
UNIwersytet Warszawski

Margarida Gaspar de Matos

AVENTURA SOCIAL-ASSOCIAÇÃO

Teresa Santos

AVENTURA SOCIAL-ASSOCIAÇÃO

Tania Gaspar

AVENTURA SOCIAL-ASSOCIAÇÃO

Cátia Branquinho

AVENTURA SOCIAL-ASSOCIAÇÃO

Maria Inês Antão

AVENTURA SOCIAL-ASSOCIAÇÃO

Fábio Botelho Guedes

AVENTURA SOCIAL-ASSOCIAÇÃO

Patrocínio científico



**Instytut
Matki i Dziecka**

AGRADECIMENTOS

Os autores do relatório agradecem a todas as universidades, estudantes, professores e especialistas que participaram neste estudo. Gostaríamos também de agradecer aos especialistas pela sua cooperação na verificação da nossa metodologia, incluindo os questionários e a HBSC/WHO (www.hbsc.org), cujos estudos foram parcialmente utilizados neste projeto.

Os autores do projeto agradecem especialmente aos Jovens Embaixadores da Escola Primária „Janusz Kusociński” em Łobudzice, Escola Primária „Henryk Sienkiewicz” em Sadlinki, agrupamento de Escolas número 2 com Unidades de Integração em Pułtusk, Escola Primária número 2 „Tadeusz Kościuszko” com Unidades de Integração em Zelów e Escola Primária número 387 „Szarych Szeregów” em Varsóvia.



**Instytut
Matki i Dziecka**
Fundacja



Erasmus+



IMPROVE THE YOUTH

SAÚDE MENTAL DOS ADOLESCENTES
RELATÓRIO DO ESTUDO.

Varsóvia, 2018

Esta publicação foi financiada pela Comissão Europeia
no quadro do programa Erasmus +.
A publicação foi realizada com o apoio financeiro da Comissão Europeia.
O conteúdo desta publicação reflete unicamente a posição dos seus autores.
A Comissão Europeia e a Agência Nacional do Programa Erasmus +
não são responsáveis pelo seu conteúdo essencial.

PUBLICAÇÃO GRATUITA



SPIS TREŚCI

PREFÁCIO	9
PARTE I.	
SAÚDE MENTAL NA IDADE DA ADOLESCÊNCIA - FUNDAMENTOS TEÓRICOS	11
INTRODUÇÃO	11
1. Projeto IMPROVE THE YOUTH	11
2. Um estudo de caso realizado em Portugal como fonte de inspiração - projeto Dream Teens	12
SELECIONADOS INDICADORES DE SAÚDE MENTAL NO CONTEXTO DO DESENVOLVIMENTO POSITIVO DOS ADOLESCENTES	13
1. Autoavaliação da saúde	14
2. Satisfação com a vida	14
3. Qualidade de vida condicionada pelo estado da saúde (HRQoL)	16
4. Saúde psicossomática / Lista de controlo dos sintomas	17
PARTE II.	
ESTUDO SOBRE A SAÚDE MENTAL ENTRE A JUVENTUDE POLACA E PORTUGUESA	19
SAÚDE MENTAL NA IDADE DA ADOLESCÊNCIA - ANÁLISE COMPARATIVA COM BASE NOS DADOS DISPONÍVEIS	19
OBJETIVO	19
MÉTODOS	20
1. Pressupostos do estudo	20
2. Ética do estudo	20
3. Participantes do estudo	21
4. Procedimentos e ferramentas de pesquisa	22
5. Indicadores selecionados de saúde mental	23
6. Avaliação subjectiva da saúde dos adolescentes na Polónia e em Portugal, à luz dos recentes resultados do estudo HBSC	26
Amostra estudada	27
Pressupostos das análises	28
Nível financeiro da família	29
Autoavaliação da saúde	29
Satisfação com a vida	30
Moléstias subjetivas múltiplas	31
Qualidade de vida de acordo com Kidscreen -10	33
RESUMO	36
SAÚDE MENTAL NA OPINIÃO DOS ADOLESCENTES - RESULTADOS DO ESTUDO QUALITATIVO	37

MÉTODO	37
OBJECTIVO DA INVESTIGAÇÃO	37
QUESTIONÁRIO PARA O ESTUDO:	37
PESSOAS ESTUDADAS E ORGANIZAÇÃO DOS ESTUDOS	38
RESULTADOS	38
Avaliação das ferramentas existentes utilizadas no estudo sobre a saúde mental dos adolescentes	38
O conceito de saúde mental do ponto de vista dos adolescentes	39
Áreas relacionadas com a saúde mental	42
Condicionamentos da saúde mental	43
Comentários sobre o percurso do estudo	45
Selecionadas declarações dos participantes	46
CONCLUSÕES	46
A RELAÇÃO ENTRE A SENSACAO DE STRESS E O BEM-ESTAR DOS ALUNOS NO CONTEXTO DE SELECIONADOS FACTORES CONDICIONANANTES	
- ANÁLISE QUANTITATIVA	47
INTRODUÇÃO	47
PESSOAS QUESTIONADAS	48
QUESTIONÁRIO E PROCEDIMENTO DO ESTUDO	48
Medição do stress	49
RESULTADOS	50
Distribuição da escala de stress na população polaca	50
Stress e a adaptação à escola	52
Stress nas relações com os familiares e pares	53
Stress e avaliação subjetiva da saúde e satisfação com a vida	55
Stress e comportamentos de risco	57
RESUMO	60
LISTA DE ABREVIATURAS E ACRÓNIMOS	61
BIBLIOGRAFIA	61
ANEXO	69
GUIÃO DO WORKSHOP	74
Ficha de perguntas	76

PREFÁCIO

Este relatório foi preparado no quadro do programa Improve the Youth e contém os resultados dos estudos realizados na Polónia e em Portugal. O objetivo do projeto é apoiar os adolescentes numa das esferas mais importantes da vida, relacionada com a saúde mental. A necessidade de realizar este projeto resulta da deterioração dos resultados anuais dos estudos sobre a saúde mental dos adolescentes na Polónia. O projeto contou com a participação de médicos, pessoas que trabalham com adolescentes, escolas, responsáveis pela definição da política relacionada com a juventude e os próprios adolescentes.

Este relatório apresenta as informações e os resultados dos estudos sobre os elementos do Resultado 1 e, em particular:

PARTE I: Saúde mental na idade da adolescência - fundamentos teóricos.

PARTE II: Estudo sobre a saúde mental dos adolescentes.

1. A saúde mental dos adolescentes polacos e portugueses. Análise comparativa.
2. A saúde mental aos olhos dos adolescentes. Os resultados do estudo qualitativo.
3. Stress dos adolescentes – os factores decisivos e o impacto na saúde e nos comportamentos relacionados com a saúde. Análise quantitativa.

PARTE I.

SAÚDE MENTAL NA IDADE DA ADOLESCÊNCIA - FUNDAMENTOS TEÓRICOS

INTRODUÇÃO

1. Projeto IMPROVE THE YOUTH

Este projeto é uma resposta aos resultados do estudo internacional HBSC (Health Behavior of School-aged Children), que comprova que os indicadores de saúde mental entre crianças e adolescentes deterioram-se com a idade, especialmente em caso das raparigas. O objetivo deste projeto foi realizar um estudo sobre a saúde mental entre os adolescentes polacos e portugueses.

A próxima etapa do projeto será a preparação de materiais informativos e educacionais (relatórios do estudo), para apresentar os resultados do estudo a um público mais amplo: as pessoas que trabalham com adolescentes, professores, pais, crianças e adolescentes. A preparação de um relatório científico sobre o assunto, de forma consistente com as necessidades dos grupos de pessoas que trabalham diariamente com os adolescentes, é uma nova experiência para as entidades e organizações que realizam o projeto.

As atividades realizadas no quadro do projeto são destinadas a diferentes grupos que participam na discussão em conjunto e à procura das soluções para diferentes ambientes - médicos, professores e pais, com a participação ativa dos adolescentes. O projeto também incluirá grupos de embaixadores jovens. As tarefas do embaixador incluem a realização de workshops para outros adolescentes, de modo a divulgar os resultados deste estudo. As publicações para adolescentes serão preparadas com a participação de escritores e designers gráficos.

O objetivo do projeto é também fornecer aos pais uma ferramenta que lhes permita perceber os sintomas perturbadores no comportamento dos seus filhos e interpretar o seu comportamento. Os pais poderão entrar no papel de especialistas devidamente treinados no campo de apoio aos adolescentes.

No contexto da divulgação das atividades realizadas no âmbito do projeto, ambas as organizações apresentarão os resultados aos tomadores de decisão em seus países, para que possam auxiliar mais efetivamente no planeamento e na implementação de soluções interventivas mais eficazes.

2. Um estudo de caso realizado em Portugal como fonte de inspiração - projeto Dream Teens

O projecto Improve the Youth e a sua metodologia baseada em “ouvir a voz dos adolescentes”, foi inspirado numa iniciativa realizada em Portugal - o projeto Dream Teens (Branquinho e outros 2016; Branquinho e Matos, 2018, publicação: Frasquilho e outros 2016; Matos e outros 2015, 2016), que teve início em maio de 2014. Trata-se de um projeto cujo objetivo consiste em envolver adolescentes, principalmente de 11 a 18 anos. O projeto fornece apoio e ferramentas educacionais para fortalecer a “voz” dos adolescentes, promovendo o seu envolvimento em várias situações na área da saúde e atividade cívica. O projeto divulga as experiências dos adolescentes ligados à participação nos estudos participativos, ao sentimento de satisfação e pertença. A última parte contém um conjunto de recomendações desenvolvidas com base nas atividades dos adolescentes nas suas redes sociais no quadro do estudo.

Este projeto compartilha os objetivos do projeto Dream Teens e também se esforça por combater a exclusão social e promover o capital social, a saúde e o bem-estar dos adolescentes (Morgan e Haglund, 2009). Além disso, este projeto também está de acordo com os **seis pilares de saúde da Organização Mundial da Saúde** (WHO, 2014 a, b), visando atingir os seguintes objetivos:

- 1. Identificar as necessidades e questões prioritárias:** para que os adolescentes possam ser ouvidos e participem ativamente na tomada das decisões políticas, bem como no contexto das questões e dos problemas que afetam as suas vidas e as comunidades nas quais funcionam.
- 2. Criar um modelo/estrutura de planeamento de ações:** os sistemas COM-B e o modelo BCW (Michie, van Stralen e West, 2011) apoiam o objetivo de promover a cooperação com os adolescentes, procurando aumentar a sua participação nas atividades de grupos de pares (fora do contexto familiar e escolar), na tomada dos compromissos sociais/cívicos, bem como no contexto das áreas de pesquisa e no processo político na esfera da tomada de decisões **públicas**. Em termos gerais, o objetivo do projeto é criar uma “voz” mais consciente, responsável e eficaz dos adolescentes, permitindo-lhes participar neste projeto.
- 3. Definir estruturas e processos de apoio,** especificamente, identificar as instituições que possam fornecer apoio financeiro e cooperação com instituições formais e informais, entidades e associações a nível local, governamental (principalmente municípios e escolas) e não governamentais, bem como designar consultores nacionais e internacionais.
- 4. Facilitar a avaliação e apoiar o envolvimento:** desenvolvendo atividades mais individualizadas e organizando eventos públicos, através da participação ativa dos adolescentes e das suas escolas.

5. **Garantir a supervisão, avaliação e publicidade:** com o apoio da equipa de pesquisa, os adolescentes embaixadores da saúde podem usar os recursos do conhecimento e as oportunidades proporcionadas pela participação no projeto, o que pode afetar a sua vida futura e promover transformação. A divulgação dos resultados do projeto incluirá uma série de publicações, comunicações e eventos a nível nacional e internacional;
6. **Prestar apoio:** criar um guião para o desenvolvimento da cooperação entre os pesquisadores, a sociedade civil e interessados políticos que permitam iniciar o processo de apoio e envolvimento contínuo.

SELECIONADOS INDICADORES DE SAÚDE MENTAL NO CONTEXTO DO DESENVOLVIMENTO POSITIVO DOS ADOLESCENTES

No século passado, as pesquisas sobre os adolescentes adotaram essencialmente uma “perspectiva de défice”, e o desenvolvimento positivo da situação foi simplesmente caracterizados como falta ou redução da escala de problemas (Institute for Applied Research in Youth Development, Tufts University, 2016). Este ponto de vista influenciou as estratégias, pesquisas e a prática, e a avaliação do funcionamento dos adolescentes baseava-se principalmente na avaliação de risco e nos problemas comportamentais observados, não na descrição dos indicadores relevantes do desenvolvimento positivo ou bem-estar (Moore, Lippman e Brown, 2004).

Nas últimas duas décadas, o valor dos indicadores positivos do bem-estar dos adolescentes melhorou significativamente (Lippman, Moore e McIntosh, 2011; O’Hare 2012) e, na literatura, não houve intervenções reais focadas principalmente nos riscos e ameaças. Portanto, uma abordagem baseada no destaque dos aspectos positivos foi considerada motivadora e eficaz em vários contextos (Benson e outros 2006), e a tentativa de prevenir os problemas juvenis e promover o seu desenvolvimento saudável motivou os especialistas na matéria, os responsáveis políticos e pesquisadores a desenvolver numa série de metodologias criadas sobre vários fundamentos teóricos (Small e Memmo, 2004).

O conceito de desenvolvimento saudável está intimamente relacionado com tais conceitos como a saúde mental ou doença mental. Estas são as questões separadas e individuais, que, no entanto, se complementam. Na abordagem geral, pode-se afirmar que a saúde mental é um elemento fundamental da saúde como tal e do desenvolvimento saudável. Isso significa que a saúde mental traz consigo uma série de implicações positivas para os adolescentes, incluindo a saúde emocional e comportamental, sucessos académicos, comportamentos apropriados relacionados com a saúde ou qualidade de vida adequada (Kia-Keating e outros 2010). Portanto, o conceito de desenvolvimento saudável deve basear-se numa perspectiva cultural e ecológica transacional, tendo em conta as interações mútuas entre os adolescentes e eventos específicos nas suas vidas, fatores familiares ou tais contextos como

a escola, sociedade, os condicionamentos sociais, ou crenças culturais (Bronfenbrenner, 1979; Bronfenbrenner e Morris, 2006).

Neste contexto, vamos agora explicar mais detalhadamente vários fatores psicossociais importantes relacionados com a saúde mental, descritos na literatura. Com base nestes fatores foi realizado o estudo descrito neste relatório.

1. Autoavaliação da saúde

A autoavaliação da saúde diz respeito à avaliação do estado da saúde de uma pessoa e às práticas que podem estar subordinadas à busca de objetivos individuais e relativamente significativos relacionados com a saúde. As pessoas que são questionadas sobre a saúde geral normalmente falam sobre os aspectos físicos diretos, como o nível de energia, falta de dor ou mudanças recentes na saúde (Bailis e outros 2003). A autoavaliação da saúde no contexto dos adolescentes pode ser descrita como um aspecto constante da autopercepção. Isto aplica-se especialmente aos adolescentes mais jovens, porque eles têm uma maior tendência para o pensamento operacional (Bailis e outros 2003; Boardman, 2006).

As informações acima indicam a importância dos estudos sobre a saúde e o bem-estar dos adolescentes e da determinação como os diferentes sexos se adaptam às diferentes tarefas de desenvolvimento (Carvalho, et al, 2006). A literatura sobre o assunto contém numerosos exemplos da percepção da própria saúde (Inchley e outros 2016, Corte-Real e outros 2008; Carvalho e outros 2006) e bem-estar (Berman e outros 2016; Carvalho e outros 2006) tendem a deteriorar-se com a idade dos adolescentes. Há de se lembrar de que cerca de uma metade de todos os problemas com a saúde mental em adultos começa antes dos 14 anos e três quartos desses problemas - antes dos 25 anos (OCDE, 2014). Os benefícios em termos de saúde mental e física na idade da adolescência são cruciais porque persistem na idade adulta (Meade e Dowswell). Em relação com o referido acima, a autoavaliação da saúde deve ser realizada já nas pessoas na puberdade.

2. Satisfação com a vida

O significado do conceito de *satisfação com a vida* abrange mais do que apenas a satisfação com a própria saúde (Bussing e outros. 2009). É um componente importante do bem-estar individual/cultural (subjeto) dos adolescentes (Abubakar e outros 2016). A avaliação da satisfação com a vida pode fornecer informações relevantes que permitam prever e explicar melhor os problemas de comportamento dos adolescentes (Haranin e outros 2007). Acredita-se que a satisfação com a vida é influenciada pelos fatores sociais, emocionais e comportamentais, como a educação (Zanin, 2017), ou vida familiar (Proctor e outros 2009) (Frasquilho al, 2016; Proctor e outros 2009). Uma pesquisa realizada entre os estudantes de primeiro grau em Portugal (Quaresma, Taveria, Sheu e Singley, 2009) mostrou que a avaliação das suas próprias competências científicas e do nível de apoio obtido no seu entorno são os indicadores que permitem prever o sucesso na realização dos objetivos e

adaptar-se às realidades acadêmicas (ing. *academic adjustment*), bem como prever a satisfação geral com a vida de uma determinada pessoa no futuro. Além disso, a autoavaliação dos adolescentes mais jovens pode ser um mediador parcial (tal como definido na análise de mediação) na relação entre as atitudes educacionais autoritários e o nível de satisfação com a vida (Acun-Kapikiran e outros, 2014). Em outro estudo científico (Sulso e Huebner, 2004) analisaram-se os fatores ambientais que afetam a satisfação com a vida entre os adolescentes, identificando as dimensões específicas da autoridade parental que afetam o nível da satisfação com a vida. Este estudo mostrou que a satisfação com a vida pode ser um mediador completo da relação entre o apoio social e os problemas dos adolescentes e um mediador parcial para as áreas de parentalidade autoritária (por exemplo, rigorosidade-supervisão). O estudo também mostrou que nos adolescentes com valores positivos de satisfação com a vida os comportamentos de exteriorização e internalização são menos prováveis após uma experiência estressante mais tarde na vida (Macknih e outros, 2002; Suldo e Huebner, 2001). Além disso, os adolescentes com um alto senso de satisfação com a vida têm uma personalidade extrovertida, a capacidade de autocontrole e de lidar ativamente com os problemas, autoavaliação positiva, sensação de ter metas na vida e uma maior tendência para participar nas atividades pró-sociais (Marques e outros, 2007). Um estudo sobre a relação entre a satisfação com a vida e os comportamentos que afetam a saúde realizado em várias partes do mundo sobre um grupo de pessoas na faixa etária de 17 a 30 anos apresentou níveis mais elevados de depressão na Europa Central e Oriental (incluindo Portugal e Polónia) do que na Europa Ocidental (Grant, Steptoe e Wardle, 2009).

A satisfação com a vida entre os adolescentes diminui com a idade em caso de ambos os sexos, sendo as diferenças mais significativas em caso das raparigas (WHO, 2014). As diferenças entre os sexos geralmente aumentam significativamente com a idade, e os rapazes têm um nível mais alto de satisfação com a vida, se se deixam de lado as diferenças específicas para a idade (WHO, 2014). Um estudo realizado em Portugal entre os adolescentes e as famílias de imigrantes também mostrou que o género é um fator que afeta a satisfação com a vida: os rapazes estavam mais satisfeitos com a vida do que as raparigas. Os resultados do estudo também indicam que quanto mais consistente é a estrutura étnica de uma determinada área, maior o nível de satisfação com a vida dos adolescentes que vivem naquela área (Neto, 2001).

O baixo nível de satisfação com a vida também tem um impacto negativo na autoavaliação da saúde e no estado real da saúde física e mental (Zullig e outros 2005), propensão a tomar drogas (Zullig e outros. Drane, 2001) ou a tendência a cometer suicídio (Valois e outros 2004).

Um estudo realizado sobre um grupo de adolescentes de 11 a 16 anos mostrou diferenças na satisfação com a vida condicionada pela saúde, entre os adolescentes de diferentes sexos e de diferentes idades (Goldbeck e outros 2007). As raparigas declararam um nível global significativamente mais baixo de satisfação com a vida condicionada pela saúde do que os rapazes. Em caso de ambos os sexos, na maioria das áreas, foi observado um valor positivo da satisfação geral e de saúde da vida nos indivíduos com idades entre 11 e 16 anos. A satis-

fação com relacionamentos com amigos parece permanecer num nível elevado e a satisfação com relacionamentos familiares cai. A satisfação com relações/esfera sexual aumentou ligeiramente, mas este facto não compensa o declínio geral na satisfação.

O conceito de medição da satisfação com a vida é consistente com a crescente popularidade de definições e medições da saúde (incluindo a saúde mental), como falta de sintomas psicológicos adversos. Entretanto, existem algumas discrepâncias entre o estudo de satisfação com a vida e o diagnóstico de fatores psicopatológicos (Huebner, 2004).

3. Qualidade de vida condicionada pelo estado da saúde (HRQoL)

A qualidade de vida depende tanto dos fatores objetivos como dos subjetivos. Os fatores objetivos são principalmente as condições mensuráveis oferecidas por uma área cultural ou geográfica específica, enquanto os fatores subjetivos relacionam-se com a avaliação subjetiva da situação na vida (por exemplo, as emoções). Entender estes dois fatores (juntos) é crucial no contexto de determinar uma visão completa e personalizada da qualidade de vida geral. (Gilman & Huebner, 2000).

A qualidade de vida em adultos e crianças pode ser definida como a maneira de uma pessoa perceber o seu bem-estar físico, psicológico e social num contexto específico, tendo em conta o desenvolvimento evolutivo da pessoa e as suas características individuais. A qualidade de vida entre os referidos grupos etários pode, portanto, diferir da qualidade de vida dos bebês (Quinceno & Vinaccia, 2008). Portanto, a avaliação da qualidade de vida em adolescentes deve ter em conta os fatores sociais (Michalos, 2004), que têm um impacto na tomada de decisões e comportamento, bem como os aspectos subjetivos dos sentimentos, opiniões e crenças, que geralmente influenciam as decisões tomadas pelas pessoas. Os instrumentos utilizados para avaliar a qualidade de vida condicionada pelo estado da saúde devem, portanto, incluir a área psicológica, física e social (Quinceno e Alpi, 2008).

A diferença entre a percepção da saúde como tal e a qualidade de vida condicionada pelo estado da saúde ainda não foi claramente definida. A percepção de saúde é afetada por fatores psicológicos (qualitativos e quantitativos, que descrevem a situação social e o bem-estar geral), enquanto a qualidade de vida condicionada pelo estado da saúde está mais relacionada com a autoavaliação das restrições que podem afetar o desenvolvimento de uma determinada pessoa em vários contextos (biológicos, psicológicos e sociais). Tais limitações podem ser causadas, por exemplo, por doença ou acidente. Os resultados de uma pesquisa realizada entre os adolescentes portugueses mostram a existência das dependências entre a percepção da saúde e o sentimento de felicidade (Simões e outros 2012). A qualidade de vida condicionada pelo estado da saúde geralmente muda com a idade e é largamente determinada pelo sexo, indicando que os adolescentes durante a puberdade caracterizam-se por uma sensibilidade particular (Meade & Dowswell, 2016). A tendência de internalização em crianças também está associada à baixa autoavaliação da qualidade de vida (Martinsen e outros 2016).

4. Saúde psicossomática / Lista de controlo dos sintomas

Em caso dos adolescentes, os problemas de saúde geralmente afetam as habilidades funcionais (Haugland e Wold, 2001). A literatura também descreve os determinantes relacionados com o gênero. As raparigas referem um maior número de queixas subjetivas de saúde na idade da adolescência (Aanesen e outros 2016, Corte-Real e outros 2008, Cavallo e outros 2006), especialmente no contexto de bem-estar físico e psicológico, senso de autonomia e relacionamento com os pais (Meade e Dowswell, 2015), e as diferenças entre os gêneros aprofundam-se com a idade, principalmente entre os 14 e 16 anos (Aanesen, Melan e Torp, 2017).

Outro fator que influencia a melhor saúde dos alunos é o apoio emocional proporcionado pelos professores nas escolas. Embora a correlação entre os resultados de aprendizagem e a avaliação subjetiva das queixas de saúde também pareça ser ligeiramente maior nas raparigas do que nos rapazes, as raparigas admitem mais frequentemente que recebem o apoio emocional de seus professores (Laftman & Modin, 2012). O stress relacionado com os deveres escolares e a autoestima, também parece estar relacionado com a autoavaliação dos problemas com a saúde, intensificando-se em torno de 16 anos, principalmente em raparigas, o que indica que os fatores relacionados com a escola afetam a saúde em geral (Aanesen, Melan e Torp, 2017).

A avaliação da percepção subjetiva da saúde é um dos métodos de examinar a saúde dos adolescentes. Os questionários que contêm as listas de sintomas e outras escalas semelhantes, são baseados nas medidas unidimensionais, que são consideradas adequadas para avaliar não apenas os aspectos qualitativos, tais como o impacto dos sintomas individuais nas habilidades funcionais e bem-estar dos adolescentes, mas também para investigar a gravidade de um determinado fenómeno. Este tipo de escala é usado nos estudos sobre adolescentes por três razões. Primeiro, os adolescentes já atingiram um nível suficiente de desenvolvimento cognitivo para distinguir entre os conceitos de saúde e doença. Em segundo lugar, é também uma faixa etária que compreende o conteúdo da lista de sintomas. Em terceiro lugar, as pessoas desta idade são capazes de avaliar os seus sentimentos e problemas e falar sobre os mesmos de maneira confiável. Embora os questionados não tenham dificuldade em compreender os questionários com listas de sintomas, apenas um pequeno número de estudos avaliando outros aspectos da aplicabilidade de tais soluções no contexto de adolescentes foi realizado (Haugland e Wold, 2001).

PARTE II.

ESTUDO SOBRE A SAÚDE MENTAL ENTRE A JUVENTUDE POLACA E PORTUGUESA

PRESSUPOSTOS DO ESTUDO

O projecto “Improve the Youth” pressupõe a participação activa dos adolescentes no processo de preparação dos resultados subsequentes e divulgação dos resultados. Por esta razão, uma abordagem de método misto (Schoonenboom & Johnson, 2017) foi usada no estudo sobre a saúde mental dos adolescentes polacos e portugueses. O estudo foi realizado de duas maneiras e incluiu métodos de pesquisa quantitativos e qualitativos. A pesquisa quantitativa foi realizada usando o método de inquérito diagnóstico, usando a técnica de inquérito. No quadro do estudo, os dados das séries de pesquisa do HBSC foram analisados (2010 e 2014) e um novo estudo foi realizado (2017/2018) no grupo de adolescentes de 13 a 19 anos. O objetivo da pesquisa qualitativa foi explorar o tema relacionado com a saúde mental dos adolescentes e conhecer as opiniões dos adolescentes sobre as ferramentas para o exame de saúde mental aplicadas à população estudada. Além disso, os resultados do estudo qualitativo permitiram identificar os problemas mais importantes relacionados com a saúde mental e ajudaram a determinar a direção das futuras análises nessa área.

Abaixo está uma descrição detalhada dos pressupostos do estudo e análise dos resultados do estudo realizado.

SAÚDE MENTAL NA IDADE DA ADOLESCÊNCIA - ANÁLISE COMPARATIVA COM BASE NOS DADOS DISPONÍVEIS

OBJETIVO

Esta parte da análise é dedicada à comparação dos resultados do estudo HBSC para a Polónia e Portugal no período de 2010 a 2014, no quadro dos seguintes indicadores: autoavaliação da saúde, satisfação com a vida, qualidade de vida relacionada com a saúde e ocorrência das queixas psicossomáticas (lista de sintomas).

MÉTODOS

1. Pressupostos do estudo

O estudo sobre o comportamento e saúde em crianças em idade escolar (ing. Health Behaviour in School-aged Children) (HBSC/WHO) (www.hbsc.org) é um projeto realizado em cooperação com a Organização Mundial da Saúde, cujo tema é avaliação de saúde e bem-estar (e dos fatores que os afetam) em crianças em idade escolar em 44 países, incluindo os EUA e a Europa (Currie e outros 2012; Currie e outros 2014). O principal objetivo deste empreendimento é ajudar os responsáveis pela tomada de decisões a saber como eles podem contribuir para melhorar a qualidade de vida dos adolescentes. Trata-se de um estudo global que visa determinar o nível de saúde física e mental em crianças e adolescentes (Currie e outros 2001, Roberts e outros 2009). Mais um objetivo é entender melhor o comportamento e o bem-estar dos adolescentes no contexto de seu ambiente social (Roberts e outros 2007). Esta proposta proporciona uma oportunidade sem precedentes para aprender a avaliação subjetiva da saúde e bem-estar entre crianças e adolescentes com base em inúmeros indicadores.

Todos os países participantes no estudo HBSC/WHO seguiram o protocolo de pesquisa estabelecido (Griebler, Molcho & Samdal, 2010). Em Portugal, o estudo é realizado de quarto em quatro anos desde 1996 (Matos & Equipa do Projeto Aventura Social, 2000 - 2014), pela agência de pesquisa Aventura Social, coordenado pela Prof. Dra. Margarida Gaspar de Matos da Universidade de Lisboa.

A Polónia é membro da rede de pesquisa do HBSC desde 1990. Atualmente, foi realizada a oitava série deste estudo. Os estudos HBSC são realizados no Instituto de Mãe e Criança (IMiD) em cooperação com a Faculdade Pedagógica da Universidade de Varsóvia (UW). A primeira coordenadora nacional foi a Prof. Barbara Woynarowska (IMiD nos anos 1990-1996, UW nos anos 1997-2004), e desde maio de 2004 esta função é desempenhada pela prof. Joanna Mazur (IMiD).

2. Ética do estudo

A edição portuguesa do estudo HBSC/WHO foi realizada em conformidade com as diretrizes de Helsínquia (WMA, 2008) e aprovada pelo Conselho Consultivo da Equipa Aventura Social, pelo Ministério da Educação português e pela Comissão Científica e Comissão Nacional de Ética (Hospital São João do Porto). As respostas às perguntas do questionário foram fornecidas de forma anónima, pelo que não houve necessidade de obter uma autorização formal para realizar o estudo junto da Comissão Nacional para a Protecção de Dados Pessoais. Todas as escolas foram contactadas directamente e foi necessário obter o consentimento informado dos pais das crianças que participaram no estudo. A confidencialidade foi garantida pelo facto de as respostas terem sido anónimas. Além disso, só os investigadores do HBSC tiveram acesso aos dados (até certo ponto, para cálculos e análises). Os

procedimentos aplicados estão de acordo com as diretrizes internacionais do protocolo de pesquisa HBSC/WHO (Griebler e outros 2010).

O estudo realizado na Polónia também foi subordinado ao protocolo internacional. Uma grande importância foi dada à preservação do princípio de anonimato. Não só os dados sobre os alunos, mas também os dados sobre a escola foram anonimizados na fase de criação da base de dados. As inspeções locais de educação foram informadas sobre a realização planeada da próxima série do estudo. A partir do estudo realizado em 2006, o procedimento de pesquisa e o âmbito do questionário foram revisados pela Comissão de Bioética local, que funciona junto do Instituto de Mãe e Criança. Atualmente, os estudos HBSC numa determinada escola devem ser aprovados pela Direção e pelo Conselho de Pais. Os pais assinam um termo de consentimento para a participação dos seus filhos (até os 18 anos de idade), e os próprios alunos concordam, aderindo ao estudo.

3. Participantes do estudo

A edição portuguesa do estudo HBSC de 2010 (Matos e outros 2012b) foi realizada numa amostra de 5050 adolescentes (incluindo 52,3% de raparigas). A idade média foi de 14 anos (SD=1,85). Os questionados frequentavam o 6º, 8º e 10º anos de escolaridade e foram selecionados aleatoriamente entre 256 turmas de 125 escolas públicas. A maior parte da amostra foi constituída pelas pessoas de nacionalidade portuguesa (94,4%), a maioria não sofria de doenças crónicas (81%). No subgrupo de adolescentes portadores de doenças crónicas (19%), a maioria dos questionados indicava que a doença não afetava a sua participação regular nas aulas e a frequência escolar (85,7%).

Em 2014, a edição portuguesa do inquérito HBSC abrangeu 6020 adolescentes (dos quais 47,7% eram rapazes) que frequentavam o 6º, 8º e 10º anos de escolaridade. As respostas do questionário foram fornecidas pela Internet, com participação de 35 escolas (381 turmas). A maioria dos adolescentes participantes no estudo era de nacionalidade portuguesa (94,7%). No subgrupo de adolescentes que sofriam de doenças crónicas (17,8%), a maioria dos questionados indicava que a doença não afetava a sua participação regular nas atividades escolares (16,9%) e outras atividades sociais (por exemplo, passar tempo com a família - 13,6%). A maioria dos questionados deste subgrupo (76,4%) também indicou que a maioria dos seus amigos mais próximos não sofria de doenças crónicas (Matos e outros 2015).

Em 2014, nos estudos HBSC realizados na Polónia participaram os alunos de seis anos escolares subsequentes, incluindo o ano V e VI do ensino básico, os anos I-III de ginásio e o primeiro ano do ensino médio. No total, 4545 alunos de três anos padrão HBSC (11, 13 e 15 anos de idade) foram qualificados para a base de dados internacional. A taxa de execução da amostra foi de 86,1% em relação ao tamanho das turmas pesquisadas e de 95,3% em relação com escolas. Os habitantes de grandes cidades, pequenas cidades e áreas rurais constituíram respectivamente: 32,4%; 35,4% e 32,2% dos questionados. O estudo HBSC realizado na Polónia em 2014 incluiu 362 turmas de 196 escolas localizadas em todas as 16 províncias.

Em relação com a reforma do sistema educacional na Polónia (liquidação de ginásios) para o estudo HBSC de 2018 foi sorteada uma nova amostra. Atualmente, no estudo HBSC participam os alunos do V e VI ano de escola primária e do III ano de ginásio. Atenção também foi dada à maior diversidade geográfica da amostra.

A equipa que realiza o estudo HBSC há muito tempo está a tentar incluir nos estudos fora do protocolo internacional os adolescentes mais velhos. Em 2010, o estudo dos adolescentes de 17 anos foi realizado na corrente maioritária de HBSC. Quatro anos depois, o inquérito desta faixa etária foi coordenado por um parceiro da Universidade de Varsóvia. O estudo próprio realizado no quadro do projeto Improve the Youth oferece uma oportunidade para examinar também os adolescentes mais velhos em 2018, de acordo com a ferramenta correspondente ao questionário HBSC.

4. Procedimentos e ferramentas de pesquisa

PORTUGAL: Em 2010, os dados foram recolhidos em 139 escolas, selecionadas aleatoriamente da lista nacional oficial de escolas públicas, e divididas de acordo com as regiões. Uma turma foi adotada como a unidade analítica dentro das escolas, e as turmas foram escolhidas aleatoriamente até que o número apropriado de alunos para um determinado ano fosse obtido. Os questionários foram enviados para as escolas onde, de acordo com o protocolo de pesquisa (Griebler e outros 2010), os professores os distribuíram em aulas individuais para os alunos que participaram no estudo voluntariamente. A taxa de realização da amostra foi de 90% ao nível da escola. Não foi registada nenhuma recusa por parte dos alunos. O estudo foi concebido especificamente para os adolescentes entre 11 e 15 anos e consiste em 75 perguntas, por meio das quais os fatores ambientais são medidos (por exemplo, situação socioeconómica, situação familiar), questões sociais e individuais (autoavaliação física, ambiente escolar), os comportamentos relacionados com a saúde (por exemplo, tabagismo, dieta, atividade sexual, violência) e determinantes da saúde (por exemplo, satisfação com a vida, bem-estar psicológico e autoavaliação da saúde).

Em 2014, 473 turmas de 36 escolas foram selecionadas para participar no estudo, procurando uma amostra representativa. A amostra foi estratificada por regiões (5 regiões escolares), e dentro das regiões as escolas foram selecionadas aleatoriamente: Região Norte - 174 turmas de 12 agrupamentos de escolas; Região Central - 74 turmas de 8 agrupamentos de escolas; Lisboa e Vale do Tejo - 101 turmas de 9 agrupamentos de escolas; Alentejo - 55 turmas de 4 agrupamentos de escolas; Algarve - 59 turmas de 3 agrupamentos de escolas. O estudo incluiu 35 escolas normais com uma taxa de realização de amostra de 97,2% e 381 turmas com uma taxa de realização de amostra de 80,5%. As respostas às perguntas do questionário foram fornecidas pela internet, portanto, não temos dados precisos sobre a taxa de realização da amostra por aluno. Os dados foram recolhidos online, em condições escolares. As perguntas contidas no questionário diziam respeito a questões demográficas (idade, género, condição socioeconómica), hábitos alimentares, sono e higiene, autoavaliação física, atividade física, formas de passar tempo livre, uso

de novas tecnologias, uso de substâncias, contacto com a violência, família e ambiente familiar, relações com amigos e pares, escola e ambiente escolar, saúde e bem-estar e comportamento sexual. O questionário português inclui, ainda, outras questões específicas nacionais: as preocupações dos adolescentes, a relação com animais de estimação, as autolesões e a vivência da doença crónica.

POLÓNIA: Na Polónia, nos inquéritos realizados em 2014, o questionário foi adaptado às faixas etárias. As três versões seguintes do questionário consistiram em 75, 90 e 100 perguntas, respectivamente. Foram tidas em conta as perguntas compatíveis com o protocolo HBSC, as perguntas opcionais recomendadas, as perguntas selecionadas das séries anteriores dos estudos HBSC (já não em vigor no protocolo de 2013/14) e certas perguntas nacionais. As perguntas nacionais visavam, entre outros aspectos: lugar de residência, migração laboral dos pais, informação aos familiares próximos sobre a violência relacionada com a escola, espiritualidade, autoestima, coerência, orientação ao alvo e qualidade de vida relacionada com a saúde segundo o índice abreviado de DI-SABKIDS. Escolhendo os pacotes opcionais disponíveis no protocolo HBSC 2013/14, atenção especial foi dada à saúde mental, bullying, atividade física e condições de vida. Os determinantes sociais e demográficos da saúde foram um dos temas dominantes nas publicações. No relatório nacional emitido em 2016, todos os resumos foram apresentados por género, idade, lugar de residência, estrutura familiar e situação económica da família (escala FAS).

5. Indicadores selecionados de saúde mental

No presente estudo, apenas uma parte dos indicadores do estudo HBSC foi selecionada para análise.

Satisfação com a vida:

A medição deste parâmetro foi feita usando o método de Escada Cantril (Cantril, 1965). Esta é uma escala unidimensional, na qual os adolescentes avaliaram o seu nível atual de satisfação com a vida. Pedimos aos adolescentes que indicassem a sua posição na escada (0 significa a pior situação de vida possível e 10 significa a melhor). A satisfação com a vida é um indicador amplamente utilizado de bem-estar subjetivo (Diener, 1994, OECD, 2013) e como tal tem sido validado e utilizado em numerosos estudos para avaliar os diversos parâmetros determinantes da saúde mental dos adolescentes (Cavallo e outros 2015; Diener e outros 1999; Muldon e outros 2010).

Indicador KIDSCREEN-10, versão para crianças e adolescentes:

A qualidade de vida relacionada com a saúde foi examinada por meio do questionário KIDSCREEN-10, uma versão abreviada da ferramenta KIDSCREEN-52, na qual foram selecionados 10 elementos que compõem a pontuação global. É uma ferramenta unidimensional caracterizada por um bom nível de coesão interna (Alpha Cronbach, $\alpha = 0,82$) e precisão satisfatória. As respostas para cada parâmetro foram baseadas na escala Likert

de cinco pontos (de 1 = nunca a 5 = sempre) e em relação com uma perspectiva de tempo específica (por exemplo, “... tenha em conta a semana anterior”). As perguntas estavam relacionadas com o bem-estar físico, níveis de energia, bem-estar psicológico, independência, relação com os pais e pares e o ambiente escolar (Erhart e outros 2009; Rajmil e outros 2014;

Ravens-Sieberer e outros 2010a; Ravens-Sieberer e outros 2010b). O resultado foi determinado pela soma de todos os elementos. A seguir, podia-se calcular a pontuação bruta (0-14) ou qualidade de vida padronizada (0-100) no contexto dos 10 critérios estudados. Os valores mais baixos correspondem aos sentimentos de insatisfação e falta de felicidade, assim como aos sentimentos de deficiência em vários contextos, como família, pares ou escola. Os valores mais elevados refletem o sentimento de felicidade, a impressão de competências adequadas e satisfação com diferentes áreas de vida, assim como uma maior qualidade de vida. Na escala global, a edição portuguesa do estudo mostra um bom nível de coesão interna e o coeficiente Alfa de Cronbach no nível de $\alpha = 0,60$ até $\alpha = 0,88$, com o valor médio de $\alpha = 0,80$. Além disso, a análise confirmatória comprovou o ajuste do modelo unidimensional aos dados de Portugal, bem como a falta da variabilidade estrutural entre faixas etárias, nacionalidades e grupos socioeconómicos (Gaspar e Matos, 2008). O valor do coeficiente de confiabilidade de Alpha Cronboche para um ensaio clínico de adolescentes que sofrem de doenças crónicas foi $\alpha = 0,83$.

A escala aplicada permite uma consideração opcional da questão de avaliação subjetiva da saúde, que recentemente torna-se cada vez mais importante entre os parâmetros que determinam o estado da saúde em estudos nacionais e internacionais, como HBSC (Currie, 2001; Currie e outros 2012; Matos & Equipa Aventura Social, 2000-2014, Roberts e outros 2009). Foi usada em muitos países, incluindo Portugal e Polónia. É compatível com a definição de qualidade de vida e qualidade de vida relacionada com a saúde segundo a Organização Mundial da Saúde e o grupo KIDSCREEN (Matos e outros 2012a).

Saúde psicossomática/Lista de sintomas:

Essa escala é um questionário de triagem, composto por oito elementos e uma medida não clínica de saúde mental. O questionário foi desenvolvido para o estudo de HBSC/WHO (Aaro & Wold, 1993; Currie e outros 2000, 2001, 2004, 2008, 2012, 2012b; 2014; Inchley e outros 2016 Rei e outros 1996). Os estudos anteriores em que se utilizou o questionário HBSC-SCL, sugeriram o uso de uma solução de dois fatores que refletiria duas dimensões da saúde - somática e psicológica (Haugland e outros 2001, Hetland e outros 2002). No entanto, todos os 8 elementos podem ser usados simultaneamente para medir a característica unidimensional latente, que são os problemas psicossomáticos, sendo a assunção da hipótese de unidimensionalidade suficiente para interpretar as respostas dos adolescentes (Ravens-Sieberer e outros 2008a; Sieberer Ravens-e outros 2009). Esta escala unidimensional inclui uma avaliação de 8 a 40 elementos e é caracterizada por uma boa consistência interna e confiabilidade. A sua utilidade nos estudos dos adolescentes foi verificada com sucesso (Ravens-Sieberer e outros 2008a). O coeficiente de coesão interna (alfa de Cronba-

ch) para essa ferramenta foi $\alpha = 0,78$. O mesmo valor foi alcançado para a população jovem que sofre de doenças crônicas.

A escala utilizada neste estudo é utilizada para avaliar a incidência de oito problemas subjetivos de saúde física e mental: dor de cabeça, dor de estômago, dor de costas, mal estar, irritabilidade, mau humor, sensação de nervosismo, distúrbios do sono e tontura. As respostas para cada um desses parâmetros foram baseadas na escala Likert de cinco pontos (1 = quase diariamente, 5 = raramente ou nunca) e em relação com uma perspectiva de tempo específica (“... tenha em conta o último meio ano”). As notas obtidas variaram de 1 (o pior estado de saúde) a 5 (o melhor estado de saúde). Os valores mais altos indicam melhor saúde psicossomática e, portanto, menor número de sintomas e doenças referidos. A maioria dos elementos avaliados por esta escala foi previamente utilizada noutras medidas de estado da saúde em crianças e adolescentes (Haugland e outros 2001) e medidas de problemas com saúde. Estes são os indicadores importantes de bem-estar, que normalmente coexistem entre si, o que por vezes provoca enormes cargas para as crianças e adolescentes (Ottova e outros 2012).

Neste estudo, o indicador de moléstias múltiplas (SCL-MC) também foi utilizado. Este parâmetro inclui as pessoas que indicaram dois ou mais sintomas com mais frequência do que uma vez por semana nos últimos seis meses. Este procedimento foi criado com base na literatura disponível, segundo a qual os adolescentes que sofrem de múltiplos problemas de saúde recorrentes são tratados como pessoas que referem problemas de saúde visíveis e subjetivos (Ottova e outros 2012).

Autoavaliação da saúde

Os questionados foram convidados a avaliar a sua saúde, respondendo a pergunta “Você acha que a sua saúde é ...?”. As variantes de resposta: “perfeita”, “boa”, “média”, “fraca”. Esta questão tem em conta vários componentes da saúde das pessoas (por exemplo, a saúde física e mental) (Manderbacka, 1998) e é eficaz no contexto dos questionados sem comprometimento cognitivo (Bombak, 2013). Vários estudos empíricos mostraram que a autoavaliação da saúde é um elemento que prediz, independentemente, a morbidade e mortalidade futuras, mesmo nas situações em que outros fatores são controlados (Idler e Benyamini, 1997). No contexto dos adolescentes, este parâmetro não fala tanto sobre a ocorrência ou ausência das doenças crônicas/deficiências, mas sobre a autoconsciência geral em relação com a saúde (Inchley e outros 2016). Os estudos anteriores mostraram que a autoavaliação da saúde está associada aos fatores que refletem as questões médicas, sociais e pessoais nos adolescentes (Breibablik, Meland, Ludersen, 2008). Os adolescentes mais velhos geralmente tendem a referir a saúde má ou média com mais frequência. Isto é especialmente verdadeiro para as raparigas em todas as faixas etárias. Parece que este resultado está significativamente relacionado com a pior situação financeira das famílias (Inchley e outros 2016). O nível de educação também parece ter um impacto sobre a saúde: as pessoas com ensino superior geralmente avaliam a sua saúde melhor do que as que são menos instruídas (Pinillos-Franco & García-Prieto, 2017).

6. Avaliação subjectiva da saúde dos adolescentes na Polónia e em Portugal, à luz dos recentes resultados do estudo HBSC

Os estudos HBSC (Health Behaviour in School-aged Children), repetidos regularmente, permitem uma comparação do estado da saúde, dos comportamentos relacionados com a saúde e condições de vida e aprendizagem de crianças em idade escolar em número crescente de países. A rede de membros de HBSC tem atualmente 48 países. O último relatório internacional disponível inclui as comparações de quase 220.000 alunos de 42 países.

Uma análise de dados detalhados, apresentados em seis grupos de adolescentes diferenciados por género e idade, é a única possibilidade para comparar a autoavaliação de saúde dos adolescentes polacos e portugueses com base nos dados publicados em relatórios.

Os resultados contidos no último relatório do HBSC (Inchley e outros 2016) indicam uma posição muito menos favorável da Polónia nos rankings internacionais. E assim, analisando o lugar da Polónia e de Portugal nos rankings internacionais, a partir dos indicadores mais favoráveis até aos menos favoráveis, pode-se ver que:

- Em termos de percentagem dos alunos que avaliam a sua saúde como pior do que boa (indicador negativo), Portugal classifica-se, dependendo da faixa etária, entre o 13º e 22º lugar, enquanto a Polónia entre o 26º e 40º, ocupando sempre uma posição pior do que Portugal. Isto significa que, em comparação com outros países, o lado mais forte de Portugal é uma autoavaliação global da saúde relativamente melhor das crianças de 11 anos, enquanto na Polónia existe o problema da autoavaliação extremamente desfavorável da saúde dos adolescentes de 15 anos de idade.
- Em termos de percentagem dos adolescentes satisfeitos com a vida (indicador positivo), Portugal ocupa os lugares entre o 24º e 38º, dependendo da faixa etária, e a Polónia - entre o 35º e 41º. Isso significa que a satisfação com a vida relativamente baixa é registrada nos dois países. Geralmente a posição da Polónia é muito pior do que a posição de Portugal. A única exceção é o grupo de crianças de 13 anos, em que os níveis de indicadores eram semelhantes nos dois países, e os dois países eram vizinhos no ranking internacional.
- No que diz respeito ao indicador de múltiplas moléstias subjetivas (indicador negativo), Portugal classifica-se no 1º e 2º lugar nos rankings internacionais, enquanto a Polónia está mais próxima do final destes rankings (30º-37º lugar, dependendo da faixa etária).
- Em relação com as diferentes moléstias (no anexo ao relatório foram compilados os dados internacionais sobre cinco sintomas: dificuldade em adormecer, dor de cabeça, dor de estômago, nervosismo e depressão), a distância entre estes dois países é ligeiramente reduzida. Em Portugal, foram verificadas as taxas relativamente elevadas de nervosismo em crianças de 15 anos de idade (18ª posição no ranking). Na Polónia, as

dores de cabeça em crianças de 13 anos são mais frequentes do que noutros países (42ª posição no ranking), mas, por sua vez, a incidência das dificuldades em adormecer está no nível da média internacional.

O relatório internacional do estudo HBSC 2013/14 também fornece compilações no nível internacional, no contexto das desigualdades sociais na área da saúde. A base para o ranking dos países é a diferença entre os indicadores subjetivos de avaliação de saúde no grupo dos alunos provenientes das famílias mais pobres e mais ricas. Durante a análise, com base no relatório, tendo em conta os mesmos três indicadores (autoavaliação da saúde, satisfação com a vida, múltiplas moléstias subjetivas), verificou-se que tanto na Polónia como em Portugal existem diferenças significativas entre os grupos sociais.

Em termos de autoavaliação da saúde, o nível de desigualdade social é maior em Portugal do que na Polónia. Considerando a satisfação geral com a vida, a Polónia ocupa o segundo lugar e Portugal ocupa o quarto lugar no ranking internacional dos países com o maior nível de desigualdade. Em termos de moléstias subjetivas múltiplas, ambos os países mostram um alto nível de desigualdade (Portugal ocupa o oitavo e a Polónia o décimo lugar).

As comparações internacionais para a quarta ferramenta (KIDSCREEN-10) não foram amplamente publicadas. Com base nos dados de 2003, quando a ferramenta foi criada, pode-se concluir que a qualidade de vida dos adolescentes na Polónia foi menor do que nos países da Europa Ocidental. Por sua vez, um estudo que compara 15 países europeus com base nos dados do HBSC 2006 mostra os indicadores favoráveis dos adolescentes portugueses. À luz dos conhecimentos disponíveis e dos estudos realizados em conjunto, foi criado um relatório que permite comparar a Polónia e Portugal com base nessa ferramenta¹.

O objetivo da próxima parte da análise comparativa apresentada neste capítulo do relatório é um sumário sintético das diferenças entre a avaliação subjetiva da saúde na Polónia e em Portugal, indo além dos dados disponíveis no citado Relatório Internacional sobre o estudo HBSC. Tendo em vista a semelhança dos dois países em termos do alto nível de desigualdades sociais em termos de saúde, este aspecto da análise foi incluído na apresentação.

Amostra estudada

Atenção foi dada à comparação dos últimos resultados dos estudos HBSC disponíveis de acordo com a base internacional disponível para os membros da rede HBSC no site do Banco de Dados Internacionais em Bergen.

¹ Erhart M, Ottova V, Gaspar T, Jericek H, Schnohr C, Alikasifoglu M, Morgan A, Ravens-Sieberer U; HBSC Positive Health Focus Group. Measuring mental health and well-being of school-children in 15 European countries using the KIDSCREEN-10 Index. *Int J Public Health*. 2009 Sep;54 Suppl 2:160-6.

Ravens-Sieberer U, Herdman M, Devine J, Otto C, Bullinger M, Rose M, Klasen F. The European KIDSCREEN approach to measure quality of life and well-being in children: development, current application, and future advances. *Qual Life Res*. 2014 Apr;23(3):791-803.

O tamanho da amostra polaca e portuguesa na base de dados internacional é apresentado na Tabela 1. Foram 4516 e 4989, respectivamente, sem dados sobre género e faixa etária. As amostras diferiram em termos de estrutura por género e idade. Na Polónia, a amostra foi mais equilibrada em termos de estrutura demográfica. A diferença entre o número de grupos etários foi de 41 pessoas e entre o número de rapazes e raparigas estudados foi de 24 pessoas. Em Portugal, foram examinadas mais 247 raparigas do que rapazes e a diferença entre o número de grupos etários foi de 623 pessoas.

TABELA 1. HBSC 2014.

	TOTAL	RAPAZES	RAPARIGAS	TOTAL	RAPAZES	RAPARIGAS
11 anos	1507	778	729	1646	764	882
13 anos	1525	768	757	1983	977	1006
15 anos	1484	700	784	1360	630	730
TOTAL	4516	2246	2270	4989	2371	2618

À luz dos dados do relatório internacional HBSC em ambos os países (assim como noutros países membros da rede HBSC), os problemas de saúde intensificam-se nos grupos etários mais velhos e são registados mais frequentemente nas raparigas do que nos rapazes. Portanto, para poder operar os indicadores gerais sem distinção de faixas etárias, foram utilizados dados ponderados. Uma amostra igualmente hipotética foi assumida em cada país, onde há 1.500 estudantes em cada faixa etária, incluindo 750 rapazes e raparigas.

Uma parte das análises (referente a HRQL) de acordo com o índice Kidscreen-10 foi realizada sobre os dados de HBSC 2009/10, já que só nesta série de estudos os dois países aplicaram o pacote opcional. Na Polónia e em Portugal, foram incluídos 4.241 e 4036 alunos, sem dados sobre género e idade. Ao calcular os indicadores gerais, aplicou-se um procedimento de ponderação secundária das observações, como em relação com os dados de 2013/14.

Pressupostos das análises

O estudo contém análises comparativas simples dos indicadores selecionados de saúde mental dos adolescentes na Polónia e em Portugal, no grupo total. Apenas em relação com o índice Kidscreen-10 foram indicadas as diferenças relacionadas com género e idade. Um elemento adicional da análise é a avaliação do nível de desigualdades sociais em termos de saúde, com base numa comparação dos adolescentes provenientes das famílias com diferentes níveis socioeconómicos.

Nível financeiro da família

O nível financeiro da família foi medido pela escala de recursos materiais da família FAS (Family Affluence Scale). Na sua forma atual, que é obrigatória no estudo HBSC 2014, consiste em seis perguntas que se referem a: possuir um carro, espaço próprio à disposição do aluno questionado, número de computadores, número de casas de banho, máquina de lavar loiça e viagens de férias com a família fora da Polónia.

A escala dos recursos materiais da família situa-se no intervalo de 0 a 13 pontos. À luz dos dados de 2014, as famílias portuguesas eram mais ricas do que as famílias dos seus pares na Polónia. O índice FAS médio foi de 8,52 (SD = 2,47) em Portugal e 6,88 (SD = 2,47) na Polónia. No grupo de 42 países cujos dados são citados no relatório internacional HBSC 2014, Portugal ocupa o 17º e a Polónia 30º lugar, partindo do país mais rico até ao menos rico.

Ao comparar as famílias com diferentes níveis financeiros, foram adotados os critérios de riqueza relativa. Em cada país, 20% das famílias mais pobres foram qualificadas no grupo das mais pobres, no grupo das famílias ricas 20% mais ricas das famílias mais ricas, e os 60% no meio são um grupo de nível socioeconómico médio.

Autoavaliação da saúde

A distribuição das respostas às perguntas sobre autoavaliação da saúde é apresentada na Tabela 2. Assumindo a mesma estrutura da amostra por género e idade, verificou-se que 16,6% dos adolescentes polacos e 12,7% dos portugueses têm reservas quanto à sua saúde. Uma percentagem definitivamente menor dos adolescentes polacos também considera a sua saúde como excelente.

TABELA 2. Autoavaliação da saúde (%) dos alunos na Polónia e em Portugal (dados ponderados).

Saúde	POLÓNIA	PORTUGAL	CHI-SQ
Excelente	27.5	38.6	Chi-sq=182.93 d.f. =3 p<0.001
Boa	55.9	48.7	
Razoável	12.7	11.7	
Má	3.9	1.0	

Analisando a autoavaliação da saúde nos grupos sociais diferenciados pelo nível socioeconómico da família, verificou-se uma menor gravidade das desigualdades em termos de saúde na Polónia do que em Portugal. A diferença na percentagem dos adolescentes que avaliam a sua saúde como pior do que boa foi de 5,9% na Polónia, em comparação com 9,1% em Portugal. Em caso das famílias com o nível económico mais baixo, as diferenças na autoavaliação de saúde dos alunos em ambos países desaparecem.

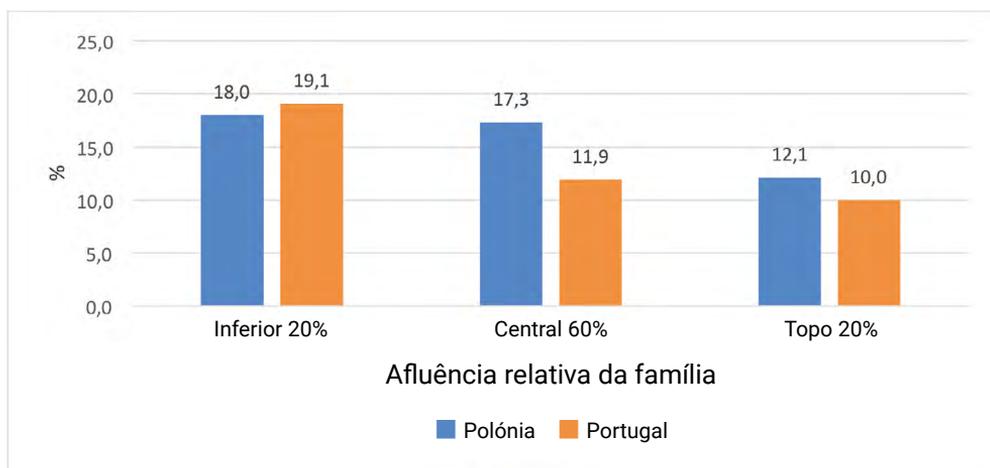


FIGURA 1. A percentagem dos adolescentes que consideram a sua saúde como pior do que boa na Polónia e em Portugal, de acordo com os grupos da FAS.

Também vale a pena frisar que na Polónia a melhoria da autoavaliação da saúde ocorre nas famílias mais ricas, enquanto em Portugal já existe uma diferença significativa entre as famílias mais pobres e aquelas com nível socioeconómico médio – FIGURA 1

Satisfação com a vida

As conclusões sobre as diferenças entre a Polónia e Portugal em termos de satisfação global com a vida depende dos critérios adotados. O nível médio do indicador baseado na escala de Cantril é semelhante nos dois países, enquanto a distribuição das respostas varia. Em Portugal, verificou-se uma tendência maior para os índices médios, enquanto na Polónia havia cerca de 2% mais dos adolescentes extremamente insatisfeitos e muito satisfeitos com a vida.

TABELA 3. Satisfação com a vida de acordo com a escala de Cantril (%) dos adolescentes em idade escolar na Polónia e em Portugal (dados ponderados).

Satisfação com a vida	POLÓNIA	PORTUGAL	RELEVÂNCIA DAS DIFERENÇAS
Baixa (0-5 pkt)	19.3	17.0	Chi-sq=21.173 d.f. =2 p<0.001
Média (6-8 pkt)	47.1	51.9	
Alta (9-10 pkt)	33.6	31.1	
Média ± SD	7.39±2.13	7.47±1.93	t=1,83; df = 8611 p=0.068

Nos dois países, o nível de satisfação com a vida dos alunos adolescentes é fortemente condicionado pela situação económica da família. As diferenças na percentagem dos adolescentes satisfeitos com a vida entre estes dois países diminuem gradualmente à medida que o nível socioeconómico da família melhora e são claramente mais altas no grupo das famílias mais pobres. Em ambos os países, a transição do grupo mais pobre para o de nível socioeconómico médio está relacionada com uma melhoria significativa na satisfação com a vida, maior do que na transição do nível médio para o nível alto.

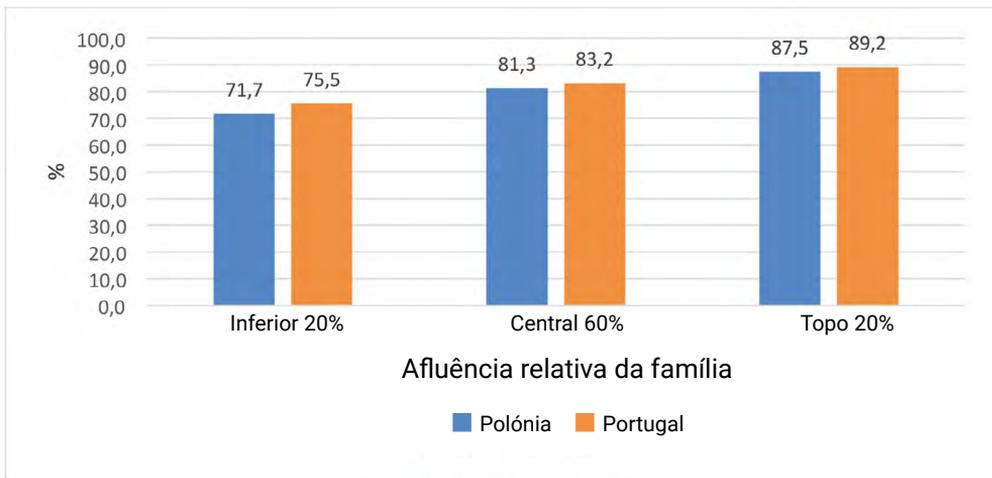


FIGURA 2. Percentagem dos adolescentes satisfeitos com a vida na Polónia e em Portugal, segundo grupos da FAS.

Moléstias subjetivas múltiplas

Os adolescentes polacos, com mais frequência do que os portugueses, referem as moléstias psicossomáticas reiteradas. Duas ou mais moléstias (da lista de oito sintomas) foram notificadas com mais frequência do que uma vez por semana por 37,2% dos alunos na Polónia, em comparação com 21,6% em Portugal. O índice médio de gravidade das moléstias (entre 0 e 32 pontos) foi de $8,91 \pm 7,76$ na Polónia e $5,64 \pm 6,40$ em Portugal.

A Tabela 4 resume a frequência com que os adolescentes nos dois países referem os diferentes sintomas. Na Polónia e em Portugal, os adolescentes referiram com mais frequência os problemas psicológicos, como nervosismo e irritabilidade ou mau humor, e com menos frequência as tonturas. No que diz respeito a todas as moléstias, além das dores de costas, houve diferenças para a desvantagem da Polónia, a maior no caso de dor de estômago e irritabilidade ou mau humor.

TABELA 4. Incidência de moléstias subjetivas selecionadas (%) em adolescentes da escola na Polónia e em Portugal (dados ponderados).

Sintoma	PAÍS*	QUASE TODOS OS DIAS	MAIS DE UMA VEZ POR SEMANA	CERCA DE UMA VEZ POR SEMANA	CERCA DE UMA VEZ POR MÊS	RARA-MENTE OU NUNCA	CHI-SQ**
Dor de cabeça	PL	9.2	15.2	8.7	19.8	47.1	Chi-sq =292,61
	PT	4.8	9.2	6.3	15.1	64.7	p<0.001
Dor de estômago	PL	5.7	11.4	7.9	26.7	48.2	Chi-sq =754.59
	PT	2.0	4.3	3.4	13.9	76.4	p<0.001
Dor de costas	PL	6.4	7.6	7.0	15.4	63.6	Chi-sq =9.59
	PT	5.9	6.9	8.3	16.6	62.4	p=0,048
Desani- mação	PL	9.5	10.9	9.1	19.3	51.3	Chi-sq =381.84
	PT	4.6	6.2	6.3	11.5	71.4	p<0.001
Estar irritado ou mau humor	PL	11.4	15.7	13.7	27.4	31.8	Chi-sq =560.22
	PT	5.4	8.7	9.2	20.5	56.3	p<0.001
Nervosismo	PL	13.8	16.9	16.9	24.7	27.7	Chi-sq =416.29
	PT	7.9	10.6	11.8	21.8	47.9	p<0.001
Dificul- dade em adormecer	PL	10.3	9.3	8.4	14.6	57.3	Chi-sq =69,56
	PT	7.6	6.6	7.0	13.4	65.4	p<0.001
Tonturas	PL	6.2	6.9	5.2	11.5	70.2	Chi-sq =174.88
	PT	2.3	4.1	3.6	8.6	81.4	p<0.001

* PL- Polónia; PT – Portugal; ** número de degraus de Liberdade (df) =4

As diferenças na percentagem dos adolescentes que referem moléstias múltiplas, vindos das famílias menos e mais ricas, estão num nível similar em ambos os países. Na Polónia, é uma relação linear caracterizada por uma deterioração gradual da saúde à medida que a situação financeira da família piora. Em Portugal, as famílias mais pobres são muito menos privilegiadas, enquanto não existem grandes diferenças entre as famílias com nível económico médio e alto.

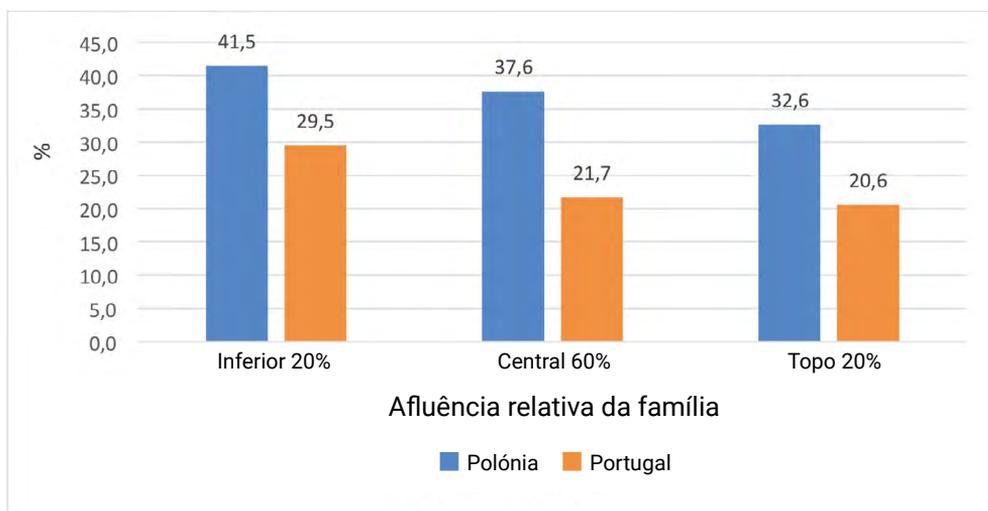


FIGURA 3. A percentagem dos adolescentes que referem múltiplas moléstias subjetivas na Polónia e em Portugal, de acordo com os grupos FAS.

Qualidade de vida de acordo com Kidscreen -10

Utilizando os resultados do estudo HBSC 2009/10, foi calculado na forma bruta um índice curto de qualidade de vida relacionada com a saúde (faixa 0-14 pontos). Verificou-se que os adolescentes portugueses alcançaram melhores resultados do que os seus pares da Polónia. Assumindo a mesma estrutura de amostras de ambos os países por género e idade, o valor médio na Polónia foi de 25,48 (SD = 6,39) e em Portugal de 29,96 (SD = 6,03).

TABELA 5. Índices médios de qualidade de vida relacionados com a saúde para Kidscreen-10 na Polónia e em Portugal, por género e idade (dados não ponderados).

Grupo etário	Género	POLÓNIA		PORTUGAL		DIFERENÇA		
		SD	MÉDIA	SD	MÉDIA	SD	MÉDIA	SD
11 anos	Rapaz	27.98	5.94	31.77	5.99	-10.75	1154	<0.001
	Rapariga	27.10	6.45	31.95	5.68	-13.69	1198	<0.001
13 anos	Rapaz	26.45	6.36	30.70	6.05	-11.87	1205	<0.001
	Rapariga	24.19	6.17	29.27	5.90	-15.22	1318	<0.001
15 anos	Rapaz	25.17	5.90	29.31	5.40	-13.14	1289	<0.001
	Rapariga	22.20	5.73	26.91	5.66	-16.10	1517	<0.001

Em ambos os países, a qualidade de vida dos alunos adolescentes agrava-se com a idade, e os índices de qualidade de vida relacionados com a saúde são piores em raparigas em todas as faixas etárias. Sistemáticamente, todos os subgrupos dos adolescentes demonstram diferenças para a desvantagem da Polónia, sendo maiores para as raparigas do que para os rapazes.

Embora a análise dos componentes da escala Kidscreen-10 não tenha sido a intenção dos seus autores, para os propósitos deste estudo foram comparadas as respostas às diferentes perguntas dadas pelos adolescentes na Polónia e em Portugal - FIGURA 4. Esta comparação lança luz adicional sobre o ambiente adolescente em ambos os países e os problemas de saúde física, mental e social.

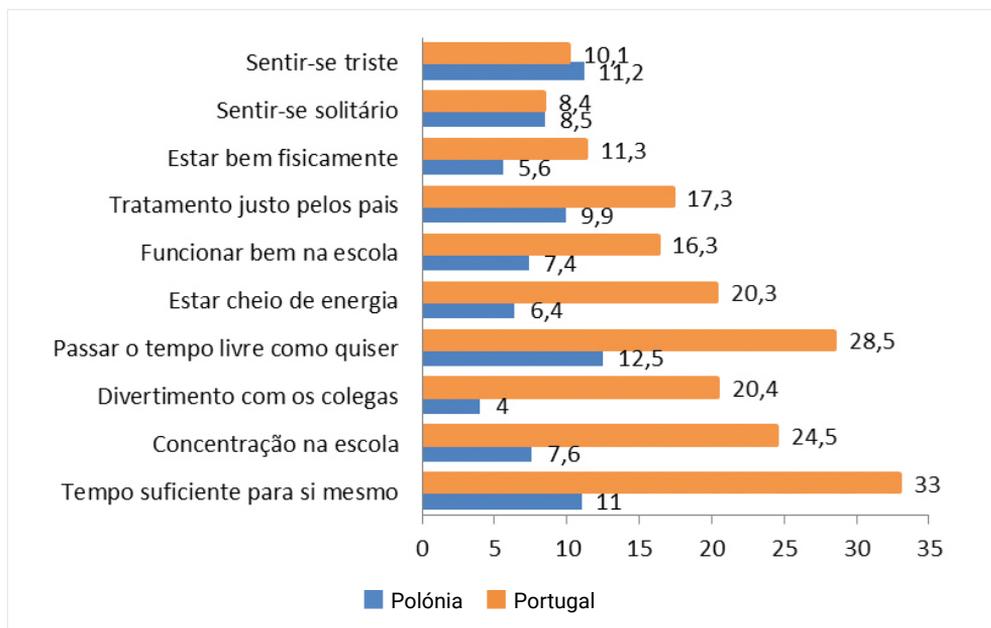


FIGURA 4. A percentagem dos adolescentes na Polónia e em Portugal, que deram duas respostas extremamente negativas às questões da escala Kidscreen-10.

Nos dois países, os adolescentes tiveram os maiores problemas de autonomia. Em Portugal, uma percentagem relativamente alta dos adolescentes estava triste frequentemente. Na Polónia, as relações com os pais e o funcionamento na escola foram percebidos negativamente. Comparando a frequência com que se davam as respostas menos favoráveis na Polónia e em Portugal em relação com todas as perguntas, pode-se afirmar que elas eram mais comuns na Polónia (além das duas relativas a estados emocionais negativos - tristeza, solidão).

Assim como os indicadores de avaliação subjetiva da saúde comentados anteriormente, também foi verificado se o nível do índice Kidscreen-10 varia com a nível económico da família. Considerando que no estudo HBSC 2009/10, estava em vigor a versão anterior da escala FAS, o seu resultado foi calculado para cada país a fim de obter intervalos análogos de afluência relativa (20%, 60%, 20%).

Tanto na Polónia como em Portugal, foram demonstrados fortes determinantes socioeconómicos de HRQL, mas o gradiente social era mais forte em Portugal. Na Polónia, em comparação com grupos extremos de afluência, o índice de qualidade de vida melhorou em 2,6 pontos e em Portugal em 4,6. A diferença entre os índices médios de Kidscreen-10 mantém-se em todos os três níveis de afluência.

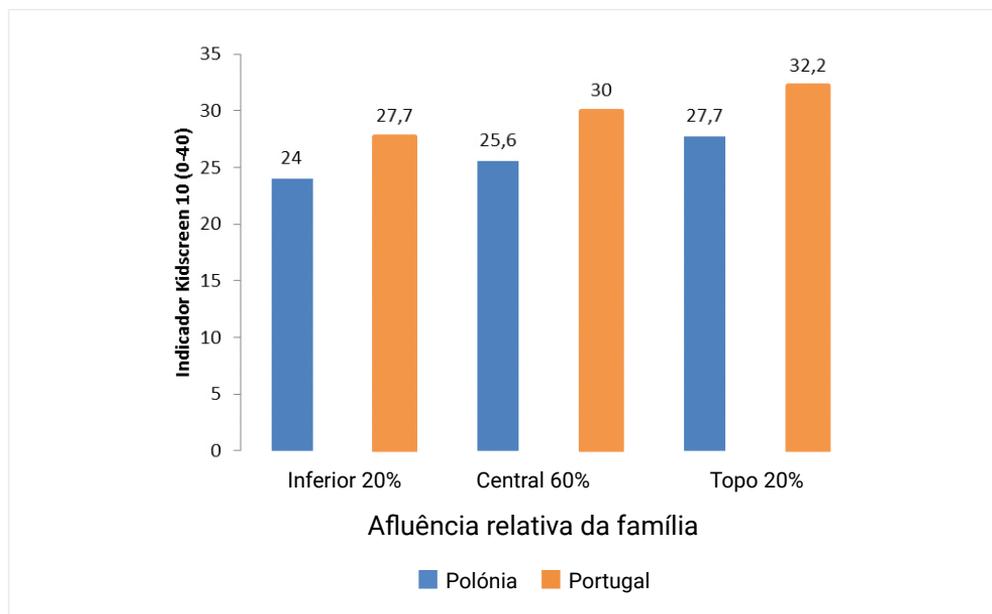


FIGURA 5. Índices médios de Kidscreen-10 na Polónia e em Portugal por grupos de afluência FAS.

RESUMO

Os resultados das análises baseadas nos dados de HBSC de 2010 e 2014, indicam diferenças significativas entre a Polónia e Portugal na avaliação subjetiva da saúde dos adolescentes entre 11 e 15 anos. Normalmente, piores indicadores são registrados na Polónia. A saúde dos adolescentes tem fortes condicionamentos sociais nos dois países, e o nível de desigualdades em termos de saúde parece ser maior em Portugal. Os adolescentes polacos mostram menos frequentemente as emoções positivas, enquanto a intensidade das emoções negativas é semelhante nos dois países. As diferenças na percepção da própria saúde podem resultar das razões culturais, mas também do contexto social criado pela família, escola e pelo grupo de pares.

SAÚDE MENTAL NA OPINIÃO DOS ADOLESCENTES - RESULTADOS DO ESTUDO QUALITATIVO

MÉTODO

Nos estudos qualitativos utilizou-se o método de entrevistas em grupo. O instrumento de pesquisa foi o guião de entrevista, que envolveu a realização de entrevistas utilizando os métodos de trabalho de workshop (Anexo 1). Para os efeitos deste estudo, as entrevistas são referidas mais adiante como workshops.

OBJECTIVO DA INVESTIGAÇÃO

O tema dos estudos qualitativos foi a exploração dos temas relacionados com a saúde mental dos adolescentes, no sentido de conhecer as opiniões dos adolescentes sobre a saúde mental e as suas vivências diretas, no contexto natural, ou seja no grupo de pares.

O principal problema de pesquisa foi identificar as áreas mais importantes da saúde mental do ponto de vista dos adolescentes. Os resultados foram o ponto de partida para projetar a próxima etapa dos estudos quantitativos (questionário).

QUESTIONÁRIO PARA O ESTUDO:

1. Como os adolescentes avaliam as ferramentas de pesquisa para certas áreas relacionadas com a saúde mental que têm sido usadas por muitos anos nos estudos científicos internacionais sobre a saúde e os comportamentos de saúde dos adolescentes?
2. Como os adolescentes entendem a definição de saúde mental?
3. Quais são as áreas relacionadas com a saúde mental indicadas pelos adolescentes?
4. Quais das seguintes áreas da saúde mental são as mais importantes do ponto de vista dos adolescentes?
5. Que fatores causam a melhora e a deterioração da saúde mental na idade da adolescência?
6. Que áreas da saúde mental requerem atenção especial na idade da adolescência?

PESSOAS ESTUDADAS E ORGANIZAÇÃO DOS ESTUDOS

O estudo qualitativo foi realizado na Polónia e em Portugal no período de janeiro a março de 2018. Nas entrevistas focais, participaram 72 adolescentes de 14 a 16 anos de idade (48 e 24 adolescentes, respectivamente). Na Polónia, os grupos de 12 pessoas consistiam de alunos do terceiro ano de ginásio (Grupo 1 e Grupo 2) e do segundo de ginásio (Grupo 3 e Grupo 4). Em Portugal, oito alunos (8º ano, grupo 1) e 10º ano (ano de escolaridade) 10, Grupo 2).

Cuidando do conforto do trabalho dos adolescentes e da qualidade dos materiais obtidos como resultado do trabalho em grupo, as entrevistas qualitativas foram realizadas em salas de aula adequadamente preparadas. Os estudos foram realizados fora do horário normal.

As entrevistas focais foram conduzidas por duas pessoas preparadas para trabalhar com adolescentes (psicólogo, pedagogo). Cada reunião durou cerca de 1,5 horas. As observações dos adolescentes e as declarações mais importantes dos adolescentes foram sistematicamente apontadas pelos professores. No decorrer do trabalho de workshop, também foi recolhida a documentação criada durante o trabalho em grupo. Todos os resultados do trabalho dos grupos e anotações dos docentes faziam parte do material de pesquisa, que foi analisado mais tarde.

RESULTADOS

Avaliação das ferramentas existentes utilizadas no estudo sobre a saúde mental dos adolescentes

Os adolescentes deram respostas às perguntas (escalas) sobre três áreas relacionadas com a saúde mental, que há muitos anos têm sido objeto de estudos internacionais sobre a saúde e comportamento de saúde dos alunos adolescentes (HBSC): escala de satisfação com a vida (escala de Cantril), escala de moléstias psicossomáticas, escala de qualidade de vida (Kidscreen-10). As perguntas indicadas foram também objecto de análises comparativas entre a Polónia e Portugal apresentadas na Parte II do relatório, onde é fornecida uma descrição dessas ferramentas. O objetivo principal foi obter a opinião dos adolescentes sobre o conteúdo das perguntas e a justificação do estudo nas áreas indicadas de saúde mental. Em geral, os adolescentes avaliavam positivamente o conteúdo das perguntas apresentadas, reconhecendo-as como compreensíveis e formuladas com precisão. A algumas perguntas foram dados breves comentários.

A maioria dos comentários apareceu na avaliação **da escala de satisfação com a vida**, com a que os alunos tiveram que marcar na escala de 0 (insatisfeito) a 10 (muito satisfeito) se estão satisfeitos com sua vida. A maioria dos comentários diz respeito a problemas com a compreensão da tarefa, por exemplo: “Eu não entendo se temos que marcar as nossas vidas conforme gostaríamos que fossem ou apenas como são agora”. Houve também co-

mentários sobre a pontuação, por exemplo, para a avaliação de 10 pontos: “é bom, mas será ainda melhor”, e para a avaliação de 4 pontos: “Bem ... não é a melhor das vidas, mas de alguma forma consigo viver”.

Em relação com a escala de moléstias psicossomáticas, foram feitos quatro comentários relacionados com os problemas de saúde mental (nervosismo, irritabilidade, depressão) e cansaço. O nervosismo estava associado com o temperamento: “Eu sou uma pessoa explosiva, então estou freqüentemente chateado”. Os adolescentes enfatizaram que a escola tem o maior impacto na sensação de cansaço: “a escola atormenta-me mentalmente”.

Os adolescentes interessaram-se bastante por três perguntas com 10 afirmações incluídas na **escala de qualidade de vida**:

- sucesso na escola (Você teve sucesso na escola?) - um problema com a compreensão do conteúdo da pergunta, por exemplo: “honestamente, eu não sei de que se trata nesta pergunta”, comentário à resposta “sempre escuto aquilo que se passa na aula, então eu sempre dou-me bem na escola”, outro comentário - a resposta “estou bastante bem na escola”, ou “tenho muitos problemas na escola, que nem sempre consigo resolver”;
- bem-estar e condição física - os adolescentes associavam a sua aptidão física com a participação nas aulas de educação física, a qualidade dessas atividades (“depende das coisas interessantes nas aulas de educação física”) e a capacidade de fazer exercícios (por exemplo, um adolescente que afirmou que “nunca” está fisicamente apto e não se sente bem, adicionando um comentário que ele não sabe jogar alguns jogos de equipa);
- tratamento igual com os outros (Os pais tratavam-te de forma justa?) - a seguinte citação apareceu nos comentários: “os meus pais estão sempre do lado da minha irmã”.

O conceito de saúde mental do ponto de vista dos adolescentes

Os participantes dos workshops indicavam as suas associações com o termo “saúde mental”. Os resultados do trabalho dos adolescentes polacos e portugueses estão incluídos na Tabela 6. As respostas foram classificadas em várias categorias referentes às diferentes áreas da vida e do funcionamento dos adolescentes, sentimentos, atividades de lazer, estilo de vida, comportamentos de saúde e outros.

TABELA 6. As associações com o termo “saúde mental” indicadas pelos adolescentes na Polónia e em Portugal. Destacaram-se as respostas que apareceram em ambos países..

	POLÓNIA	PORTUGAL
Estados positivos (sentimentos, impressões)	sentimento de felicidade satisfação sensação de realização estado de espírito alegria pensamentos saudáveis tranquilidade equilíbrio boa autoavaliação falta de stress falta de complexos aceitação de si mesmo e dos outros falta de mudanças de humor vontade de viver vontade de aceitar novos desafios tranquilidade boa disposição sensação de aceitação atitude positiva perante a vida avaliação sóbria da situação	empatia autoavaliação apoio emocional entusiasmo felicidade
Estados negativos (sentimentos, impressões)	stress depressão pensamentos doentios complexos baixa autoavaliação pensamentos suicidas atitude negativa perante a vida	ansiedade associada à escola remorsos ódio sensação de culpa solidão
Ambiente de vida e relações com os outros	contacto com amigos e outras pessoas problemas com os pais e na escola relações com os outros (pares, família, amigos) professores situação na escola situação em casa	família amizade sociedade
Saúde	doenças mentais falta de problemas com saúde	saúde

	POLÓNIA	PORTUGAL
Comportamentos e estilo de vida	comportamento adequado autolesão	comida atividade física vícios comportamentos arriscados
Lazer/atividades em tempo livre	lazer divertimento fazer aquilo de que se gosta prazeres da vida satisfação daquilo que se faz	Música
Direitos humanos/ assuntos sociais	liberdade falta de restrições	discriminação assistência social mau tratamento
Outras associações	sente-se bem no seu corpo borboleta (volatilidade) psiquiatra psicólogo	aparência física generosidade religião sono

Tanto na Polónia como em Portugal, os adolescentes na maioria das vezes equipararam o conceito de saúde mental à presença dos estados positivos ou negativos. Vale a pena notar que em ambos os grupos os adolescentes associam a saúde mental à sensação de stress. Entre os estados positivos em ambos os grupos, houve um sentimento de felicidade e boa autoavaliação.

Tanto a juventude polaca como a portuguesa associaram a saúde mental ao ambiente familiar e aos contactos com amigos. Os adolescentes em Portugal também tiveram associações com os assuntos sociais, e os adolescentes polacos prestaram mais atenção às relações com várias pessoas no seu entorno, a ocorrência de dificuldades na escola e na família e a situação nestes ambientes de vida.

Os adolescentes de ambos os países prestaram atenção ao comportamento. Na Polónia, a saúde mental foi associada com os comportamentos negativos, perigosos para a saúde (autolesão) e com o comportamento adequado. Em Portugal, além dos comportamentos de risco foram mencionados comportamentos pró-saúde. A saúde mental em ambos os países era chamada simplesmente “saúde” e, adicionalmente, na Polónia “falta de ocorrência dos problemas com saúde”.

Outro grupo de associações referiu-se à maneira de passar tempo livre. Os adolescentes na Polónia associaram a saúde mental à diversão, lazer, satisfação com atividades realizadas e iniciadas, e os adolescentes portugueses associaram a saúde mental à música.

Entre as associações mencionadas pelos questionados, houve um grupo que fazia referências aos direitos pessoais do homem e à vida social, enquanto os adolescentes na Polónia enfatizaram a primeira categoria, e os adolescentes portugueses associaram a saúde mental à situação social.

Além das associações indicadas anteriormente, os adolescentes de ambos os países identificaram a saúde mental com a aparência e satisfação dos seus corpos. Além disso, nas respostas dos adolescentes polacos, houve uma associação com a borboleta como um símbolo de volatilidade e com os especialistas que tratam dos problemas com a saúde mental. Os adolescentes portugueses também mencionaram generosidade e assuntos espirituais.

Áreas relacionadas com a saúde mental

Na próxima parte do workshop, os adolescentes tiveram a tarefa de indicar o maior número de fatores relacionados com a saúde mental. Durante o trabalho, os grupos puderam referir-se aos resultados do exercício anterior, em que indicavam associações com o termo “saúde mental”. O trabalho de workshop foi dividido em 3 ou 4 grupos menores. Os grupos escreviam as suas propostas em folhas separadas. Depois de terminar o trabalho, cada grupo lia os resultados do seu trabalho. As entradas repetidas eram eliminadas. A seguir, os adolescentes agrupavam termos similares em categorias (áreas relacionadas com a saúde mental) e davam nomes às áreas criadas. Cada participante, de acordo com os seus próprios sentimentos, atribuía pontuações para as próximas áreas numa escala de 1 (não muito importante) a 3 (muito importante). Depois de somar a pontuação, selecionavam-se as áreas mais importantes para cada grupo.

A lista das áreas indicadas pelos adolescentes na ordem da mais importante até à menos importante foi apresentada na Tabela 7. Os resultados referem-se apenas às entrevistas realizadas na Polónia. Em Portugal, seguindo a indicação explícita dos adolescentes, desistiu-se da definição da hierarquia de importância das áreas relacionadas com a saúde mental.

TABELA 7. Hierarquia da importância das áreas relacionadas com a saúde mental do ponto de vista dos adolescentes polacos (a linha de cima significa a área de maior pontuação).

	GRUPO 1	GRUPO 2	GRUPO 3	GRUPO 4	
Áreas da saúde mental	1	família	futuro	stress escolar	relações com os outros
	2	stress	escola	satisfação com a vida	stress
	3	escola	stress	família	escola
	4	futuro	relações com os outros	disposição	família
	5	estilo de vida	satisfação com a vida	qualidade de vida	personalidade
	6	fome	sono	atividade física	emoções
	7	relações com os outros	aparência	relações com os outros	moléstias de saúde
	8	satisfação com a vida	moléstias de saúde	pares	qualidade de vida
	9	moléstias de saúde	família	desafios de vida	satisfação com a vida
	10	Internet	o tempo	doenças mentais	
	11	desporto		moléstias de saúde	
	12			Internet	

Os grupos subsequentes de workshops identificaram 11, 10, 12 e 9 áreas relacionadas com a saúde mental, respectivamente. Entre as cinco áreas mais importantes da saúde mental, que foram altamente avaliadas em cada grupo, havia stress (num dos grupos referido como stress escolar). Em três dos quatro grupos analisados, a área da família estava numa posição alta, também nos três grupos tartava-se da área relacionada com a escola. Em dois grupos, as cinco áreas mais importantes incluíram relações com os outros, satisfação com a vida e uma área relacionada com o futuro. Vale ressaltar que a preocupação com o futuro foi uma importante área de influência na saúde mental dos grupos de adolescentes que concluíram a sua educação no ginásio.

Condicionamentos da saúde mental

A próxima parte do workshop foi uma discussão sobre as áreas relacionadas com a saúde mental, que na opinião dos adolescentes pode aumentar o potencial de saúde (fatores de proteção) ou afetar a deterioração da saúde mental (fatores de risco). A análise foi realizada com base na metodologia SWOT. A tarefa dos adolescentes consistiu em determinar os fatores internos (individuais, pessoais) e externos (relacionados com o ambiente) que afetam a melhoria/deterioração da saúde mental.

Em relação com a discussão, os alunos notaram que eles próprios exercem influência sobre muitos fatores que determinam o bem-estar e a satisfação com a vida. Como pontos fortes, os alunos mencionaram: uma atitude positiva perante a vida, otimismo, autoconfiança, inteligência e resiliência mental como pilares que ajudam a manter a saúde mental. Os pontos fracos foram a sensibilidade que leva à preocupação excessiva, timidez, pessimismo, falta de vontade de iniciar as relações sociais e autopercepção inadequada – os complexos, em conjunto com uma forte identificação da autoestima com a opinião dos outros.

Os fatores externos que, de acordo com os questionados, contribuem para a manutenção da saúde mental são principalmente o ambiente – as relações (amigos, apoio familiar, pessoas de confiança) e paixões na vida. Como elementos que representam uma ameaça ao potencial de saúde, a pressão exercida pelo entorno é o mais frequentemente mencionado, falta de aceitação, falta de apoio e manifestações de assédio (ridicularização, provocação) entre os pares.

Os participantes dos workshops também discutiram quais das áreas mencionadas são omitidas (insuficientemente enfatizadas) no estudo sobre a saúde mental dos adolescentes, ou nas atividades educativas e preventivas dirigidas aos adolescentes. Com base nos fatores considerados como os mais importantes, os adolescentes foram solicitados a formular as diretrizes sobre as áreas pessoais e sociais que precisam de ser fortalecidas ou melhoradas. As propostas dos adolescentes foram apresentadas na Tabela 8.

TABELA 8. As áreas mais importantes relacionadas com a saúde mental que requerem fortalecimento ou melhoria.

	POLÓNIA	PORTUGAL
czynniki wewnętrzne (indywidualne)	<ul style="list-style-type: none"> • uma atitude positiva da vida • desenvolver otimismo • trabalhar sobre a autoconfiança • mostrar empatia • inteligência • desenvolver paixão e seguir um objetivo • lutar com a timidez • não se isolar dos outros • aprender a administrar o tempo • tempo para descansar 	<ul style="list-style-type: none"> • menos ansiedade • aumentar a confiança • uso limitado de tecnologias modernas • melhor comunicação com os mais próximos • mostrar empatia • equilíbrio emocional • praticar desporto • música
czynniki zewnętrzne (środowiskowe)	<ul style="list-style-type: none"> • amigos • apoio e aceitação da família • pessoas de confiança • mudar o sistema de avaliação na escola • menos pressão do entorno e da escola • prevenir o assédio (intimidação) 	<ul style="list-style-type: none"> • atendimento do serviço de saúde (psicólogos) • apoio social • necessidade de implementar novas ferramentas para medir a saúde mental • recursos para praticar desporto • honestidade política • espaços verdes • melhor treinamento para especialistas • menos pressão e stress na escola • lições de saúde mental na escola • redução das horas de aula • consultas psicológicas

Comentários sobre o percurso do estudo

Os participantes estavam ativos e envolvidos na resolução dos problemas. As respostas dos adolescentes foram reveladoras e relacionadas com a situação em que se encontravam (por exemplo, último ano na escola, em caso dos alunos das últimas turmas do ginásio na Polónia). Os alunos fizeram perguntas, participaram ativamente na discussão, deram res-

postas até ao fim do tempo de trabalho em grupos. Deve-se enfatizar que os participantes das entrevistas em grupo manifestaram atitudes extremamente positivas e entusiasmadas. Compartilhando opiniões e impressões relacionadas com a participação nos workshops, enfatizaram que as aulas tiveram muito valor para eles.

Selecionadas declarações dos participantes

- *“O futuro e o pensar sobre o futuro são importantes para nós quando estamos no 3o ano e nos deparamos com uma escolha de escola ...” - aluna do 3o ano, 16 anos de idade, Polónia.*
- *“A influência positiva na saúde mental dos adolescentes deriva das coisas como a presença dos familiares na realidade - não na Internet, apoio dos pais, não usar palavras, ser cortês (...)” - aluna do 3o ano, 15 anos, Polónia...*
- *“A saúde mental é também influenciada pelo facto de alguém ter mais do que eu, ser melhor - complexo” - aluno do 2o ano, 14 anos, Polónia.*

CONCLUSÕES

Os resultados obtidos durante o estudo qualitativo formaram a base para o desenho de um questionário para o estudo quantitativo, indicando a direção da análise dos resultados do estudo quantitativo. As propostas de melhoria de algumas áreas relacionadas com a saúde mental mencionadas pelos adolescentes constituem uma valiosa fonte de conhecimento para os próprios adolescentes, assim como para os especialistas (psicólogos, professores, educadores), pesquisadores e instituições que trabalham a favor dos adolescentes.

De acordo com os adolescentes, os assuntos relacionados com a sua saúde mental são raramente o tema das atividades educativas na escola e a preocupação do seu entorno imediato (os pais, professores). Os adolescentes mencionam muitos problemas com os quais lutam na sua vida quotidiana. Eles enfatizam que qualquer oportunidade de falar sobre seus próprios sentimentos e necessidades, pensar sobre as causas das dificuldades e formas de superá-las é uma importante fonte de conhecimento de si mesmos e melhora sua saúde mental.

A maior ameaça à saúde mental dos adolescentes na opinião dos adolescentes examinados é o stress, especialmente relacionado com a escola e educação escolar. As razões para o aumento do stress estão associadas ao excesso dos devers, pressão do entorno e aumento de requisitos, com que muitas vezes não conseguem lidar.

O problema sinalizado que dificulta que os adolescentes lidem com as emoções no ambiente escolar é a incapacidade de confrontar os seus sentimentos. Os questionados notaram que a conversa com o pedagogo escolar muitas vezes não traz os resultados desejados, porque

o desenvolvimento da conversa não é consistente com as suas expectativas. Como mostra a experiência dos questionados, os pedagogos nem sempre estão bem preparados para as conversas baseadas nas emoções. A escalada dos nervos, a percepção dos requisitos como irrealistas para cumprir, o desejo de igualar os pares, a fadiga e a falta de ideias para a projeção do seu futuro mais distante tornam-se um fator que contribui para a crescente frustração. O stress permanente que os adolescentes enfrentam todos os dias e o modo como os adolescentes lidam com isso tornam-se um dos aspectos mais importantes que determinam a saúde e o bem-estar mental dos jovens adultos. Esta área é, portanto, um importante campo de exploração científica no contexto da saúde dos adolescentes, enquanto coloca novos desafios no campo da pedagogia.

A RELAÇÃO ENTRE A SENSAÇÃO DE STRESS E O BEM-ESTAR DOS ALUNOS NO CONTEXTO DE SELECIONADOS FACTORES CONDICIONANTES - ANÁLISE QUANTITATIVA

INTRODUÇÃO

De acordo com as premissas do projeto Improve the Youth, foram planeados pequenos estudos quantitativos próprios no decorrer da sua realização, realizados num grupo representativo dos adolescentes. Eles deveriam formar a base das análises que ampliariam o conhecimento sobre a saúde mental dos adolescentes. Ao planear o âmbito temático desse estudo, foram utilizados os resultados da análise comparativa dos adolescentes na Polónia e em Portugal e as sugestões dos adolescentes que participaram nas aulas de workshop. Foi procurado um tópico ou grupo de perguntas para o qual existe uma lacuna de pesquisa e, ao mesmo tempo, importante do ponto de vista dos próprios adolescentes. Também foi considerado o tópico ótimo, cuja realização é facilitada pelas ferramentas já disponíveis no protocolo do estudo atual de HBSC. Isso está de acordo com a hipótese de que, através da participação ativa dos adolescentes, podemos encaminhar as análises dos resultados do estudo de HBSC.

A percepção do stress pelos adolescentes foi escolhida como o tema principal. Na edição atual do estudo HBSC, um pacote opcional sobre essa pergunta foi introduzido no protocolo dos estudos, que é baseado no trabalho de Cohen iniciado há mais de 30 anos.

O stress na literatura é frequentemente definido a partir da perspectiva das ciências biológicas, como uma reação dos sistemas nervoso e endócrino às ameaças provenientes do ambiente externo. Nas ciências humanas e sociais, o conceito cognitivo-transacional do stress era muito popular, de acordo com Richard Lazarus e Susan Folkman (1984). Em referência ao seu trabalho, Nina Ogińska-Bulik e Zygfryd Juczyński (2010, p. 51) propõem uma definição do stress como uma “reação específica entre uma pessoa e o entorno, avaliada como uma carga que provoca o excesso dos seus recursos e ameaça o seu bem-estar”. Isso significa que o stress ocorre quando a situação excede as possibilidades de enfrentamento.

Pode-se supor que na idade da adolescência os adolescentes experimentam muitas situações stressantes. Os pesquisadores alemães tentaram classificar os stressores referidos pelos adolescentes, com base nos dados obtidos de 350 adolescentes (Eppelman e outros 2016). Utilizou-se o questionário PQ (Problem Questionnaire), que lista 64 situações que podem causar stress na vida quotidiana. No final, sete grupos principais de problemas foram distinguidos. Descobriu-se que a principal fonte de stress é: a percepção do futuro e da escola. Posteriormente, de acordo com a hierarquia de prioridades, foram citados: atividades no lazer, relações com os pares, autopercepção, relação com os pais e relações íntimas.

O objetivo deste estudo é analisar a incidência de stress grave na população dos adolescentes polacos entre 13 e 19 anos e determinados condicionantes e efeitos na saúde.

PESSOAS QUESTIONADAS

Os dados referem-se a 2004 alunos na faixa etária de 13 a 19 anos, que foram questionados na escola de dezembro de 2017 a fevereiro de 2018. Os questionários foram realizados em 114 turmas de 89 escolas de vários tipos localizadas em todas as 16 províncias. A amostra foi equilibrada em termos de género (1006 rapazes e 998 raparigas). A idade média dos questionados foi de 15,45 anos (SD = 1,69). Para os fins das análises posteriores, foram distinguidos três grupos etários, relacionados com o tipo de escola frequentada pelos adolescentes questionados. 744 alunos foram questionados em escolas primárias, e a idade média foi de 13,60 (SD = 0,40). 611 alunos foram questionados em ginásios, e a média da idade foi de 15,46 (SD = 0,44). Na Polónia, no quadro da reforma educacional implementada, os ginásios estão atualmente a ser liquidados e, naqueles que ainda existem, estudam apenas os anos dos alunos mais velhos. 649 alunos foram questionados em escolas secundárias gerais e técnicas, e a idade média foi de 17,56 anos (SD = 0,32).

Havia 60,3% de residentes urbanos e 39,7% de residentes rurais na amostra, o que indica uma taxa de urbanização semelhante à nacional. Os residentes das cidades com mais de 100.000 habitantes constituíram 20,4% dos questionados.

QUESTIONÁRIO E PROCEDIMENTO DO ESTUDO

Foi utilizado um questionário que continha principalmente as perguntas do protocolo do estudo de HBSC (Comportamento de Saúde em Crianças em Idade Escolar). De acordo com os pressupostos do pedido de bolsa Erasmus Plus, a integração da nova edição do estudo de HBSC com este projeto oferece uma oportunidade para avaliar o comportamento de saúde e saúde dos alunos adolescentes numa faixa etária mais ampla, incluindo adolescentes mais velhos no limiar da idade adulta (os estudos de HBSC abrangem os alunos de 11-15 anos). O questionário continha 18 perguntas referentes aos indicadores de saúde selecionados, comportamentos de risco e contexto social: família, escola e grupo de pares (anexo). O estudo foi realizado nas escolas utilizando o método de auditório. Os pais consentiram com a participação dos seus filhos no estudo.

Medição do stress

A principal variável dependente foi a escala de stress curta, segundo o conceito de Cohen (1983)², amplamente utilizado em pesquisas internacionais. Esta escala é conhecida na literatura como a Escala de Stress Percebido de Forma Curta (PSS-4). Foi criada como uma abreviação da versão que continha 14 declarações, funcionando desde 1988³. A maior parte dos estudos foi feita em adultos.

Os adolescentes respondem a quatro perguntas:

- *Com que frequência você sente que não conseguiu controlar as coisas importantes na sua vida?*
- *Quantas vezes você tem a certeza de que é capaz de lidar com problemas pessoais?*
- *Quantas vezes você sentiu que as coisas aconteciam conforme o previsto?*
- *Quantas vezes você sentiu que tantos problemas se acumularam que você não seria capaz de superá-los?*

Os autores dessa ferramenta previram cinco categorias de respostas: nunca; quase nunca; às vezes; com bastante frequência; muitas vezes. No PSS-4, as respostas das perguntas 1 e 4 (negativas) foram codificadas de 0 a 4 pontos, de acordo com a ordem original. As respostas às perguntas 2 e 3 (positivas) foram de 0 a 4 pontos, mas na ordem inversa. A escala somatória do PSS-4 assume um intervalo de 0 a 16 pontos, em que uma pontuação maior significa mais stress. As perguntas da escala acima foram compreensíveis e aceitas pelos adolescentes polacos, porque a amostra analisada obteve respostas para todas as quatro perguntas de 98,4% dos questionados (32 dados ausentes em pelo menos uma pergunta).

À luz do conhecimento disponível, não houve pontos de corte determinando níveis mais baixos e mais altos do stress com base nos resultados de PSS-4, confirmados em ensaios clínicos. No documento, foi convenicionado que cerca de 15 a 20% da população estava mais sobrecarregada pelo stress, o que significa uma pontuação de 10 a 16 pontos. Havia 347 adolescentes nesse grupo (17,6%). Parece que esse tipo de divisão tem justificativa para análises comparativas.

2 Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R : A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behaviour* 1983; 24(4): 385-396.

3 Cohen S, Williamson G: Perceived stress in a probability sample of the United States. In: Spacapan S, oskamp S (eds.): *The Social Psychology of Health*, Newbury Park, CA: SAGE, pp.31-68.

Na amostra do estudo, a escala de stress curta PSS-4 mostra boas propriedades psicométricas na população polaca. Tem uma estrutura unifatorial e o principal fator explica 54,02% da variabilidade das variáveis primárias. As cargas no componente principal são semelhantes e variam de 0,706 a 0,763. A escala também tem uma confiabilidade satisfatória no nível do índice de 0,713 de Cronbach. As propriedades psicométricas da escala são melhores em raparigas do que em rapazes e melhores nos adolescentes mais velhos do que nos mais jovens.

RESULTADOS

Distribuição da escala de stress na população polaca

Os alunos questionados conseguiram em média 6,40 pontos (SD = 3,22) na escala PSS-4. Sheryl Warttig e outros⁴, com base nos estudos ingleses, observaram que as médias populacionais são claramente mais altas do que as conhecidas no estudo anterior de Cohen dos EUA. Nos estudos ingleses, obteve-se uma média de PSS-4 igual ao grupo dos adolescentes menores de 18 anos 6,66 (SD = 3,23), e para o grupo de 18-29 anos a média PSS-4 igual a 6,05 (SD = 3,16). Isso indica alta conformidade com os dados polacos apresentados. As comparações internacionais mais abrangentes e sugestões relativamente aos valores normativos para os adolescentes estarão disponíveis após a conclusão da próxima série do estudo HBSC, onde a escala PSS-4, como um pacote opcional, provavelmente será usada em muitos países.

A Tabela 9 mostra a distribuição do PSS-4 na amostra polaca segundo género, idade e lugar de residência, bem como a situação financeira da família. A afluência da família foi medida usando a escala FAS (Family Affluence Scale) conhecida do estudo HBSC, que varia de 0 a 13 pontos e que foi descrita anteriormente no capítulo que compara a avaliação subjetiva da saúde dos adolescentes na Polónia e em Portugal. A escala FAS foi aqui dividida segundo a pontuação bruta em quatro intervalos, de acordo com os pontos de corte: 4/5, 6/7 e 9/10 pontos. O nível médio de afluência das famílias dos adolescentes polacos está atualmente no nível de 7,70 pontos (SD = 2,23), o que indica uma melhora da afluência da sociedade em comparação com os dados de HBSC de 2014. Os grupos que pertenciam às quatro categorias de afluência incluíam respectivamente: 6%, 22,0%; 49,8% e 20,6% dos questionados. Um fenómeno positivo é a redução tão significativa na percentagem das famílias mais pobres comparadas com os dados de 2014, quando a primeira categoria incluía 17,1% dos questionados.

A distribuição dos valores de PSS-4 nos subgrupos de adolescentes foi comparada estatisticamente apenas relativamente aos dados categorizados (tab. 9).

⁴ Warttig SL, Forshaw MJ, South J, White AK: New, normative, English-sample data for the Short Form Perceived Stress Scale (PSS-4). *Journal of Health Psychology* 2913; 18(2): 1617-1628.

TABELA 9. Distribuição dos valores PSS-4 na população polaca (N=1972).

	MÉDIA	SD	> 9 PONTOS (%)	P*
Total	6,50	3,22	17,6	
GÊNERO				
Rapazes	5,70	3,01	10,3	<0,001
Raparigas	7,31	3,23	24,9	
NÍVEL DE ESCOLARIDADE (IDADE)				
escola primária	6,21	3,04	13,2	<0,001
ginásio	6,49	3,23	17,8	
escola secundária	6,84	3,39	22,4	
LUGAR DE RESIDÊNCIA				
grandes cidades	6,59	3,32	20,6	=0,039
médias cidades	6,53	3,13	17,6	
Pequenas cidades	6,58	3,33	19,2	
áreas rurais	6,36	3,11	14,6	
AFLUÊNCIA DA FAMÍLIA				
muito pobre	7,38	3,37	26,9	=0,021
bastante pobre	6,61	3,24	18,4	
média	6,41	3,18	16,4	
rica	6,31	3,26	17,3	

* teste chi-ao quadrado

O nível de stress é claramente maior nas raparigas do que nos rapazes e aumenta com a idade. No entanto, a relação com a idade é perceptível apenas nas raparigas. Entre 13 e 19 anos, a percentagem dos rapazes que sofrem um stress mais intenso aumenta em cerca de 5,3% nos rapazes e em 12,5% nas raparigas.

A correlação entre o nível de urbanização no lugar de residência e a gravidade do stress é fraca. O stress mais forte é sentido pelos adolescentes que vivem nas grandes cidades, e o mais fraco – pelos habitantes das regiões menores (as pequenas cidades e áreas rurais não diferem).

Apesar de obter uma relação geralmente significativa, não houve uma relação linear clara

entre o stress medido na escala PSS-4 e o nível económico da família. Os piores resultados são alcançados apenas pelos adolescentes das famílias mais pobres. Não há diferença resultante do nível económico da família nos três grupos com pontuação acima de 4 pontos da escala FAS.

Percebe-se que o género modifica a relação entre o nível económico da família e a sensação de stress entre os adolescentes. Nas raparigas, o impacto negativo da educação numa família muito pobre é mais evidente, e, por outro lado, uma família muito rica não é um fator de proteção (em comparação com uma afluência média). Nos rapazes, a percentagem daqueles que experimentam aumento do stress diminui ligeira e sistematicamente nos grupos subsequentes de afluência - FIGURA 6.

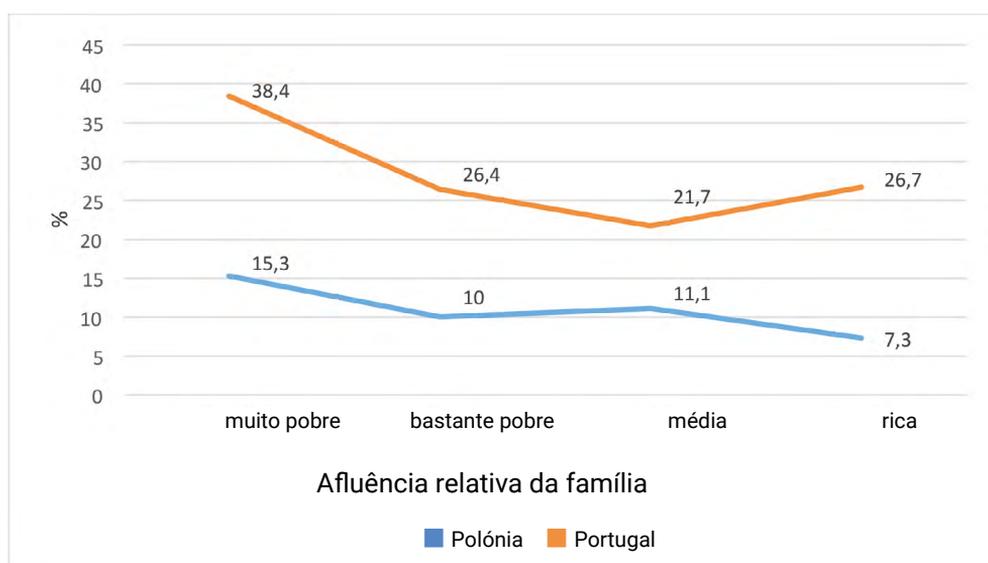


FIGURA 6. A percentagem de rapazes e raparigas que alcançaram mais de 9 pontos na escala PSS-4 de acordo com o nível económico da família.

Stress e a adaptação à escola

Os alunos questionados obtiveram resultados mais altos ou menos favoráveis na escala PSS-4, se se sentiram mais sobrecarregados com os deveres escolares. No estudo da HBSC, a pergunta sobre o carga escolar, em si mesma, é tratada há muitos anos como um indicador de stress, mas de stress escolar. O stress moderado na escola pode ter um significado positivo de desenvolvimento, mobilizando para a aprendizagem. No entanto, de acordo com os estudos nacionais anteriores, o stress escolar é o principal preditor duma pior avaliação da

saúde dos adolescentes nas análises multifatoriais. (Mazur, 2011).

Na amostra atual, com uma carga escolar muito baixa, o índice PSS-4 médio foi de 4,88 (SD = 3,15), subindo para 8,44 (SD = 3,32) com uma carga escolar muito pesada. Os valores muito mais altos na escala PSS-4 foram obtidos pelos alunos que percebiam os seus êxitos escolares em grau inferior. Com notas muito boas, o índice PSS-4 médio foi de 5,60 (SD = 3,04), subindo para 7,83 (SD = 3,44), com êxitos escolares claramente abaixo da média. Além disso, a interação entre o êxito escolar e a carga escolar resultou importante no seu impacto combinado sobre o nível de PSS-4. A percentagem dos adolescentes que alcançaram a pontuação PSS-4 acima de 9 pontos do PSS-4 variou de 4,4% (aluno muito bom, não sente o peso das tarefas escolares até 58,8%, estudante muito mau, carga escolar significativa). A diferença entre os alunos muito bons e maus no nível de stress geral é de 6 pontos percentuais no grupo não sobrecarregado com deveres escolares e 37% no grupo muito sobrecarregado. - Figura 7.

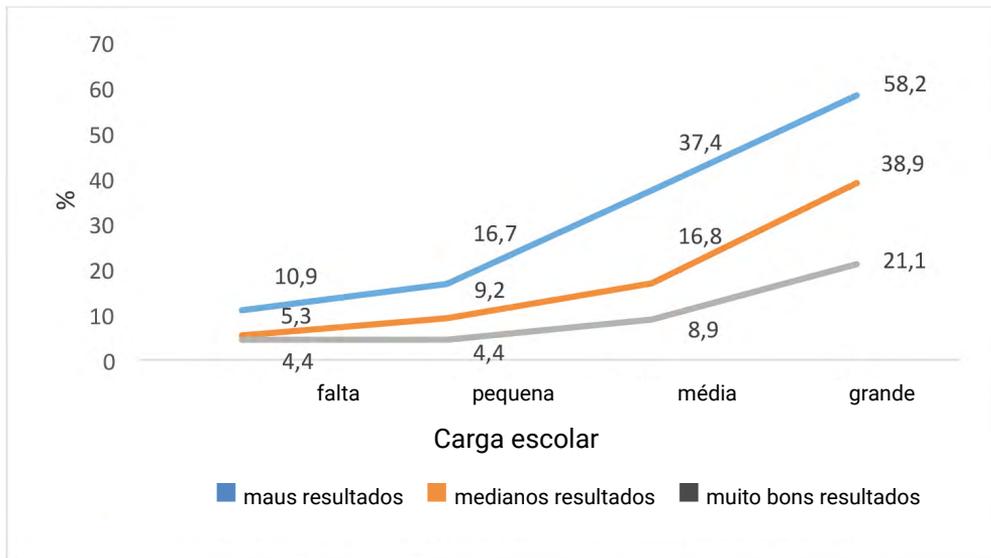


FIGURA 7. Percentagem dos alunos que atingem mais de 9 pontos na escala PSS-4 de acordo com o êxito escolar e carga escolar.

Stress nas relações com os familiares e pares

Foi demonstrado que o apoio social por parte das pessoas importantes no entorno pode proteger do aumento do stress geral. O nível de apoio da família e dos colegas foi examinado com duas escalas que consistem em quatro afirmações, pontuadas de 0 a 24 pontos

(os dois últimos blocos do questionário em anexo). Em ambos os casos, cerca de 25% dos questionados foram cortados como categorias extremas.

Em primeiro lugar, verificou-se que uma família forte e apoiadora protege os adolescentes do stress escolar excessivo - Tabela 10. Comparando as categorias extremas de famílias, foi mostrado que a percentagem dos estudantes com resultados muito desfavoráveis de PSS-4 difere em 24,5 pontos percentuais.

TABELA 10. O valor de PSS-4, em função do nível de suporte da família e dos colegas.

Nível de apoio	ŚREDNIA	SD	> 9 PKT (%)	P*
APOIO DA FAMÍLIA				
baixo	8,10	3,33	33,4	<0,001
médio	6,35	2,90	14,3	
alto	5,27	3,08	8,9	
APOIO DOS PARES				
baixo	7,53	3,34	25,8	<0,001
médio	6,35	3,04	15,0	
alto	5,88	3,19	14,5	

* treset chi-ao quadrado

O efeito protetor do apoio dos colegas é menos marcado, mas também importante. A melhoria da média para o alto nível de apoio já não está relacionada com uma redução do stress geral, e as categorias extremas diferem em 10 pontos percentuais – Tab. 10.

Existe uma fraca interação entre o apoio prestado pelas pessoas importantes e a idade, como preditores do stress geral. Nos adolescentes do ensino médio, a importância do apoio diminui em comparação com os mais jovens. Isso é manifestado por uma redução significativamente menor nos adolescentes mais velhos, quando se muda do nível de apoio médio para o nível alto – Figura 8.

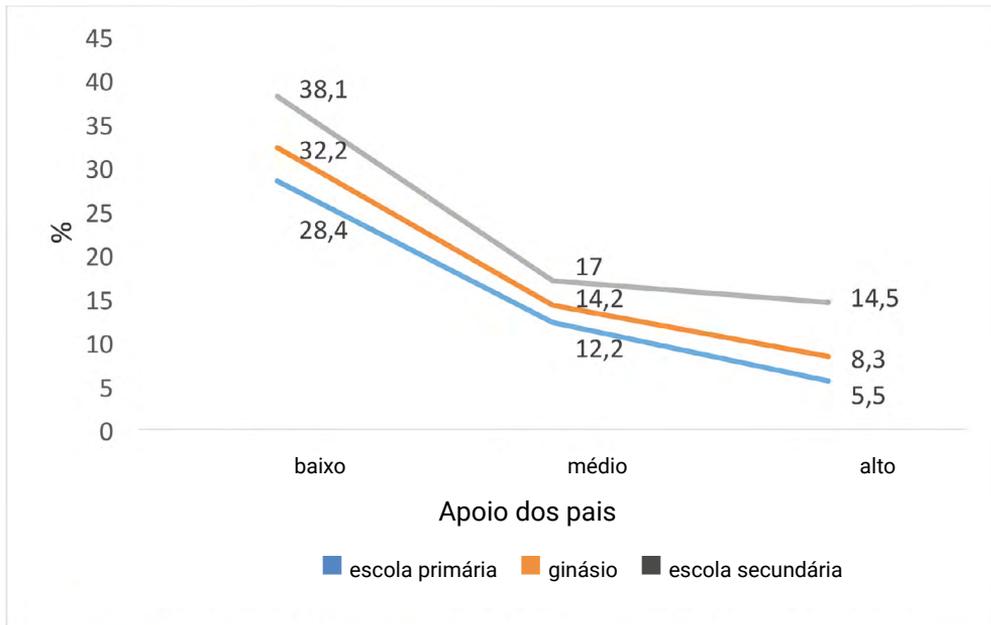


FIGURA 8. Percentagem dos alunos que alcançaram mais de 9 pontos na escala PSS-4 de acordo com o nível de ensino e apoio dos pais.

Stress e avaliação subjetiva da saúde e satisfação com a vida

A relação entre o stress percebido e a avaliação subjetiva da saúde pode ser considerada de uma perspectiva diferente. A suposição mais comum é que o aumento do stress pode ser a causa (e não o efeito) da deterioração da saúde. O stress e vários tipos de doenças podem, no entanto, ter causas comuns. O que se segue é uma análise da relação entre o stress e a saúde, de acordo com a mesma convenção que aparece nas partes anteriores deste estudo. Os índices de stress (média e percentagem das pontuações aumentadas), são comparados em grupos dos adolescentes com diferentes estados de saúde. A percentagem dos adolescentes que atingem os valores relativamente altos na escala PSS-4 chega a 50% no grupo que refere moléstias psicossomáticas recorrentes. Por outro lado, os adolescentes que avaliam bem a sua saúde, estão muito felizes com a vida e não sofrem de doenças recorrentes, constituindo um grupo sem carga de stress. A média do índice PSS-4 é a mais baixa neste grupo, e a percentagem das pessoas que obtiveram mais de 9 pontos é de 6-8%.

TABELA 11. O valor de PSS-4, em função da avaliação subjetiva da saúde..

Indicadores de saúde	ŚREDNIA	SD	> 9 PKT (%)	P*
AUTOAVALIAÇÃO DA SAÚDE				
excelente	4,90	3,06	8,1	<0,001
boa	6,24	2,92	12,8	
razoável	8,43	3,18	37,7	
fraca	9,27	3,54	50,6	
MOLÉSTIAS SUBJETIVAS RECORRENTES **				
ausentes	5,53	2,77	8,2	<0,001
1 sintoma	6,74	2,92	16,7	
2 sintomas	8,02	3,26	32,2	
3 ou mais	9,37	3,22	49,8	
SATISFAÇÃO COM A VIDA				
pouca	9,25	3,04	44,7	<0,001
média	6,34	2,72	12,8	
alta	4,59	2,88	6,1	

* teste chi-ao quadrado; ** moléstias quase todos os dias

TABELA 12. A percentagem dos adolescentes com idade entre 13 e 19 anos que experimentaram mais de uma vez por semana ou todos os dias as moléstias indicadas, em função do nível de stress de acordo com PSS-4.

Sintoma	TOTAL	TOTAL		RAPAZES		RAPARIGAS	
		BAIXO STRESS	ALTO STRESS	BAIXO STRESS	ALTO STRESS	BAIXO STRESS	ALTO STRESS
Dor de cabeça	17.1	13.5	33.9	7.9	22.7	30.0	38.4
Dor de estômago	11.1	8.7	22.3	5.2	22.1	12.8	22.4
Dor de costas	13.9	11.7	24.0	8.8	21.5	15.0	25.0
Fadiga	61.2	55.6	88.6	48.3	84.7	64.0	90.1
Depressão	27.8	18.9	69.4	15.1	69.7	23.2	69.3
Irritação ou mau humor	34.4	26.4	71.6	23.1	70.7	30.3	72.0
Nervosismo	42.9	35.9	75.8	33.5	77.8	38.8	75.0
Dificuldade em adormecer	27.7	23.8	46.2	22.2	43.9	25.6	47.2
Tontura	12.3	8.9	27.7	5.5	25.5	12.9	28.6

Uma dependência inversa (o impacto potencial do stress sobre a saúde) pode ser observada com base no exemplo da frequência das doenças recorrentes. A Tabela 12 apresenta a percentagem dos adolescentes que sofrem os sintomas quase diariamente, em função do nível de stress e de acordo com a escala PSS-4, separadamente para os rapazes e as raparigas.

Oito sintomas formam a escala de SCL (lista de controlo de sintomas) conhecida do estudo de HBSC, e a fadiga foi adicionada à lista, como uma condição frequentemente sinalizada pelos alunos.

Todas estas doenças são mais comuns entre as raparigas do que entre os rapazes. Se, no entanto, tivermos em conta o nível de stress, as diferenças dependentes do género persistem apenas no grupo dos adolescentes que alcançam valores baixos na escala PSS-4. Nos altos níveis de stress (> 9 pontos), os rapazes e as raparigas tendem a sofrer as molestias com frequência semelhante.

Stress e comportamentos de risco

Também deve-se frisar que o aumento do stress pode conduzir aos comportamentos de risco por parte dos adolescentes. Apenas um indicador relacionado com o abuso de álcool é analisado abaixo.

A Tabela 13 apresenta a frequência do consumo excessivo de álcool, dependendo do nível de stress, separadamente para ambos os sexos. Geralmente, no último mês antes da realização do questionário, 18,6% dos rapazes e 15,7% das raparigas ficaram bêbados pelo menos uma vez. A frequência de consumo excessivo de álcool é maior nos adolescentes que têm um alto nível de stress, e a força da relação é maior nas raparigas. No grupo que alcança altos valores de PSS-4, a percentagem de abstêmios é claramente menor.

TABELA 13. Os episódios de embriaguez (%) nos últimos 30 dias, em função dos níveis de stress..

Os episódios de embriaguez	TOTAL		RAPAZES		RAPARIGAS	
	BAIXO STRESS	ALTO STRESS	BAIXO STRESS	ALTO STRESS	BAIXO STRESS	ALTO STRESS
Nunca	84,1	77,8	81,9	Nunca	84,1	77,8
1 vez	10,0	15,5	10,4	1 vez	10,0	15,5
2-3 vezes	3,6	4,3	4,3	2-3 vezes	3,6	4,3
4 ou mais	2,3	2,4	3,4	4 ou mais	2,3	2,4
P	0,014		0,219		0,022	

A percentagem dos adolescentes que abusam do álcool aumenta acentuadamente com a idade. Nos três grupos etários consecutivos, 4,4%, 13,7% e 35,1% dos questionados ficaram embriagados pelo menos uma vez no último mês antes do estudo.

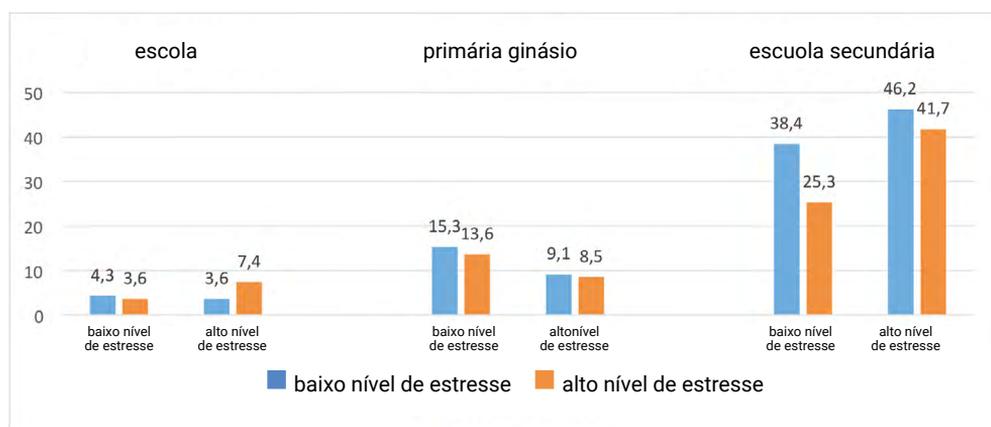


FIGURA 9. A percentagem dos adolescentes que se embriagaram pelo menos uma vez nos últimos 30 dias, segundo o género, nível de stress e tipo de escola.

A percentagem dos rapazes e das raparigas que abusam de álcool é semelhante na maioria dos grupos diferenciados por idade e níveis de stress. Uma diferença significativa relacionada com o género regista-se no grupo mais velho, mas apenas com níveis baixos de stress. Nas escolas secundárias gerais e técnicas, no grupo que atingiu mais de 9 pontos na escala PSS-4, embriagaram-se no último mês 46,2% dos rapazes e 41,7% das raparigas.

Também cabe frisar que os níveis de stress moderam a relação entre o abuso de álcool e género e idade. Uma diferença importante em detrimento das pessoas que experimentaram aumento do stress foi observada apenas nas raparigas mais velhas. No grupo do meio (fim do ginásio), mesmo as pessoas livres de stress (rapazes e raparigas) embriagam-se com mais frequência (embora as diferenças não sejam significativas). Um fator importante que pode influenciar esta dependência é a atitude perante os deveres escolares, o que exige uma pesquisa aprofundada. No material recolhido na faixa etária intermediária (ginásio), não havia pessoas que tivessem bons resultados na aprendizagem e experimentassem um aumento de stress. Interessante, porém, é a relação entre a tendência de se embriagar, os êxitos escolares e o stress sentido na faixa etária mais avançada (escola secundária geral ou técnica). Nos alunos relativamente piores, o stress está associado com uma tendência crescente de se embriagar e, nos alunos melhores, uma tendência reduzida.

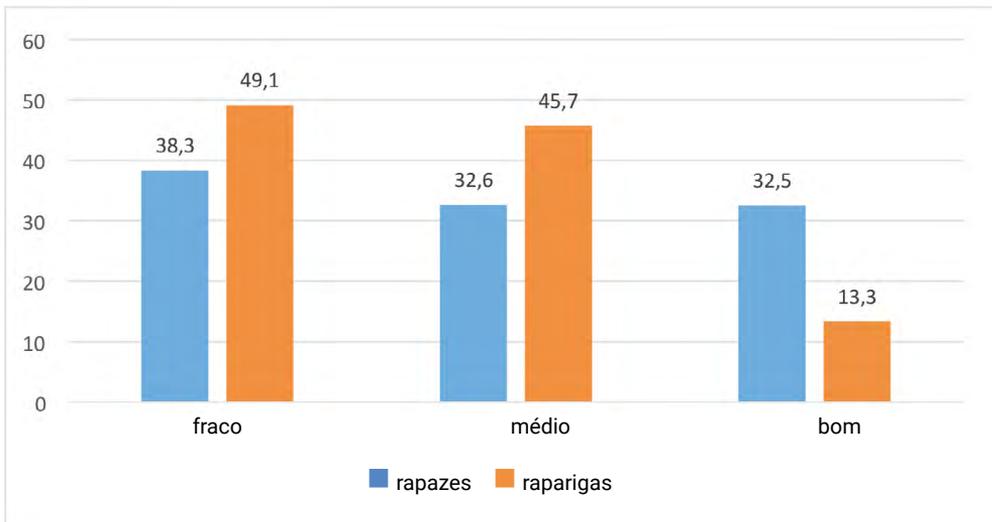


FIGURA 10. A percentagem dos alunos de ginásio que ficaram bêbados pelo menos uma vez nos últimos 30 dias segundo o nível de stress e êxito escolar.

RESUMO

À luz dos conhecimentos disponíveis, este é o primeiro estudo na Polónia que aborda a incidência, os condicionamentos e o impacto sobre a saúde do stress na população escolar polaca. Os dados referem-se ao grupo de mais de dois mil alunos questionados nos anos 2017/18 nas escolas de vários tipos localizadas em todas as províncias. Os resultados do estudo indicam que a exposição ao stress aumenta com a idade e é maior nas raparigas do que nos rapazes. Os fatores adicionais de risco são os seguintes: falta de êxito escolar, residência numa cidade grande e baixo nível económico da família. Um alto nível de apoio por parte da família e dos colegas contribui para a redução do stress. O nível de stress também mostra uma relação significativa com outros indicadores de saúde física e mental. Portanto, deve ser um importante indicador dos riscos à saúde mental dos adolescentes a ser analisado. A conscientização do impacto do stress sobre a saúde, bem como o conhecimento dos stressores mais comuns e dos métodos de enfrentamento frente às cargas que ameaçam a saúde mental, devem fazer parte da educação sanitária.

LISTA DE ABREVIATURAS E ACRÓNIMOS

HBSC Estudo de comportamentos de saúde em crianças em idade escolar (ing. Health Behaviour in School-aged Children)

UNICEF Fundo das Nações Unidas para a Infância (ing. United Nations Children’s Fund)

WHO Organização Mundial da Saúde (ing. World Health Organization)

WMA Associação Médica Mundial (ing. World Medical Association)

BIBLIOGRAFIA

Aanesen, F., Melan, E., & Torp, S. (2017). Gender differences in subjective health complaints in adolescence: The roles of self-esteem, stress from schoolwork and body dissatisfaction. *Scandinavian Journal of Public Health*, 45, 389-396. doi: 10.1177/1403494817690940

Aaroo, L. E. and Wold, B. (1993). Health behaviour in school aged children. A WHO cross-national survey. Research protocol for the 1985–86 study. University of Bergen, Norway, 1986.

Abubakar, A., Vijver, F., Alonso-Arbio, I., He, J., Adams, B., Aldhafri, S., Aydinli-Karakulak, A., Arasa, J., Boer, D., Celenk, O., Dimitrovos, R., Ferreira, M. C., Fischer, R., Mbebeb, F. E., Frías, M. T., Fresno, A., Gillath, O., Harb, C., Handani, P., Hapunda, G., Kamble, S., Kotic, M., Looh, J. L., Mazrui, L., Mendia, R. E., Murugami, M., Mason-Li, M., Pandia, W. S., Perdomo, C., Schachner, M., Sim, S., Spencer, R., Suryani, A., & Tair, E. (2016). Measurement invariance of the brief multidimensional student’s life satisfaction scale among adolescents and emerging adults across 23 cultural contexts. *Journal of psychoeducational assessment*, 34(1), 28-38. doi: 10.1177/0734282915611284

Bailis, D. S., Segall, A., & Chipperfield, J. G. (2003). Two views of self-rated general health status. *Social science & medicine*, 56, 203-217.

Benson, P.L., Scales, P.C., Hamilton, S.F., Sesma, A. (2006). Positive Youth development: Theory, research and application. In W. Damon, R.M., Lerner (Eds.), *Handbook of Child Psychology*, (6th ed., pp. 894-941). New York: Wiley.

Berman AH, Liu B, Ullman S, Jadbäck I, Engström K (2016) Children’s Quality of Life Based on the KIDSCREEN-27: Child Self-Report, Parent Ratings and Child-Parent Agreement in a Swedish Random Population Sample. *PLoS ONE* 11(3): e0150545. doi:10.1371/journal.pone.0150545

Boardman, J. D. (2006). Self-rated health among U.S. adolescents. *Journal of adolescent health*, 38(4), 401-408. doi: 10.1016/j.jadohealth.2005.01.006.

Bombak, A. E. (2013). Self-rated health and public health: a critical perspective. *Frontiers in public health*. doi: 10.3389/fpubh.2013.00015.

Branquinho, C., Matos, M.G., & Equipa Aventura Social/Dream Teens (2016). “Dream Teens”:

Uma geração autónoma e socialmente participativa. In A. Marques Pinto, & R. Raimundo (Coord.). *Avaliação e Promoção de Competências Socioemocionais em Portugal*, 17, (pp. 421-440). Coisas de Ler: Lisboa.

Branquinho, C., & Matos, M.G. (2018, in press). The Dream Teens project: from youth voice empowerment to junior research specialists. *Prospecting advanced research in health, education and social sciences. Proceedings Conference, Sibiu, Romania, February 2018*

Breidablik, H., Meland, E., & Lydersen, S. (2008). Self-rated health in adolescence: A multifactorial composite. *Scandinavian Journal of Public Health*, 36, 12-20.

Bronfenbrenner, U., & Morris, P.A. (2006). The bioecological model of human development. In: Lerner RM, Damon W, eds. *Handbook of Child Psychology, Volume 1: Theoretical Models of Human Development*, pp. 793-828. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.

Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Cantril, H. (1965). *The pattern of human concerns*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.

Cavallo, F., Dalmasso, P., Ottová-Jordan, V., i in. (2015). Trends in life satisfaction in European and North-American adolescents from 2002 to 2010 in over 30 countries. *The European Journal of Public Health*, 25, 80-2. doi: 10.1093/eurpub/ckv014

Cavallo, F., Zambon, A., Borraccino, A., Raven-Sieberer, U., Torsheim, T., & Lemma, P., 2006. Girls growing through adolescence have a higher risk of poor health. *Quality of life Research*, 15, 1577-1585.

Collier, J., MacKinlay, D., & Phillips, D. (2001). Norm values for the Generic Children's Quality of Life Measure (GCQ) from a large school-based sample. *Quality of life research*, 9, 617-623.

Corte-Real, N., Balaguer, I., Dias, C., Corredeira, R., & Fonseca, A. M. (2008). Perceived health and health related behaviours of Portuguese adolescents: an analysis by sex and age. *Revista brasileira em promoção de saúde*, 21(3), 209-218.

Cruz, D., Narciso, I., Pereira, C. R., & Sampaio, D. (2014). A short form Portuguese version of youth self-report. *Journal of child and family studies*, 23, 1114-1127. doi: 10.1007/s10826-013-9770-x.

Currie C, Hurrelmann K, Settertobulte W, Smith R & Todd J (eds.) (2000) *Health and health behaviour among young people (Health Policy for Children and Adolescents, No.1)*. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.

Currie, C., Samdal, O., Boyce, W. and Smith, R. (2001). *HBSC, a WHO cross national study: research protocol for the 2001/2002 survey*. Copenhagen: WHO.

Currie, C. et al (eds.) (2004) *Young People's Health in Context: international report from the HBSC 2001/02 survey, (Health Policy for Children and Adolescents, No.4)*. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.

Currie C, Nic Gabhainn S, Godeau E, Roberts C, Smith R, Currie D, Pickett W, Richter M, Morgan A & Barnekow V (eds.) (2008) *Inequalities in young people's health: HBSC international report from the 2005/06 Survey. Health Policy for Children and Adolescents, No. 5*, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark.

Currie, C., Zanotti, C., Morgan, A., Currie, D, De Looze, M., Roberts, C., ... Barnekow, V. (2012a). *Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Study: International Report from the 2009/2010 Survey*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Currie, C. i in eds. (2012b). *Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012 (Health Policy for Children and Adolescents, No. 6).

Currie, C., Inchley, J., Molcho, M., Lenzi, M., Veselzka, Z., & Wild, F. (2014). *Health Behaviour in School-aged Children (HBSC). Study protocol: background, methodology and mandatory items for the 2013/2014 survey*. St Andrews, UK: Child and Adolescent Health Research Unit.

Diener, E. (1994). Assessing Subjective Well-Being - Progress and Opportunities. *Social Indicators Research*, 31(2), 103-157.

Diener, E., Suh, E., Lucas, R.E., & Smith, H.L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125, 276-302.

Eppelmann L, Parzer P, Lenzen C, Bürger A, Haffner J, Resch F, Kaess M (2016). Stress, coping and emotional and behavioral problems among German high school students. *Mental Health & Prevention*; 4: 81–87.

Erhart, M., Ottova, V., Gaspar, T., Jericek, H., Schnohr, C., Alikasifoglu, M., Morgan, A., Ravens-Sieberer, U. and Matos. M.G. in the HBSC Positive Health Focus Group (2009). Measuring mental health and well-being of school-children in 15 European countries using the KIDSCREEN-10 Index. *International Journal of Public Health*, 54, 160-166. dx.doi.org/10.1007/s00038-009-5407-7

Fonseca, A. C., & Monteiro, C. M. (1999). Um inventário de problemas do comportamento para crianças e adolescentes: O youth self-report de Achenbach. *Psychologica*, 21, 79–96.

Frasquilho, F., Gaspar de Matos, M., Neville, F., Gaspar, T., & Caldasde Almeida, JM. (2016). Parental unemployment and youth life satisfaction: moderating roles of satisfaction with family life. *Journal of Child and Family Studies*, 25, 3214-3219. doi: 10.1007/s10826-016-0480-z

Frasquilho, D., Ozer, E.J., Ozer, E.M., Branquinho, C., Camacho, I., Reis, M., Tomé, G., Santos, T., Gomes, P., Cruz, J., Ramiro, L., Gaspar, T., Simões, C., Piatt, AA., Holsen, I., & Gaspar de Matos, M. (2016). Dream Teens: Adolescents-Led Participatory Project in Portugal in the Context of the Economic Recession. *Health Promotion Practice*, July 27, pii: 1524839916660679. [Epub ahead of print].

Gaspar, T., & Matos, M. (Ed.) (2008). *Versão portuguesa dos instrumentos KIDSCREEN-52: Instrumentos de Qualidade de Vida para Crianças e Adolescentes* [Portuguese Version of KIDSCREEN Instruments of Quality of Life in Children and Adolescents]. Lisbon, Portugal: Faculdade Motricidade Humana.

Gibson, F. (2007). Conducting focus groups with children and young people: Strategies for success. DOI: 10.1177/1744987107079791

Gilman, R., & Huebner, E. S. (2000). Review of life satisfaction measures for adolescents. *Behaviour change*, 17(3), 178-983.

Goldbeck, L., Schmitz, T. G., Besier, T., Herschbach, P., & Herich, G. (2007). Life satisfaction decreases during adolescence. *Quality life research*, 16, 969-979. doi: 10.1007/s11136-007-9205-5

Grant, Wardle, & Steptoe (2009). The relationship between life satisfaction and health behavior: a cross-cultural analysis of young adults. *International journal of behavioral medicine*, 16(3), 259-268. doi: 10.1007/s12529-009-9032-x

Griebler, R., Molcho, M., & Samdal, O. (2010). *Health Behaviour in School-Aged Children: World Health Organization Cross-National Study*. Research Protocol for the 2009/2010 Survey. Edinburgh: CAHRU.

Haranin, E. C., Huebner, E. S., & Suldo, S. M. (2007). Predictive and incremental validity of global and domain-based adolescents life satisfaction reports. *Journal of psychoeducational assessment*, 25(2), 127-138. doi: 10.1177/0734282906295620

Haranin, E. C., Huebner, E. S., & Sulso, S. M. (2007). Predictive and incremental validity of global and domain-based adolescent life satisfaction reports. *Journal of psychoeducational assessment*, 25(2), 127-138. doi: 10.1177/0734282906295620

Haugland, H., & Wold, B. (2001). Subjective health complaints in adolescence— Reliability and validity of survey methods. *Journal of adolescence*, 24, 611-624. doi:10.1006/jado.2000.0393

Haugland, S., Wold, B., Stevenson, J., Aaroe, L.E., & Woynarowska, B. (2001). Subjective health complaints in adolescence. A cross-national comparison of prevalence and dimensionality. *European Journal of Public Health*, 11, 4-10.

Hetland, J., Torsheim, T., Aarø, L.E. (2002). Subjective health complaints in adolescence: dimensional structure and variation across gender and age. *Scandinavian Journal of Public Health*, 30, 223-30.

Huebner, E. S. (1991b). Initial development of the Students' Life Satisfaction Scale. *School Psychology International*, 12, 231-240.

Huebner, E. S. (1994). Preliminary development and validation of a multidimensional life satisfaction scale for children. *Psychological Assessment*, 6, 149-158.

Huebner, E. S., Suldo, S., Valois, R. F., Drane, J. W., & Zulling, Z. (2004). Brief multidimensional students' life satisfaction scale: sex, race, and grade effects for – a high school sample. *Psychological reports*, 94, 351-356.

Idler, E., & Benyamini, Y. (1997). Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *Journal of Health and Social Behavior*, 38(1), 21-37.

Inchley J i in. eds. Growing up unequal: gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2013/2014 survey. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2016 (Health Policy for Children and Adolescents, No. 7).

Institute for Applied Research in Youth Development, Tufts University (2016). *PYD-SF Official Report - The Creation and Validation of Short and Very Short Measures of PYD*. Meldford, USA. Retrieved from: <http://ase.tufts.edu/iaryd/documents/4HpydResources/PYD-SFOfficialReport.pdf>

Kia-Keating, M., Dowdy, E., Morgan, M., & Noam, G. (2010). Protecting and Promoting: An Integrative Conceptual Model for Healthy Development of Adolescents. *Journal of Adolescent Health, 48*, 220-228. doi:10.1016/j.jadohealth.2010.08.006

King, A., Wold, B., Tudor-Smith, C. and Harel, Y. (1996). *The health of youth. A Cross-National Survey*. Canada: WHO Regional Publications. European Series No 69.

Laftman, S. B., & Modin, B. (2012). School-performance indicators and subjective health complaints: are there gender differences? *Sociology of health & illness, 34*(4), 608-625. doi: 10.1111/j.1467-9566.2011.01395.x

Lazarus RS, Folkman S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. Springer, New York.

Lent, R. W., Taveira, M. C., Sheu, H., & Singley, D. (2009). Social cognitive predictors of academic adjustment and life satisfaction in Portuguese college students: a longitudinal analysis. *Journal of vocational behavior, 74*, 190-198.

Lippman, L. H., Moore, K. A., & McIntosh, H. (2011). Positive indicators of child well-being: A conceptual framework, measures and methodological issues. *Applied Research Quarterly, 6*, 425-449.

Mackniht, C. G., Huebner, E. S., & Sulso, S. (2002). Relationships among stressful life events, temperament, problem behavior and global life satisfaction in adolescents. *Psychology in the schools, 36*(6), 677-687. doi: 10.1002/pits.10062

Manderbacka, K. (1998). Examining what self-rated health question is understood to mean by respondents. *Scand J Soc Med, 26*(2): 145-153. PMID: 9658515.

Martinsen, K. D., Neumer, S., Holen, S., Waaktaar, T., Sund, A. M., & Kendall, P. C. (2016). Self-reported quality of life and self-esteem in sad and anxious school children. *BMC Psychology, 4*(45). doi: 10.1186/s40359-016-0153-0.

Marques, S. C., Pais-Ribeiro, J.L., & Lopez, S. J. (2007). Validation of a Portuguese *Version of the Students' Life Satisfaction Scale*. *Applied research in quality of life, 2*, 83-94.

Matos, M.G., Simões, C., Camacho, I., Reis, M., & Equipa Aventura Social (2015). *Aventura Social & Saúde, Relatório do Estudo HBSC 2014 - A saúde dos adolescentes Portugueses em Tempos de Recessão, Dados Nacionais do Estudo HBSC 2014 - [Social Adventure & Health: Report of the study HBSC 2014 - Portuguese Adolescents's Health in Times of Recession - National data from the Study HBSC 2014]*. Centro Malária e Outras Doenças Tropicais/IHMT/UNL; FMH/UTL: Lisboa.

Matos, M.G., & Equipa Aventura Social (2000-2014). *Aventura Social & Saúde, A saúde dos adolescentes portugueses - Relatórios Nacionais do Estudo HBSC 2000, 2002, 2006, 2010, 2014 [Social Adventure & Health: Portuguese Adolescents's Health - Final report from HBSC 2000, 2002, 2006, 2010, 2014 Study]*. Lisboa: Centro Malária e Outras Doenças Tropicais/IHMT/UNL, FMH/UTL.

Matos, M.G., Gaspar, T., Simões, C., Borges, A., Camacho, I., Tomé, G., Ferreira, M., Reis, M., Santos, T., & Equipa Aventura Social (2012a). *Relatório do Estudo KIDSCREEN 2010 e 2006 - Qualidade de Vida e Saúde em Crianças e Adolescentes*. [Report of the study KIDSCREEN 2010 and 2006 - Quality of Life and Health in Children and Adolescents]. FMH/UTL: Lisboa.

Matos, M.G., Simões, C., Tomé, G., Camacho, I., Ferreira, M., Ramiro, L., Reis, M., Gaspar, T., Veloso, S., Loureiro, N., Borges, A., Diniz, J. and Equipa Aventura Social (2012b). *Aventura Social & Saúde, A Saúde dos adolescentes portugueses – Relatório Final do Estudo HBSC 2010* [Social Adventure & Health: Portuguese Adolescents's Health - Final report from HBSC 2010 Study]. Lisboa: Centro Malária e Outras Doenças Tropicais/IHMT/UNL; FMH/Universidade Técnica de Lisboa. Web site: www.aventurasocial.com

Matos, M.G., Branquinho, C., Cruz, J., Tomé, G., Camacho, I., Reis, M., Ramiro, L., Gaspar, T., Simões, C., Frasquilho, D., Santos, T., Gomes, P., & Equipa Aventura Social (2015). Dream Teens: Adolescentes autónomos, responsáveis e participantes. *Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente/ Journal of Child and Adolescent Psychology*, 6(2), 47-58.

Matos, M.G., Camacho, I., Reis, M., Costa, D., Galvão, D., & Adventure Social Team (2016). Worries, coping strategies and well-being in adolescence: highlights from HBSC study in Portugal. *Vulnerable Children and Youth Studies*, 1-7. <http://dx.doi.org/10.1080/17450128.2016.1220655>

Matos, M.G., & Simões, C. (2016). From Positive Youth Development to Youth's Engagement: the Dream Teens. *The International Journal of Emotional Education*, 8(1), 4-18.

Mazur J (eds.) (2011). Związek między osiągnięciami w szkole a dolegliwościami subiektywnymi młodzieży 15-letniej na tle szerszych uwarunkowań środowiskowych. [w:] Mazur J. (red.) Wyniki badań HBSC 2010.

Mazur, J. (eds.). (2014). Zdrowie i zachowania zdrowotne młodzieży szkolnej w Polsce na tle wybranych uwarunkowań socjodemograficznych. Wyniki badań HBSC 2014. Warszawa: Instytut Matki i Dziecka.

Meade, T., & Dowswell, E. (2015). Health-related quality of life in a sample of Australian adolescents: gender and age comparison. *Quality of life research*, 24, 2933-2938. doi: 10.1007/s11136-015-1033-4

Meade, T., & Dowswell, E. (2016). Adolescents' health-related quality of life (HRQoL) changes over time: a three year longitudinal study. *Health and quality of life outcomes*, 14. doi: 10.1186/s12955-016-0415-9

Michalos, A. (2004). Social indicators research and health-related quality of life research. *Social Indicators Research*, 65, 27-72.

Mitchie, S., Stralen, M. & West, R. (2011). The Behaviour Change Wheel: A new method for characterising and designing behaviour change interventions. *Implementation Sciences*, 6, 42. doi: 10.1186/1748-5908-6-42

Moore, K. A., Lippman, L., & Brown, B. (2004). Indicators of child well-being: The promise for Positive Youth Development. *Annals of the American Academy of Political and Social Science. Special Issue: Positive Development: Realizing the Potential of Youth*, 591, 125-145.

Morgan, A., Haglund, B.J. (2009). Social capital does matter for adolescent health: evidence from the English HBSC study. *Health Promotion International*, 24(4), 363-72.

Muldoon, J., Levin, K., van der Sluijs, W., & Currie, C. (2010). *Validating mental well-being items of the Scottish health behaviour in school-aged children (HBSC) survey*. Edinburgh: University of Edinburgh.

Neto, F. (2001). Satisfaction with life among adolescents from immigrant families in Portugal. *Journal of youth and adolescence*, 30(1), 53-67.

OECD (2013). *Guidelines on Measuring Subjective Well-being*. OECD Publishing.

OECD. Making mental health count: the social and economic costs of neglecting mental health care. Paris: OECD; 2014. Consulted in 4th February 2018: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264208445-en>

Ogińska-Bulik N, Juczyński Z (2010). Osobowość, stres a zdrowie. Difin DA, Warszawa (wydanie 2 uzupełnione).

O'Hare, W. P. (2012). Development of the child indicator movement in the United States. *Child Development Perspectives*, 6(1), 79–84.

Ottova, V., Valverde, P., Mazur, J., Gobina, I., Jericek, H., Gaspar, T., Matos, M. G., Valimaa, R., Dorsselaer, S., Ravens-Sieberer, U., & The HBSC Positive Health Focus Group (2012). Self-rated health, Life satisfaction, Multiple Health Complaints. In Currie, C. i in. (eds), *Social determinants of health and well-being among young people: Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010*, (pp.65-78). Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.

Pinillos-Franco, S. & García-Prieto, C. (2017). The gender gap in self-rated health and education in Spain. A multilevel analysis. PLoS ONE, 12(12): e0187823. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0187823>

Proctor, C. L., Linley, P. A., & Maltby, J. (2009). Youth life satisfaction: a review of literature. *Journal of happiness studies*, 10, 583-630. doi: 10.1007/s10902-008-9110-9

Quiceno, J. M., & Alpi, S. V. (2008). Calidad de vida relacionada con la salud infantil: una aproximación conceptual. *Psicología y Salud*, 18(1), 37-48.

Rajmil, L., Erhart, M., Herdman, M., Alonso, J., Ravens-Sieberer, & The European KIDS-CREEN group (2014). Socioeconomic inequalities in mental health and health-related quality of life (HRQOL) in children and adolescents from 11 European countries. 2014. *International Journal of Public Health*, 59, 95–105. doi: 10.1007/s00038-013-0479-9

Ravens-Sieberer, U., Erhart, M., Torsheim, T., Hetland, J., Freeman, J., Danielson, M., i in. (2008a). An international scoring system for self-reported health complaints in adolescents. *European Journal of Public Health*, 18(3), 294–299. doi: 10.1093/eurpub/ckn001.

Ravens-Sieberer, U., Torsheim, T., Hetland, J., Vollebergh, W., Cavallo, F., Jericek, H., Alikasifoglu, M., Välimaa, R., Ottova, V., Erhart, M., & Matos, M.G. in the HBSC Positive Health Focus Group (2009). Subjective health, symptom load and quality of life of children and adolescents in Europe. *International Journal of Public Health*, 54, 151-159. doi: 10.1007/s00038-009-5406-8

Ravens-Sieberer, U., Auquier, P., Czemy, L., Hagquist, C., Erhart, M., Bruil, J., et al (2010a). Reliability, construct and criterion validity of the KIDSCREEN-10 score: a short measure for children and adolescents' well-being and health-related quality of life. *Quality of Life Research*, 19, 1487–1500. doi: 10.1007/s11136-010-9706-5

Ravens-Sieberer, U., Erhart, M., Rajmil, L., Herdman, M., Auquier, P., Bruil, J., Power, M., Duer, W., Abel, T., Czemy, L., Mazur, J., Czimbalmos, A., Tountas, Y., Hagquist, C., Kilroe, J., &

The European KIDSCREEN Group (2010b) The KIDSCREEN-10 summary score enabled valid assessment of children and adolescents' overall health-related quality of life (HRQOL). *Quality of Life Research*, 19, 1487–1500. doi: 10.1007/s11136-010-9706-5.

Roberts C, Freeman J, Samdal O, Schnohr, C., Looze, S., Gabhainn, N., ... The HBSC Methods Development Group (2009). The Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: methodological developments and current tensions. *International Journal of Public Health*, 54(Suppl 2), 140-150. doi: 10.1007/s00038-009-5405-9.

Schoonenboom, J., Johnson, R.B. (2017). How to Construct a Mixed Methods Research Design *Kolner Z Soz Sozpsychol.* ; 69(Suppl 2): 107–131. doi: 10.1007/s11577-017-0454-1.

Simões, C., Matos, M. G., & Batista-Foguet, J. (2008). Health and happiness in adolescence: individual and social factors associated with the perceptions of health and happiness in portuguese adolescents. *Revista brasileira de terapias cognitivas*, 4(2), 19-37. doi: 10.5935/1808-5687.20080013

Small, S., & Memmo, M. (2004). Contemporary Models of Youth Development and Problem Prevention: Toward an Integration of Terms, Concepts, and Models. *Family Relations*, 53, 3-11. doi: 10.1111/j.1741-3729.2004.00002.x

Sulso, M. S., & Huebner, S. (2004). The role of life satisfaction in the relationship between authoritative parenting dimensions and adolescent problem behavior. *Social indicators research*, 66, 164-195.

Valois, R. F., Zullig, K. J., Huebner, E. S., & Drane, J. W. (2004). Life satisfaction and suicide among high school adolescents. *Social Indicators Research*, 66, 81–105.

WMA - World Medical Association (2008). *World medical association declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects*. Retrieved from <http://www.wma.net/en/20activities/10ethics/10helsinki/>

World Health Organization (2014a). *Health and human behavior*. McGraw-Hill Inc: USA. Disponível em: <http://www.mheducation.com/>

World Health Organization (2014b). *Health in all policies: Helsinki statement*. Framework for country action. WHO: Geneva, Switzerland

Zanin, L. (2017). Education and life satisfaction in relation to the probability of social trust: a conceptual framework and empirical analysis. *Social indicators research*, 132, 925-947. doi: 10.1007/s11205-016-1322-5

Zullig, K. J., Valois, R. F., Huebner, E. S., Oeltmann, J. E., & Drane, J. W (2001). Relationship between perceived life satisfaction and adolescents' substance abuse. *Journal of Adolescent Health*, 29, 279–288.

Zullig, K. J., Valois, R. F., Huebner, E. S., & Drane, J. W. (2005). Adolescent health-related quality of life and perceived satisfaction with life. *Quality of Life Research: An International Journal of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation*, 14, 1573–1584.

ANEXO

Anexo 1.

Questionário do protocolo HSBC utilizado no projeto Improve the Youth no estudo realizado com alunos de 13 a 19 anos

1. VOCÊ É UM RAPAZ OU UMA RAPARIGA?	
1	Rapaz
2	Rapariga

2. EM QUE MÊS NASCEU?											
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
janeiro	fevereiro	março	abril	maio	junho	julho	agosto	setembro	outubro	novembro	dezembro

3. EM QUEM ANO NASCEU?												
1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010

4. ONDE VIVE?	
1	numa cidade grande (mais de 100.000 habitantes)
2	numa cidade de tamanho médio (entre 50.000 e 100.000 habitantes)
3	numa cidade menor
4	numa aldeia

5. A SUA FAMÍLIA TEM UM CARRO DE SPASSAGEIRO OU UMA CARRINHA (P. EX., TIPO VAN)?

1	<input type="checkbox"/>	não
2	<input type="checkbox"/>	sim, um
3	<input type="checkbox"/>	sim, dois ou mais

6. VOCÊ TEM O SEU PRÓPRIO QUARTO PARA O SEU USO EXCLUSIVO?

1	<input type="checkbox"/>	não
2	<input type="checkbox"/>	sim

7. QUANTOS COMPUTADORES PERTENCEM À SUA FAMÍLIA (incluindo laptops e tablets, mas sem consolas de jogos ou smartphones)

1	<input type="checkbox"/>	não
2	<input type="checkbox"/>	um
3	<input type="checkbox"/>	dois
4	<input type="checkbox"/>	mais de dois

8. QUANTOS QUARTOS DE BANHO HÁ NA SUA CASA (com banheira e/ou duche)?

1	<input type="checkbox"/>	Nenhunm
2	<input type="checkbox"/>	um
3	<input type="checkbox"/>	dois
4	<input type="checkbox"/>	mais de dois

9. HÁ UMA MÁQUINA DE LAVAR LOIÇA NA SUA CASA?

1	<input type="checkbox"/>	não
2	<input type="checkbox"/>	sim

10. QUANTAS VEZES NOS ÚLTIMOS 12 MESES VIAJOU FORA DA POLÓNIA COM A SUA FAMÍLIA PARA PASSAR FÉRIAS?

1	<input type="checkbox"/>	não viajei
2	<input type="checkbox"/>	1 vez
3	<input type="checkbox"/>	2 vezes
4	<input type="checkbox"/>	mais de 2 vezes

11. VOCÊ ACHA QUE A SUA SAÚDE É:		
1	<input type="checkbox"/>	excelente
2	<input type="checkbox"/>	boa
3	<input type="checkbox"/>	muito boa
4	<input type="checkbox"/>	má

<p>12. A FIGURA AO LADO REPRESENTA UMA ESCADA.</p> <p>NO TOPO DA ESCADA VÊ-SE O NÚMERO 10, QUE SIGNIFICA A VIDA QUE PARECE MELHOR PARA SI.</p> <p>NA PARTE INFERIOR DA ESCADA ESTÁ O 0 QUE SIGNIFICA A VIDA, QUE PARECE SER A PIOR.</p> <p>PENSE NA SUA VIDA AGORA E NO LUGAR DA ESCADA EM QUE VOCÊ PODERIA ESTAR.</p> <p>MARQUE COM X UM QUADRO AO LADO DA CIFRA NESTE LUGAR.</p>	<input type="checkbox"/>	10	A melhor vida possível
	<input type="checkbox"/>	9	
	<input type="checkbox"/>	8	
	<input type="checkbox"/>	7	
	<input type="checkbox"/>	6	
	<input type="checkbox"/>	5	A pior vida possível
	<input type="checkbox"/>	4	
	<input type="checkbox"/>	3	
	<input type="checkbox"/>	2	
	<input type="checkbox"/>	1	
<input type="checkbox"/>	0		

13. QUANTAS VEZES, NOS ÚLTIMOS 6 MESES, VOCÊ SENTIU ...?					
	1	2	3	4	5
	quase cada dia	mais de uma vez por semana	quase todas as semanas	quase todos os meses	raramente ou nunca
Dor de cabeça	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dor de estômago	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dor de costas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fadiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depressão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Irritação ou mau humor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nervosismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dificuldade em adormecer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tonturas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. NO ÚLTIMO MÊS ...

Coloque X num quadro em cada linha.

	1	2	3	4	5
	nunca	quase nunca	às vezes	muitas vezes	muito frequentemente
Quantas vezes você sentiu que não era capaz de controlar as coisas importantes em sua vida					
Quantas vezes você teve a certeza de que era capaz de lidar com os problemas pessoais					
Quantas vezes você sentiu que as coisas corriam conforme o previsto					
Quantas vezes você sentiu que se acumularam tantos problemas que você não seria capaz de superá-los					

15. VOCÊ BEBEU ALGUMA VEZ TANTO ÁLCOOL QUE SE SENTIA REALMENTE BÊBADO?

Marque com X um quadro em cada linha. Se nada disso aconteceu, marque "nunca".

	1	2	3	4	5
	não, nunca	sim, 1 vez	sim, 2-3 vezes	sim, 4-10 vezes	sim, mais de 10 vezes
Nos últimos 30 dias					

16. A FIGURA AO LADO REPRESENTA UMA ESCADA.

O NÚMERO **10** NO TOPO DA ESCADA REFERE-SE CONVENCIONALMENTE AOS ALUNOS QUE ALCANÇAM OS MELHORES RESULTADOS DE APRENDIZAGEM NA SUA TURMA.

NA PARTE INFERIOR DA ESCADA, O **0** SIGNIFICA CONVENCIONALMENTE OS ALUNOS QUE RECEBEM AS PIORES NOTAS.

PENSE NA SUA TURMA DA ESCOLA. EM QUE LUGAR FICARIA VOCÊ?

MARQUE COM **X** UM SÓ QUADRO AO LADO DA CIFRA FICA NESSE LUGAR.

10	Melhores resultados na escola
9	
8	
7	
6	
5	
4	
3	
2	
1	
0	

17. LEIA ATENTAMENTE E MARQUE NA ESCALA DE 1 A 7 SE CONCORDA COM AS FRASES ABAIXO. Marque com X um quadro em cada linha.

	discordo totalmente	2	3	4	5	6	concordo totalmente
Os meus colegas realmente tentam ajudar-me							
Posso contar com os meus colegas quando algo der errado							
Tenho amigos e colegas com os quais posso compartilhar as minhas alegrias e preocupações							
Posso falar com os/as colegas sobre os meus problemas							

18. ESTAMOS INTERESSADOS NA SUA ATITUDE PERANTE AS SEGUINTE AFIRMAÇÕES. LEIA ATENTAMENTE CADA AFIRMAÇÃO E DEFINA NA ESCALA DE 1 D 7 AS SUAS OPINIÕES SOBRE CADA UMA DELAS. Marque com X um quadro em cada linha.

	discordo totalmente	2	3	4	5	6	concordo totalmente
A minha família esforça-se muito por ajudar-me							
A minha família proporciona-me ajuda e apoio emocional necessários							
Posso falar sobre os meus problemas com a minha família							
A minha família gosta de me ajudar a tomar as minhas próprias decisões							

Anexo 2.

Guião do Workshop

Assunto: Etapa 1 - preparação do estudo. Consultas com adolescentes sobre o questionário.

Participantes: Dois grupos de 12 adolescentes, com idades entre 13 e 16 anos.

OBJETIVOS	ASSUNTOS
<ol style="list-style-type: none"> 1. Obter opiniões sobre os problemas de saúde mental que os pesquisadores pretendem incluir no questionário de pesquisa. 2. Desenvolver uma nova/ausente área que não foi incluída nas propostas de pesquisa sobre a saúde mental. 3. Definir a hierarquia de importância dos problemas relacionados com a saúde mental para os adolescentes na perspectiva dos adolescentes. 4. Identificar, através das vozes dos adolescentes, as estratégias/ideias para ajudar na apresentação das soluções para as áreas de saúde mental que faltam. 	<p>Fichas de perguntas - pacotes (um conjunto de perguntas numa ficha separada - modelo adjunto (Anexo 1))</p> <p>Folhas de papel A4.</p> <p>Marcadores (14)</p> <p>Pequenas folhas</p> <p>Flipchart ou quadro</p> <p>Fita-cola dupla</p> <p>Duração - cerca de 1 hora 30 minutos</p>
DESCRIÇÃO DO WORKSHOP	
Introdução	
Dê as boas-vindas aos participantes e conte-lhes sobre os objetivos do workshop, a duração esperada, tarefas e métodos que serão usados para trabalhar durante o workshop.	
Peça aos participantes que digam algumas palavras sobre si mesmos. Comece com você mesmo.	
Aulas	
Trabalho individual sobre os pacotes de perguntas - 15 minutos	
Distribua pacotes entre todos os participantes. Informe-os que a tarefa de cada um consiste em preencher, de maneira anónima, as perguntas e reflexões sobre cada uma delas. Os pacotes serão recolhidos pelo instrutor no final do workshop. Peça aos alunos que não assinem os seus pacotes para garantir o anonimato.	
Peça aos participantes que comentem as perguntas duvidosas, difíceis de entender, as que preferem não responder, etc. No final do trabalho individual, pergunte se algum dos participantes gostaria de contar sobre as suas impressões depois de preencher o questionário, se deseja comentar alguma coisa ou se foi fácil responder às perguntas difíceis, ou se as perguntas foram incompreensíveis. Agradeça aos participantes pelas suas opiniões sobre as perguntas. Recorde que as suas respostas contribuirão para o desenvolvimento dos problemas de saúde mental que poderiam ser usados nos estudos pesquisas sobre a saúde mental no futuro.	
Trabalho em grupo - O que você quer dizer com o termo "saúde mental"? - 15 minutos	
Divida os participantes em três grupos pequenos.	
Peça-lhes que pensem e discutam em grupo o que o termo "saúde mental" significa para eles.	
Diga-lhes anotem as respostas do grupo. - 10 minutos	
Peça aos líderes do grupo que apresentem os resultados do grupo. Escreva as definições dadas no quadro/flipchart.	
Pergunte aos participantes se gostariam de complementar os comentários dos seus colegas e acrescentar mais posts no quadro.	
Com base nas definições dadas pelos participantes, tente definir junto com o grupo uma definição para todo o grupo. Complete a definição do grupo se não vir todos os componentes essenciais da saúde mental. Poderá fazer referências às definições científicas. Peça a um dos participantes que anote a versão acordada numa folha separada/flipchart.	

Áreas de saúde mental - 35 minutos

PARTE I – 15 minutos

Informe os participantes que cada questionário preenchido no início do workshop descreve uma área relacionada com a nossa instituição mental.

Peça-lhes que tentem determinar as áreas/os fatores que descrevem o próximo bloco de perguntas. Anote as respostas dos participantes em folhas separadas.

Em conclusão, informe os participantes de que os pacotes de perguntas descrevem as seguintes áreas relacionadas com a saúde mental. Alguns fatores afetam a sua saúde, e outros são os resultados da nossa saúde mental. Tente também usar as descrições fornecidas por participantes:

Exemplos de descrições:

1. Satisfação com a vida
2. Problemas de saúde - Com que frequência nos queixamos da saúde?
3. Qualidade de vida (Kidscreen-10)

Peça a um dos participantes que escreva cada uma dessas áreas numa folha A4 separada e pendure as folhas na sala de aula (por exemplo, no quadro, na parede).

PARTE II. Trabalho em grupo - Desenvolvimento duma “nova” área de saúde mental (em falta) - 20 minutos

Divida o grupo em 3 equipas menores. Prepare folhas vazias e marcadores para cada grupo.

Referindo-se à definição de saúde mental, informe os participantes de que o conceito de saúde mental é muito complexo, existem muitos fatores que vêm de nós (pensamentos, sentimentos, emoções, atuação nas situações stressantes, etc.) e do nosso entorno, que podem afetar a nossa saúde mental, a maneira de funcionarmos e vivermos, a qualidade e a força dos nossos sentimentos. Diga que algumas dessas áreas já foram mencionadas por eles na tarefa anterior. Recorde as áreas que foram anotadas nas fichas e apresentadas na sala de aula.

Peça aos participantes que tentem colocar nas fichas em branco tantas áreas de saúde mental quantas forem possíveis – no mínimo uma proposta (cada área numa folha separada). Peça-lhes que não consultem outros membros do grupo. A seguir, peça aos participantes que compartilhem as suas observações com o grupo. Peça aos grupos que discutam sobre as áreas adicionais da saúde mental, especifique as respostas do grupo e escreva as respostas em folhas separadas.

Peça aos líderes dos grupos que leiam os resultados do grupo. Escreva as respostas do grupo no quadro/flipchart.

Elimine as respostas repetidas. Convide um participante a escrever nas folhas A4 separadas as “novas” áreas de saúde mental que resultam do trabalho de todo o grupo.

Peça que pendure as folhas na sala de aula.

Definição da hierarquia de importância para as áreas de saúde mental - 25 minutos

Peça aos participantes que revisem a lista de áreas de saúde mental (fichas suspensas na sala de aula) e considerem a importância das áreas para eles. Peça-lhes que avaliem a importância das seguintes áreas com a pontuação de 1 (menos importante) a 3 (muito importante). Peça aos participantes que registem os pontos dados nas fichas penduradas na sala de aula.

Quando todos os participantes inserirem os seus resultados, peça a um (ou mais) participantes que contem os pontos.

Peça aos participantes que espalhem as fichas no chão, na sequência da mais importante até à menos importante. Peça ao grupo que leia as áreas de acordo com a hierarquia.

Pergunte aos participantes se concordam com a decisão tomada pelo grupo.

Definir, através das vozes dos adolescentes, estratégias/ideias de ajuda no sentido de propor soluções para as áreas faltantes de saúde mental - 25 minutos.

Para poder trabalhar com os adolescentes, use a análise SWOT (Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats).

Resumo

Agradeça aos participantes pelo seu trabalho.

Pergunte aos participantes o que aprenderam no workshop. Compartilhe também os seus sentimentos e opiniões.

Ficha de perguntas

PERGUNTA 1*

Questionário sobre a percepção subjetiva da saúde baseado no questionário HBSC, que os estudantes avaliaram durante o workshop.

QUANTAS VEZES, NOS ÚLTIMOS 6 MESES, VOCÊ SENTIU ...?

Marque X com um quadro em cada linha.

	quase todos os dias	mais que uma vez por semana	quase todas as semanas	quase todos os meses	raramente ou nunca
Dor de cabeça					
Dor de estômago					
Dor de costas					
Fadiga					
Depressão					
Irritação ou mau humor					
Nervosismo					
Dificuldade em adormecer					
Tonturas					

* A pergunta refere-se à sensação de desconforto e provém de HBSC 2017/2018 Study Protocol.

O SEU COMENTÁRIO:

PERGUNTA 2*

<p>A FIGURA AO LADO REPRESENTA UMA ESCADA.</p> <p>NO TOPO DA ESCADA VÊ-SE O NÚMERO 10, QUE SIGNIFICA A VIDA QUE PARECE MELHOR PARA SI.</p> <p>NA PARTE INFERIOR DA ESCADA ESTÁ O 0 QUE SIGNIFICA A VIDA, QUE PARECE SER A PIOR.</p> <p>PENSE NA SUA VIDA AGORA E NO LUGAR DA ESCADA EM QUE VOCÊ PODERIA ESTAR.</p> <p>MARQUE COM X UM QUADRO AO LADO DA CIFRA NESTE LUGAR.</p>	10	A melhor vida possível
	9	
	8	
	7	
	6	
	5	
	4	
	3	
	2	A pior vida possível
	1	
	0	

* A pergunta visa a satisfação com a vida (a chamada Escada de Cantril) e provém de HBSC 2017/2018 Study Protocol.

O SEU COMENTÁRIO:

PERGUNTA 3*

AS SEGUINTES DECLARAÇÕES SOBRE A SUA DISPOSIÇÃO NA ÚLTIMA SEMANA.
Marque com X um quadro em cada linha.

	nunca	raramen- te	muitas vezes	muito frequente -mente	sempre
Você esteve cheio de energia?					
Você sentiu tristeza?					
Você se sentiu solitário?					
Você teve tempo suficiente para si mesmo?					
Você podia fazer o que você queria no seu tempo livre?					
Os seus pais trataram-no de forma justa (igualmente com os outros)?					
Você brincou com os seus amigos ou colegas?					
Na escola, você era capaz de olhar e ouvir atentamente					
Pensando sobre a última semana ...	absolu- tamente não	um pouco	mais ou menos	muito	imensa- mente
Você se sentiu bem e esteve bem fisicamente?					
Você esteve bem na escola?					

* A pergunta diz respeito à qualidade de vida (KIDSCREEN-10) e provém de HBSC 2013/2014 Study Protocol.

O SEU COMENTÁRIO:

