

Promoção do bem-estar em adolescentes: contributos do projeto +Contigo

Rosa Maria Pereira Simões^a José Carlos Santos^b Jorge Façanha^c
Maria Erse^c Cândida Loureiro^d Lúcia Amélia Marques^e Helena Quaresma^f
Ermelinda Matos^e

^aCiências de Enfermagem, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal; ^bSaúde Mental, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra, Portugal; ^cEnfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal; ^dCiências de Enfermagem, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra, Portugal; ^eEnfermagem de Saúde Comunitária, Administração Regional de Saúde do Centro, IP, Coimbra, Portugal; ^fSaúde Mental e Psiquiatria, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra, Portugal

Palavras chave

Bem-estar · Adolescentes · Suicídio · Comportamentos autolesivos · Prevenção suicídio · Meio escolar

Resumo

Objetivos: O projeto +Contigo insere-se no âmbito da promoção da saúde mental e bem-estar e da prevenção de comportamentos autolesivos e enquanto projeto de investigação longitudinal é baseado numa intervenção multinível em rede. Tem como um dos objetivos gerais promover o bem-estar em adolescentes do 3º ciclo e do ensino secundário. **Métodos:** Estudo de natureza quasi-experimental, com grupo de controlo, avaliado no início, no final e seis meses após intervenção ao longo do ano letivo. A intervenção dirigida aos adolescentes é composta por 7 sessões em sala de aula, abordando o estigma, a adolescência, o autoconceito, a resolução de problemas, a depressão e o bem-estar. O instrumento de recolha de dados, aplicado sob a forma de questionário é constituído por vários instrumentos de medida entre os quais o índice de bem-estar (OMS, 1998). Foi auto-administrado a 2.105 adolescentes, de escolas da região centro de Portugal com adesão ao projeto +Contigo, durante

os anos letivos de 2011/2012 e 2012/2013. **Resultados:** A amostra é constituída por 2.105 adolescentes, maioritariamente do género masculino, com idade entre os 13 e os 14 anos, pertencentes maioritariamente a turmas do 8º ano. O índice de bem-estar demonstra um aumento ao longo das três fases, no grupo alvo de intervenção, com diferença estatisticamente significativa para o grupo de controlo. Os adolescentes do género masculino apresentam melhores índices de bem-estar, existindo no decorrer do projeto aumento deste índice para ambos os géneros, com diferenças estatisticamente significativas no género masculino. Os adolescentes do 7º, 8º e 9º ano evoluíram favoravelmente no índice de bem-estar em todas as fases de avaliação. **Conclusão:** A intervenção produz resultados positivos a curto e a médio prazo para o índice de bem-estar, com resultados estatisticamente significativos para o grupo de intervenção comparativamente ao grupo de controlo. Estas repercussões ao nível do bem-estar dos adolescentes reforçam a estratégia preventiva de comportamentos suicidários adotada, já que, sendo o bem-estar um indicador de saúde mental acredita-se que poderá ajudar a prevenir os comportamentos autolesivos nos adolescentes.

© 2018 The Author(s). Published by S. Karger AG, Basel on behalf of NOVA National School of Public Health

KARGER

E-Mail karger@karger.com
www.karger.com/pjp

 Karger
Open access

© 2018 The Author(s). Published by S. Karger AG, Basel on behalf of NOVA National School of Public Health

This article is licensed under the Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International License (CC BY-NC-ND) (<http://www.karger.com/Services/OpenAccessLicense>). Usage and distribution for commercial purposes as well as any distribution of modified material requires written permission.

Dr. Rosa Maria Pereira Simões, MSc
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra
Praceta Prof. Mota Pinto
PT-3000-075 Coimbra (Portugal)
E-Mail rosasimoes18@gmail.com

Promoting Well-Being in Adolescents: The +Contigo Project

Keywords

Well-being · Adolescents · Suicide · Self-harm behaviors · Suicide prevention · School setting

Abstract

Objectives: The +Contigo project aims to promote mental health and well-being and prevent self-harm behaviors. As a longitudinal research project, it is based on a multilevel network intervention. One of its major objectives is to promote well-being among 7th- to 12th-graders. **Methods:** This is a quasi-experimental study, with a control group assessed at the beginning and end of the intervention as well as at a 6-month follow-up during the academic year. The intervention directed at adolescents consists of 7 sessions in the classroom, addressing stigma, adolescence, self-concept, problem solving, depression, and well-being. The data collection tool (a questionnaire) is composed of several measurement instruments such as the WHO-Five Well-Being Index (WHO, 1998). The questionnaire was applied to 2,105 adolescents from schools in the central region of Portugal involved in the +Contigo project during the academic years of 2011/2012 and 2012/2013. **Results:** The sample comprised 2,105 adolescents. Most students were male, 8th-graders, and aged between 13 and 14 years. Throughout the 3 stages, the well-being index increased more in the intervention group than in the control group, with a statistically significant difference. Male adolescents had higher well-being scores. Throughout this project, well-being increased for both genders, with statistically significant differences in the male gender. Students in the 7th, 8th, and 9th grades improved their well-being in all assessment stages. **Conclusion:** The intervention led to short- and long-term positive results in the well-being index, with statistically significant results for the intervention group when compared to the control group. This impact on the adolescents' well-being reinforces the strategy adopted to prevent suicidal behaviors, since it is believed that well-being, as a mental health indicator, can help prevent adolescents' self-harm behaviors.

© 2018 The Author(s). Published by S. Karger AG, Basel on behalf of NOVA National School of Public Health

Introdução

A saúde mental é uma indivisível parte da saúde geral e do bem-estar do indivíduo [1], que não se assume como uma medida absoluta para medir saúde mental mas como um indicador e uma condição essencial para a mesma [2]. O bem-estar pode ser mensurado de forma confiável a nível local e nacional, mostrando algo não capturado por outras métricas [3].

Nos adolescentes, uma rutura na sensação de sentir bem-estar pode estar associada a fracas habilidades socio-emocionais, baixo autoconceito e baixa autoconfiança ou à incapacidade para fazer face a eventos geradores de stress nas esferas pessoal, social ou familiar [4]. Nesse sentido a saúde mental deve ser avaliada a partir de reações positivas e de satisfação com a vida e consigo mesmo a fim de captar um retrato mais completo da saúde mental do indivíduo [5].

Do ponto de vista epidemiológico é consensual que as doenças mentais apresentam altas taxas de incapacidade, morbilidade e mortalidade, esta última sobretudo associada ao suicídio que, a nível mundial se encontra entre as 10 principais causas de morte [6]. Se nos situarmos no grupo etário dos 15 aos 19 anos constatamos que o suicídio passa a ser a segunda causa de morte [7], sendo a taxa global muito inferior à taxa apresentada pela população em geral, já que no ano de 2012, em Portugal a taxa global de suicídio foi de 10,2 por 100 mil habitantes e concretamente nos adolescentes dos 15 aos 24 anos foi de 3 por 100 mil habitantes, sendo 4,5 nos rapazes e 1,4 nas raparigas [8]. Na adolescência os comportamentos autolesivos são os mais comuns e a principal preocupação e caracterizam-se por automutilações ou intoxicações/sobredosagem sem intenção suicida [9–11]. Temos presente que estes dados se situam muito aquém da realidade já que o suicídio é um fenómeno subnotificado por razões de várias ordens (cultural, religiosa, social, política e económica) o que nos leva a considerar que a verdadeira dimensão do fenómeno é desconhecida [12].

A adolescência pode ser marcada por profundas alterações e desafios, e a instabilidade emocional poderá ser vivenciada como um período de crise com adoção de comportamentos agressivos, impulsivos ou mesmo suicidas [13]. Neste sentido e atendendo à elevada vulnerabilidade dos adolescentes para a depressão e suicídio, é essencial a implementação de programas de promoção de saúde mental e de bem-estar, centradas em grupos alvo definidos [14, 15], existindo evidências que os projetos que têm um modelo ecológico, com uma intervenção global e um funcionamento em rede tendem a ser mais efi-

cazes [16]. As intervenções devem ser cientificamente sólidas, culturalmente adaptáveis, com procedimentos de avaliação longitudinal, e com follow-up a longo prazo [17]. Nos adolescentes é essencial avaliar sistematicamente a saúde mental e o bem-estar e implementar programas de promoção destas variáveis [18].

O Projeto de Prevenção de Comportamentos Suicidários +Contigo inclui intervenção e avaliação dirigida ao bem-estar e o presente estudo tem como objetivo avaliar o nível de bem-estar numa população não clínica de adolescentes e analisar o impacto da Intervenção +Contigo.

Metodologia

Desenho do estudo e participantes

Desenvolveu-se um estudo de natureza quasi-experimental, com grupo de controlo, avaliado em três momentos: no início, no final e seis meses após a intervenção +Contigo, dirigida aos adolescentes. No presente artigo apresentam-se apenas os dados relativos à avaliação do bem-estar, nas três fases do projeto, nos anos letivos de 2011/2012 e 2012/2013.

De salientar que o projeto +Contigo é um projeto de investigação longitudinal baseado numa intervenção multinível, em rede, uma vez que promove o aumento de conhecimentos acerca do suicídio e de competências no que diz respeito ao reconhecimento e encaminhamento de situações de risco, envolvendo toda a comunidade educativa (pais e encarregados de educação, agentes educativos e adolescentes) e profissionais de saúde dos cuidados de saúde primários da área de referência. Insere-se no âmbito da promoção da saúde mental e bem-estar e da prevenção de comportamentos da esfera suicidária em adolescentes do 3º ciclo e secundário que frequentam os estabelecimentos de ensino de Portugal [4, 15].

A intervenção realizada em sala de aula com os adolescentes, em 7 momentos, é baseada em jogos socioterapêuticos que incidem sobre o estigma em saúde mental, a adolescência, o autoconceito, as estratégias de resolução de problemas, a depressão e o bem-estar. Os dados colhidos são relativos às variáveis bem-estar, autoconceito, coping e sintomatologia depressiva.

A sessão destinada ao bem-estar decorre no 5º momento e tem como principais objetivos promover o debate sobre a perceção individual e grupal de bem-estar e reforçar o autoconceito e a capacidade de resolução de problemas. Esta sessão encontra-se descrita na Série Monográfica +Contigo [4] e implica as seguintes atividades:

1. Pedir aos adolescentes que partilhem o que é para eles o bem-estar e que fatores podem influenciar essa perceção;
2. Promover debate e reforçar ideias acerca da perceção individual de bem-estar;
3. Convidar à realização da atividade “Na palma da mão,” pedindo aos adolescentes que mudem as suas posições na sala e que se coloquem em círculo, dando a mão ao colega que têm ao lado;
4. Solicitar a um dos alunos que se voluntarie para iniciar a atividade, reconhecendo duas qualidades pessoais e duas qualidades do colega a quem tem dada a mão direita;

5. Realçar a importância da autoestima (rever as ideias-chave da intervenção 2);
6. Pedir aos adolescentes que identifiquem os fatores que podem influenciar a perceção de bem-estar do grupo;
7. Promover debate e reforçar ideias acerca do bem-estar do grupo;
8. Realçar a proximidade do grupo e a importância que as relações que estabelecem são importantes não só para o bem-estar individual mas também para o bem-estar e coesão do grupo;
9. Solicitar aos alunos que apresentem um problema que tenham vivenciado no grupo (em alternativa apresentar situação problema descrita na Série Monográfica +Contigo [4]) e propor a resolução segundo o modelo das 4 Frases (rever ideias-chave da intervenção 3).

A amostra por conveniência foi constituída por 2.105 adolescentes de estabelecimentos de ensino da região centro do país, sendo que destes, 1.571 adolescentes integraram o grupo alvo de intervenção e 353 adolescentes integraram o grupo de controlo. A distribuição entre grupo de intervenção e grupo de controlo foi realizada de forma aleatória.

Para a implementação do projeto +Contigo e consequente seleção da amostra foram definidos os seguintes critérios de inclusão:

- Motivação dos profissionais de saúde dos Cuidados de Saúde Primários para implementar o projeto +Contigo após frequência da formação dinamizada pela Equipa Coordenadora do projeto;
- Motivação dos responsáveis das escolas e apresentação de candidatura ao projeto +Contigo, conjunta com a Equipa de Saúde Escolar;
- Inclusão do projeto +Contigo no Programa de Educação para a Saúde da Escola e Plano de Atividades da Equipa de Saúde Escolar;
- Autorização de participação por parte dos encarregados de educação;
- Concordância de participação por parte dos adolescentes.

Instrumento de recolha de dados

Como já referido a avaliação da intervenção foi realizada em três momentos: fase 1 (avaliação diagnóstica – antes do início da intervenção), fase 2 (no final da intervenção) e fase 3 (seis meses após a intervenção) e o instrumento de recolha de dados, foi aplicado sob a forma de questionário, sendo constituído por vários instrumentos de medida que permitem a parametrização de variáveis como o coping, o autoconceito, a depressão e o bem-estar. O instrumento de medida de bem-estar selecionado foi o índice de bem-estar, designado por WHO-5, da Organização Mundial de Saúde (OMS) [19]. Este instrumento é uma escala de autoavaliação cuja versão inicial data de 1995 e que foi desenvolvida com o objetivo de medir o bem-estar psicológico, ou saúde mental positiva e deriva de uma escala desenvolvida para avaliar o bem-estar em doentes diabéticos (WHO-28) que foi sendo reduzida até à versão mais recente, utilizada neste estudo [19].

A WHO-5, tal como o nome indica é constituída por cinco itens, redigidos de forma positiva e que refletem a presença ou ausência de bem-estar e abrangem o humor, a vitalidade e o interesse em geral. Os cinco itens são: (1) tenho-me sentido alegre e bem disposto, (2) tenho-me sentido calmo e relaxado, (3) tenho-me sentido ativo e enérgico (4) tenho-me sentido revigorado e descansado ao acordar (5) o meu quotidiano tem sido preenchido com

Table 1. Adolescentes participantes no projeto +Contigo, de acordo com o gênero, idade e ano de escolaridade

	Fase 1	Fase 2	Fase 3
Total adolescentes, <i>n</i>	2.105	1.992	1.975
Gênero, %			
Masculino	52,9	52,4	52
Feminino	47,1	47,6	48
Idade (média), anos	13,71	13,72	14,08
Ano de escolaridade, %			
7º ano	25,7	25,3	25
8º ano	41,2	43,1	43,6
9º ano	27,7	25,7	25,5
Outros	5,4	5,9	5,9

coisas que me interessam. Os participantes são solicitados a relatar a presença desses sentimentos positivos nas últimas 2 semanas e cada um dos cinco itens é classificado numa escala de Likert de 6 pontos, de 0 (nunca está presente) a 5 (sempre presente), variando a pontuação da escala entre 0 e 25. Quanto ao significado atribuído aos valores encontrados podemos afirmar que valores mais elevados significam melhor bem-estar. Para os adultos uma pontuação inferior ou igual a 13 indica níveis baixos de bem-estar e são aconselhados pela OMS procedimentos de diagnóstico e acompanhamento [19]. Estes níveis são indicativos de menor saúde mental e maior probabilidade de presença de sintomas depressivos, embora não necessariamente depressão. Uma pontuação de 7 ou abaixo indica provável depressão e merece uma avaliação mais aprofundada [19]. Para os adolescentes não foram definidos pontos de corte.

A WHO-5 tem demonstrado excelentes propriedades psicométricas [20, 21] evidenciando alta consistência interna, evidência de uma estrutura de fator unidimensional e alta associação convergente com outras medidas de bem-estar [22, 23] e outros estudos obtiveram bons resultados no que toca à validade interna e validade externa [24, 25]. Os dados de validação para a WHO-5 para a detecção de depressão entre as crianças e os adolescentes, com boa sensibilidade e especificidade para predizer depressão major [21].

Procedimentos

Relativamente aos procedimentos realizados e no que se refere à garantia dos aspetos formais e éticos foi obtida autorização aos Serviços de Projetos Educativos da Direção Geral de Educação para a aplicação do Questionário +Contigo (inquérito n.º 0224900002), garantindo o anonimato e a confidencialidade dos participantes. Foi também pedido consentimento informado aos encarregados de educação.

O preenchimento do questionário foi realizado em sala de aula, de forma anónima, supervisionado o seu preenchimento pelos dinamizadores locais. Posteriormente todos os questionários foram colocados em envelopes fechados, sendo apenas identificados com o nome da escola, ano e turma dos adolescentes.

Os dados obtidos através da aplicação do instrumento de recolha de dados, foram tratados informaticamente, utilizando o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 19.00 para Windows XP.

Table 2. Índice de bem-estar dos adolescentes participantes no projeto +Contigo, no grupo de intervenção e no grupo de controlo

	Índice de bem-estar
Grupo de intervenção	
Fase 1	17,06
Fase 2	17,43
Fase 3	17,87*
Grupo de controlo	
Fase 1	16,96
Fase 2	17,38
Fase 3	17,31*

* Com diferença estatisticamente significativa para o grupo de controlo ($p < 0,05$).

Resultados

O Projeto de Prevenção de Comportamentos Suicidários +Contigo, durante os anos 2011/2012 e 2012/2013, foi implementado em 4 Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) da região centro, em 16 dos seus agrupamentos de escolas.

Envolveu 2.105 adolescentes na fase 1, 1.992 adolescentes na fase 2 e 1.975 adolescentes na fase 3 do projeto (Tabela 1). No que concerne à caracterização da amostra, consideramos apenas as variáveis gênero, idade e ano de escolaridade por exigências éticas. Quanto à idade verificamos que na fase 1, 52,9% dos adolescentes são do gênero masculino e 47,1% dos adolescentes são do gênero feminino, com valores similares na fase 2 e na fase 3 do projeto. A média de idades situa-se nos 13,71 anos (no início do projeto) e nos 14,08 anos (no final do projeto), com idade mínima de 12 anos e máxima de 18 anos. Relativamente ao ano de escolaridade verifica-se que maioritariamente as turmas em projeto foram constituídas pelo 8º ano, sendo semelhante o número de turmas do 7º e 9º ano, sendo que 41,2% dos adolescentes frequentam o 8º ano de escolaridade, 27,7% frequentam o 9º ano, 25,7% frequentam o 7º ano de escolaridade e 5,4% frequentam outros anos de escolaridade (10º ano de escolaridade e turmas de Percursos Curriculares Alternativos).

Os resultados obtidos ao nível do índice de bem-estar no grupo alvo de intervenção +Contigo demonstram que a média de bem-estar dos adolescentes participantes na fase 1 é de 17,06, na fase 2 é de 17,43 e na fase 3 é de 17,87, valores todos superiores aos encontrados no grupo de controlo (fase 1 = 16,96; fase 2 = 17,38 e fase 3 = 17,31). Verifica-se portanto o aumento da média de bem-estar ao longo das três fases do estudo, no grupo alvo de interven-

Table 3. Índice de bem-estar dos adolescentes segundo o género, no grupo de intervenção

	Índice de bem-estar
Género feminino	
Fase 1	16,79
Fase 2	16,91
Fase 3	17,23*
Género masculino	
Fase 1	17,28*
Fase 2	17,82*
Fase 3	18,46*

* Com diferença estatisticamente significativa ($p < 0,001$).

ção, aumento este que apresenta diferença estatisticamente significativa comparativamente ao grupo de controlo (Tabela 2).

Na análise relativa ao género, os adolescentes do género masculino apresentam melhores índices de bem-estar, sendo que no decorrer do projeto houve aumento do índice de bem-estar para ambos os géneros (Tabela 3). Este aumento de médias de bem-estar no género masculino apresentou diferença estatisticamente significativa em todas as fases do estudo, sendo que no género feminino se verificou diferença estatisticamente significativa da fase 1 para a fase 3 do estudo.

Ainda no que concerne à análise do bem-estar por ano de escolaridade constata-se que os adolescentes do 7º, 8º e 9º ano evoluíram favoravelmente no índice de bem-estar em todas as fases de avaliação. Não tenho estes valores e por isso não consigo explorá-los. Mantenho estes dados ou retiro?

Discussão

O projeto +Contigo nos anos letivos de 2011/2012 e 2012/2013 envolveu 2.105 adolescentes de estabelecimentos de ensino da região centro, maioritariamente do género masculino, com idade média entre os 13 (no início do projeto) e os 14 anos (no final do projeto) e maioritariamente do 8º ano de escolaridade.

Os resultados obtidos ao nível do índice de bem-estar no grupo alvo de intervenção variam entre uma média de 17,06 (fase 1), 17,43 (fase 2) e 17,87 (fase 3) ao nível do índice de bem-estar (WHO-5), valores todos superiores aos encontrados no grupo de controlo. De salientar, tal

como anteriormente referido, que a pontuação do índice de bem-estar varia entre 0 e 25, sendo que valores mais elevados significam melhor bem-estar.

O estudo controlado randomizado SEYLE – *Saving and Empowering Young Lives in Europe*, realizado em 12 países europeus (Áustria, Estónia, França, Alemanha, Hungria, Irlanda, Israel, Itália, Roménia, Eslovénia, Espanha e Suécia – centro de coordenação) e que teve como principais objetivos conhecer o estado de saúde e bem-estar dos adolescentes e avaliar o efeito de intervenções preventivas de comportamentos de risco, também avaliou o bem-estar com recurso ao índice de bem-estar (WHO-5) da Organização Mundial de Saúde [26]. Neste estudo, que incluiu cerca de 11.000 adolescentes, foram obtidas médias de bem-estar de 15,5 (avaliação inicial), 16,2 (avaliação follow-up 3 meses) e 16,0 (avaliação follow-up 12 meses), valores inferiores aos encontrados no presente estudo [17].

Em estudos realizados com outros instrumentos de medida foi concluído que o bem-estar mental dos adolescentes em geral é percecionado como bom, sendo que a maioria estão satisfeitos com a sua vida, percebem a sua saúde como boa e raramente sofrem de problemas de saúde, tais como dores de cabeça, irritabilidade ou tristeza [27].

Os resultados obtidos pelo estudo HBSC – *Health Behaviour in School-Aged Children*, a nível nacional reforçam que os adolescentes portugueses percecionam-se prevalentemente como saudáveis, porém, uma minoria considerável relata saúde regular ou má e experimentou uma série de queixas recorrentes de saúde [28].

Como forma de explicar os níveis elevados de bem-estar nos adolescentes existem alguns estudos que indicam que os adolescentes são aqueles que apresentam maiores níveis de bem-estar subjetivo e que ao longo da vida poderá haver uma ligeira diminuição relativa ao afeto positivo devido à valorização dos objetivos pós-materialistas que beneficiam as gerações mais novas [5].

A grande maioria dos estudos mostra que os níveis de bem-estar observados nas idades mais jovens são mais elevados do que os observados nas idades mais avançadas dos adolescentes [28–31]. Evidências apontam para existem períodos ao longo da adolescência de maior risco ou vulnerabilidade propício a diminuição do bem-estar e a faixa etária dos 14 e 15 anos e meio, representando o meio da adolescência, apresenta níveis de cognições e emoções negativas muito elevados, assim como níveis de cognições e emoções positivas, a perceção de competências e o bem-estar global atingem valores muito baixos [27]. Aos 17 anos e meio também se registaram valores críticos, evi-

denciando-se este momento como um segundo período de risco ao longo da adolescência [27]. Contrariamente a estes dados existem estudos que revelam que a idade não influencia o bem-estar das pessoas, ou seja, não se pode afirmar que uma criança ou adolescente possua mais bem-estar que um adulto e vice-versa [32], podendo concluir-se que o que muda com a idade são as causas do bem-estar.

Apesar dos resultados obtidos neste estudo ao nível do bem-estar dos adolescentes, no grupo alvo de intervenção se situarem entre uma média de 17,06 e 17,87 e se podem considerar indicativos de bem-estar, existem ainda assim fatores ambientais que poderão diminuir estes valores, nomeadamente a degradação da situação socioeconómica das famílias portuguesas associadas à crise instalada no nosso país. Pelos estudos consultados torna-se evidente que o fator socioeconómico influencia a vivência psicológica e social das pessoas e portanto o seu bem-estar. Consequentemente este fator pode contribuir positivamente para uma maior satisfação com a vida [33] ou no caso dos adolescentes, um meio socioeconómico baixo aumenta as probabilidades destes vivenciarem um menor bem-estar [34]. O facto de existirem baixos recursos económicos pode diminuir a possibilidade de satisfazer determinadas necessidades básicas dos adolescentes e provocar alterações no seu bem-estar psicológico [34].

Ao analisar o impacto da Intervenção +Contigo verifica-se o aumento da média de bem-estar ao longo das três fases do estudo, no grupo alvo da intervenção +Contigo, com diferença estatisticamente significativa comparativamente ao grupo de controlo.

O estudo SEYLE (*Saving and Empowering Young Lives in Europe*) após a avaliação inicial de bem-estar (entre outras variáveis), implementou um programa de treino emocional e cognitivo de promoção de saúde, destinado a capacitar os adolescentes com idades entre 14 e 16 anos, aumentando-lhes a sua consciência sobre a saúde mental e comportamentos saudáveis, promovendo-lhes a aquisição de habilidades para diminuição de comportamentos de risco [26] também obteve melhoria das médias de bem-estar dos adolescentes da avaliação inicial para a avaliação de follow-up aos 3 e 12 meses, com diferença estatisticamente significativa na avaliação de follow-up aos 3 meses [17].

Pela pesquisa realizada a nível nacional e internacional constata-se a escassez de estudos que avaliem o impacto de intervenções específicas dirigidas ao bem-estar. Considerando que a intervenção +Contigo apresenta como objetivos específicos promover o desenvolvimento de habilidades sociais, promover o autoconceito, promover a

capacidade de resolução de problemas, promover a assertividade na comunicação, melhorar a expressão e gestão de emoções e fortalecer redes de apoio, entendemos que a melhoria dos valores do bem-estar com diferença estatisticamente significativa comparativamente ao grupo de controlo pode também estar associado à presumível melhoria das competências sociais dos adolescentes alvo da intervenção +Contigo, conseqüente melhoria das relações sociais e melhoria do apoio social, já que estas variáveis apresentam efeitos preditores sobre o bem-estar.

As pessoas com uma maior rede de apoio social, contactos sociais e amigos, são as que reportam níveis mais elevados de bem-estar [27], desenvolvendo um autoconceito positivo [35]. Ao estudar a adolescência percebe-se que as redes sociais são extremamente importantes para o desenvolvimento normal dos adolescentes e são vários os estudos e autores que defendem que existe uma relação positiva e significativa entre as competências sociais e o bem-estar [36, 37]. Esta relação poderá derivar do facto de as competências sociais fazerem parte de um conjunto de recursos pessoais que capacitam os sujeitos para estabelecer melhores relações sociais e aumentarem a sua percepção de competência, o que está relacionado com um maior bem-estar [36].

Seguindo esta linha de pensamento parece evidente a relação entre a ausência de competências pessoais e sociais e um menor bem-estar [35]. Com a promoção de competências pessoais e sociais durante sete semanas consecutivas, os estudantes do grupo experimental aumentaram a sua rede social e eficácia nas suas relações e beneficiaram de maior apoio social, aumentaram os seus contactos sociais e amigos [27]. Estes pressupostos são considerados fundamentais para o desenvolvimento de um autoconceito positivo, eleva a auto estima e a própria auto eficácia [35] favorecendo o aumento dos níveis de bem-estar.

No âmbito de uma investigação que avaliou o bem-estar pré e pós atividades promotoras de competências pessoais e sociais. Concluiu que os adolescentes que beneficiaram destas atividades apresentaram níveis mais elevados de auto eficácia, de envolvimento na escola e de bem-estar psicológico global comparativamente aos adolescentes que não beneficiaram do programa de intervenção [37]. Conclui-se ainda que o bem-estar psicológico pode estar correlacionado com a promoção de competências pessoais e sociais [37].

Sendo o +Contigo um projeto baseado numa intervenção multinível, em rede, que envolve, entre outros, toda a comunidade educativa, presume-se que os resultados obtidos ao nível do bem-estar também poderão estar relacionados com a melhoria do ambiente escolar.

Nesse sentido uma escola que estimule um sentimento de apoio e de pertença, facilita o desenvolvimento pessoal e social dos adolescentes e o seu bem-estar [38, 39].

No estudo nacional HBSC – *Health Behaviour in School-Aged Children*, que envolveu 6.903 adolescentes, os resultados obtidos sugerem uma relação direta entre o ambiente escolar e o bem-estar, evidenciando-se que a influência mais relevante na percepção que os adolescentes têm do seu bem-estar, é a sua percepção de um ambiente positivo na escola [40]. Estes resultados salientam a importância do ambiente escolar, enquanto fator modificável, sublinhando a importância de intervenções na área da promoção da saúde e bem-estar dos adolescentes portugueses, terem especial enfoque na alteração do próprio ambiente da escola.

Na análise relativa ao género os adolescentes do género masculino apresentam melhores índices de bem-estar, sendo que no decorrer do projeto houve aumento do índice de bem-estar para ambos os géneros. Quanto ao impacto da intervenção +Contigo podemos afirmar que o aumento de médias de bem-estar no género masculino apresentou diferença estatisticamente significativa em todas as fases do estudo, sendo que no género feminino apenas se verificou diferença estatisticamente significativa da fase 1 para a fase 3 do estudo.

Resultados idênticos se podem observar no estudo SEYLE (*Saving and Empowering Young Lives in Europe*) em que os adolescentes do género masculino apresentam sempre médias superiores de bem-estar relativamente às adolescentes do género feminino. Quanto às avaliações após implementação do programa de treino definido pelos autores, os adolescentes do género masculino apenas apresentam aumento de médias com diferença estatisticamente significativa no follow up dos 3 meses, já as adolescentes do género feminino apresentam aumento de médias no follow up dos 3 e 12 meses ambas com diferença estatisticamente significativa [17].

Vários estudos tendem a indicar valores de bem-estar mais elevados em adolescentes do género masculino do que em adolescentes do género feminino [27–30]. Na maioria dos casos, as situações e os comportamentos vinculam-se com a idade, com uma tendência para comportamentos de internalização no género feminino e de exteriorização no género masculino [28].

A explicação para estes resultados de diferença entre géneros para o bem-estar psicológico pode estar relacionada com as diferenças dos papéis sociais e das experiências de socialização, sendo ainda apontadas outras diferenças entre géneros na adolescência, como sejam: (1) o ritmo de desenvolvimento é diferente, sendo que elas ma-

nifestam, habitualmente, um avanço de dois anos no processo de maturidade global; (2) elas desenvolvem a sua identidade mais por metas pessoais do que por metas sociais, enquanto elas antepõem o social ao pessoal; (3) elas expressam o conflito em termos de comportamento devido às limitações impostas, enquanto para elas o conflito reflete questões de identidade (o sentimento acerca de si mesmas); (4) elas possuem um melhor perfil para o estudo do que eles (mais dotadas nas competências verbais, na constância e na persistência); (5) elas são mais fortes na emotividade e na capacidade de reflexão enquanto elas são mais ativas e primárias [41].

Importante ter presente que estas diferenças intergénero não são constantes ao longo das sucessivas etapas do ciclo vital, e tendem a decrescer com o aumento da idade. Este dado convida a pensar não só na maior vulnerabilidade dos adolescentes em determinadas fases da sua vida, como nos mecanismos psicológicos que são ativados para melhorar a sua auto percepção do bem-estar, nomeadamente naqueles que permitem ao género feminino recuperar a percepção do bem-estar subjetivo, em relação ao qual estiveram em desvantagem com o género masculino, durante algumas etapas do seu ciclo vital [42].

No que concerne à análise do bem-estar por ano de escolaridade verifica-se que os adolescentes do 7º, 8º e 9º ano evoluíram favoravelmente no índice de bem-estar em todas as fases de avaliação.

No que concerne à escolaridade, vários estudos apontam para uma relação positiva mas reduzida entre esta variável e o nível de bem-estar subjetivo. A escolaridade relaciona-se mais com o bem-estar subjetivo em indivíduos com baixos rendimentos [5]. A escolaridade pode promover o bem-estar subjetivo pelo progresso dos indivíduos relativamente aos seus objetivos e pelo desenvolvimento da capacidade de adaptação ao mundo [2].

Este estudo apresenta algumas limitações como seja o facto de não ter existido uma subdivisão de faixas etárias dentro da adolescência. São vários os autores que distinguem diferentes períodos de desenvolvimento dentro desta faixa etária e entende-se que deverá então considerar-se em futuras investigações a pertinência de existirem diferentes períodos englobados na própria adolescência, cada um destes períodos com características, processos e situações diferentes e realizar a estratificação da idade.

Para futuros estudos considera-se que para além de alargar a análise da variável idade será pertinente incluir ainda outras variáveis, como sejam o ambiente escolar, o estatuto socioeconómico, o suporte social e o ambiente familiar já que ficou patente que são variáveis com relação com o bem-estar dos adolescentes. Sendo algumas destas

variáveis passíveis de serem modificadas pelas estratégias de promoção de bem-estar implementadas parece muito pertinente a sua inclusão e análise.

Conclusão

Especificamente no que concerne ao bem-estar dos adolescentes, a análise quantitativa dos resultados obtidos com a implementação do projeto +Contigo, ressalta a existência de aumento da média de bem-estar ao longo das três fases do estudo, no grupo alvo da intervenção +Contigo, aumento este que apresenta diferença estatisticamente significativa comparativamente ao grupo de controlo. Os adolescentes do género masculino apresentaram melhores índices de bem-estar e ambos os géneros aumentaram as médias de bem-estar após a intervenção +Contigo.

Ao delinear programas preventivos de comportamentos suicidários é fundamental sustentar o investimento em estratégias que favoreçam o desenvolvimento de competências pessoais e individuais, de atitudes positivas em

relação a si e aos outros, de resiliência e que promovam a coesão de grupo, o ambiente escolar saudável, os comportamentos de procura de ajuda, a redução do estigma em saúde mental e a prevenção ou identificação precoce de doença mental e de comportamentos suicidários [4, 43–45].

Mediante os resultados obtidos e assumindo a escola como um centro promotor de saúde mental, esta deve ser entendida como um local privilegiado para investir não só na prevenção, mas também na intervenção dirigida a variáveis como o bem-estar dos adolescentes, já que esta variável se assume como um indicador e condição essencial de saúde mental e a adolescência o período do desenvolvimento humano em que se estabelecem, de forma mais definida, a identidade, os padrões de comportamento e o estilo de vida.

Conflito de Interesses

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

References

- 1 Patel V, Lund C, Hatherill S, Plagerson S, Corrigall J, Funk M, et al: Mental disorders: equity and social determinants; in Blas A, Kurup AS (eds): *Equity, Social Determinants and Public Health Programs*. Genebra, 2010, pp 115–134.
- 2 Galinha IC: *Bem-estar subjectivo: factores cognitivos, afectivos e contextuais*. Coimbra, Quarteto, 2008.
- 3 Organização Mundial de Saúde: *The European Health Report 2015: Targets and Beyond: Reaching New Frontiers in Evidence*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2015.
- 4 Santos JC, Erse M, Façanha J, Marques L, Simões R: +Contigo: promoção de saúde mental e prevenção de comportamentos suicidários na comunidade educativa. Coimbra, Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E) Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, 2014 (Série Monográfica; 9).
- 5 Diener E: Assessing subjective well-being: progress and opportunities. *Soc Indic Res* 1994;31:103–157.
- 6 Organização Mundial de Saúde: *Impact of Economic Crises on Mental Health*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2011.
- 7 Mann JJ, Apter A, Bertolote J, Beautrais A, Currier D, Haas A, et al: Suicide prevention strategies: a systematic review. *JAMA* 2005; 294:2064–2074.
- 8 Instituto Nacional de Estatística: Taxa de mortalidade por lesões auto-provocadas intencionalmente (suicídio). Lisboa, INE, 2014. Available from: <http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INEexpgid=ineindicadoreindOcorrCod=0003736econtexto=bdeselTab=tab2> (accessed January 28, 2015).
- 9 Kapur N, Cooper J, O'Connor RC, Hawton K: Non-suicidal self-injury versus attempted suicide: new diagnosis or false dichotomy? *Br J Psychiatry* 2013;202:326–328.
- 10 Saraiva CB: *Estudos sobre o para-suicídio: o que leva os jovens a espreitar a morte*. Coimbra, Redhorse, 2006.
- 11 Bertolote J, Fleischmann A: A global perspective on the magnitude of suicide mortality; in Wasserman D, Wasserman C (eds): *Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention: A Global Perspective*. New York, Oxford University Press, 2009, pp 91–98.
- 12 Portugal, Direção-Geral de Saúde: *Portugal: saúde mental em números 2015: programa nacional para a saúde mental*. Lisboa, Direção-Geral da Saúde, 2016.
- 13 Borges VR, Werlang BSG: Estudo de ideação suicida em adolescentes de 15 a 19 anos. *Est Psicol* 2006;11:345–351.
- 14 Ordem dos Enfermeiros: *Guia orientador de boas práticas para a prevenção de sintomatologia depressiva e comportamentos da esfera suicidária*. Lisboa, Ordem dos Enfermeiros, 2012.
- 15 Erse M, Simões R, Façanha J, Marques L, Loureiro C, Matos M, et al: *Depressão em adolescentes em meio escolar: projeto +Contigo*. *Rev Enf Ref* 2016;IV:37–44.
- 16 Diekstra R: Effectiveness of School-based social and emotional education programmes worldwide: part one, a review of meta-analytic literature; in Dahlin B (ed): *Social and Emotional Education: An International Analysis*. Santander, Fundacion Marcelino Botin, 2008, pp 255–284.
- 17 Wassermann D, Carli V, Hoven C, Wassermann C, Sarchiapone M: *SEYLE (Saving and Empowering Young Lives in Europe): Final Report for the European Commission Deliverable 1.4*. Stockholm, SEYLE Consortium, 2012.
- 18 Carli V, Wasserman C, Wasserman D, Sarchiapone M, Apter A, Balazs J, et al: *The Saving and Empowering Young Lives in Europe (SEYLE) randomized controlled trial (RCT): methodological issues and participant characteristics*. *BMC Public Health* 2013;13:479–491.

- 19 World Health Organization: Wellbeing Measures in Primary Health Care: The DepCare Project: Report on a WHO Meeting. Stockholm, WHO, 1998.
- 20 Blom EH, Bech P, Högberg G, Larsson JO, Serlachius E: Screening for depressed mood in an adolescent psychiatric context by brief self-assessment scales: testing psychometric validity of WHO-5 and BDI-6 indices by latent trait analyses. *Health Qual Life Outcomes* 2012;10:149–162.
- 21 Allgaier AK, Pietsch K, Frühe B, Prast E, Sigl-Glöckner J, Schulte-Körne G: Depression in pediatric care: is the WHO-Five Well-Being index a valid screening instrument for children and adolescents? *Gen Hosp Psychiatry* 2012;34:234–241.
- 22 Bech P, Olsen LR, Kjoller M, Rasmussen NK: Measuring well-being rather than the absence of distress symptoms: a comparison of the SF-36 Mental Health Subscale and the WHO-Five Well-Being Scale. *Int J Methods Psychiatr Res* 2003;12:85–91.
- 23 Brähler E, Mühlan H, Albani C, Schmidt S: Teststatistische Prüfung und Normierung der deutschen Versionen des EUROHIS-QOL Lebensqualität-Index und des WHO-5 Wohlbefindens-Index (Testing and standardization of the German version of the EUROHIS-QOL and WHO-5 quality-of life-indices). *Diagnostica* 2007;53:83–96.
- 24 Heun R, Burkart M, Maier W, Bech P: Internal and external validity of the WHO Well-Being Scale in the elderly general population. *Acta Psychiatr Scand* 1999;99:171–178.
- 25 Bonsignore M, Barkow K, Jessen F, Heun R: Validity of the Five-Item WHO Well-Being Index (WHO-5) in an elderly population. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2001; 251(suppl 2):II27–II31.
- 26 Wasserman D, Carli V, Wasserman C, Apter A, Balazs J, Bobes J, et al: Saving and Empowering Young Lives in Europe (SEYLE): a randomized controlled Trial. *BMC Public Health* 2010;10:192.
- 27 Bizarro L: O bem-estar psicológico durante a adolescência. Lisboa, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Lisboa, 1999, Tese de Doutoramento.
- 28 Matos M, Simões C, Tomé G, Gaspar T, Camacho I, Diniz J, et al: A saúde dos adolescentes portugueses hoje e em oito anos: relatório preliminar do estudo HBSC 2006. Lisboa, Faculdade de Motricidade Humana, Universidade de Lisboa, 2007.
- 29 Berjano R, Foguet J, González A: El desarrollo de estilos de vida en los adolescentes escolarizados: diferencias entre chicos y chicas. *Rev Psicol Gen Apl* 2005;58:51–74.
- 30 Bisegger C, Cloetta B, von Rüden U, Abel T, Ravens-Sieberer U; The European Kidscreen Group: Health-related quality of life: gender differences in childhood and adolescence. *Soz Präventivmed* 2005;50:281–291.
- 31 Matos M, Gonçalves A, Gaspar T: Aventura social e saúde: prevenção do VIH numa comunidade migrante. Lisboa, Faculdade de Motricidade Humana, Universidade de Lisboa, 2005.
- 32 García M: El bienestar subjetivo. *Escritos de Psicología* 2002;6:18–39.
- 33 Howell RT, Howell CJ: The relation of economic status to subjective well-being in developing countries: a meta-analysis. *Psychol Bull* 2008;134:536–560.
- 34 Zavisca J, Hount M: Does Money Buy Happiness in Unhappy Russia? (Berkeley Program in Soviet and Post-Soviet Studies. Working Paper Series). Berkeley, University of California Berkeley, 2005.
- 35 Silva A: Desenvolvimento de competências sociais nos adolescentes. Lisboa, Climepsi Editores, 2004.
- 36 Diener E, Fujita F: Resources, personal strivings, and subjective well-being: a nomothetic and idiographic approach. *J Pers Soc Psychol* 1995;68:926–935.
- 37 Estevão FMSC: Crenças de auto-eficácia, envolvimento de estudantes na escola e bem-estar psicológico: um estudo com alunos do ensino secundário de Cabo Verde. Lisboa, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, Universidade Nova de Lisboa, 2012. Dissertação de Mestrado em Ciências da Educação.
- 38 Battistich V, Hom A: The relationship between students' sense of their school as a community and their involvement in problem behaviors. *Am J Public Health* 1997;87:1997–2001.
- 39 Matos MG, Carvalhosa SF: A saúde dos adolescentes: ambiente escolar e bem-estar. *Psic Saúde Doenças* 2001;2:43–53.
- 40 Matos M, Simões C, Carvalhosa S, Reis C, Canha L: A saúde dos adolescentes portugueses. Lisboa, Faculdade de Motricidade Humana, Universidade de Lisboa, 2000.
- 41 Arita B, Romano S, García N, Félix M: Indicadores objetivos y subjetivos de la calidad de vida. *Enseñ Invest Psicol* 2005;10:93–102.
- 42 Ceballos G: El adolescente y sus retos: la aventura de hacerse mayor. Madrid, Ediciones Pirámide, 2009.
- 43 Azúa SR, Goñi A, Madariaga JM: Diferencias en el autoconcepto físico asociadas a la edad y al género; in Granmontagne AG (org): El autoconcepto físico: psicología y educación. Madrid, Ediciones Pirámide, 2009, pp 113–125.
- 44 Simões R, Erse M, Façanha J, Santos JC: Enfermagem em suicidologia; in Saraiva C, Peixoto B, Sampaio D (coord): Suicídio e comportamentos autolesivos: dos conceitos à prática clínica. Lisboa, Lidel, 2014, pp 193–202.
- 45 Santos JC, Erse M, Simões R, Façanha J, Marques L: +Contigo na promoção da saúde mental e prevenção de comportamentos suicidários em meio escolar. *Rev Enf Ref* 2013;III: 203–207.