



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

SAÚDE MENTAL E PRÁTICA DESPORTIVA NA
ADOLESCÊNCIA

Francisco dos Santos Alves do Rosário
Orientação | Prof^a Doutora Catarina Vaz Velho

Mestrado em Psicologia

Área de Especialização | Psicologia Clínica

Dissertação

Évora, dezembro 2018



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

SAÚDE MENTAL E PRÁTICA DESPORTIVA NA
ADOLESCÊNCIA

Francisco dos Santos Alves do Rosário

Orientação | Prof^ª Doutora Catarina Vaz Velho

Mestrado em Psicologia

Área de Especialização | Psicologia Clínica

Dissertação

Évora, dezembro 2018

Saúde Mental e Prática Desportiva na Adolescência

RESUMO

Com o objetivo de analisar eventuais benefícios psicológicos da prática desportiva na adolescência, selecionou-se uma amostra de 528 estudantes, com idades entre os 13 e 19 anos, aos quais se aplicou um Questionário Sociodemográfico, a Escala de Bem-Estar Psicológico e a Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse. Os resultados mostram que 62.3% dos estudantes praticam algum tipo de modalidade desportiva, sendo essa prática mais frequente no grupo dos rapazes. Por sua vez, as raparigas surgem como um grupo de maior risco em termos de saúde mental, na medida em que apresentam menores níveis de bem-estar e índices mais elevados de sintomatologia psicopatológica. Por fim, o estudo do efeito da prática desportiva permitiu concluir que os estudantes que apresentam uma prática desportiva regular apresentam também maiores níveis de bem-estar psicológico, satisfação com a vida e satisfação escolar e, simultaneamente, menores níveis de ansiedade, depressão e stresse.

Palavras-Chave: adolescência; saúde mental; prática desportiva; bem-estar; psicopatologia.

Mental Health and Sports Practice in Adolescence

ABSTRACT

The purpose of this study was to analyze possible psychological benefits of sports practice in adolescence. We selected a sample of 528 students, aged 13 to 19 years old, to whom a Sociodemographic Questionnaire, a Psychological Well-Being Scale and the Anxiety Depression and Stress Scale were applied. The results show that 62.3% of the students practice some sort of sport, and that this practice is more frequent in among boys. In turn, girls appear to be a higher risk group in terms of mental health, as they present lower levels of well-being and higher rates of symptomatology. Finally, the study of the effect of sports practice allowed us to conclude that students who have a regular sport's practice are precisely those who present higher levels of psychological well-being, satisfaction with life, school satisfaction, and simultaneously, lower levels of anxiety, depression and stress.

Keywords: adolescence; mental health; sports practice; well-being; psychopathology.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar o meu muito obrigado à Professora Doutora Catarina Vaz Velho pela orientação, rigor e motivação que me inculuiu e demonstrou ao longo de todo este processo.

Em segundo lugar à Direção do Agrupamento de Escolas de Évora, pela amabilidade e abertura para a realização deste trabalho. Aos professores pela simpatia e por disponibilizarem algum tempo das suas aulas. Aos pais dos alunos pela confiança depositada e aos alunos que aceitaram participar nesta investigação.

À minha família, em especial à minha mãe pela força, incentivo e ensinamentos de vida que sempre me transmitiu, nomeadamente para nunca deixar de lutar pela realização dos meus sonhos. Obrigado por seres a pessoa que és, e por toda ajuda que me tens dado.

Aos meus irmãos, sobrinhos, cunhados e sogros pela amizade, compreensão, carinho e constante preocupação.

Um obrigado mais do que especial à minha esposa Cristina e aos meus filhos Diogo e Laura, por estarem sempre que preciso, pela segurança, confiança e encorajamento que sempre me transmitiram.

Reiterar à minha esposa Cristina um grande obrigado, pela constante preocupação, incentivo, debate de ideias, conselhos e pela grande ajuda na análise estatística dos dados.

Ao meu pai José Maria e ao meu sobrinho Luís Flávio que já não estão entre nós, mas sei que ficariam muito orgulhosos e que me apoiariam incondicionalmente.

A todos que de uma forma ou de outra, me ajudaram a concretizar este sonho, o meu profundo agradecimento.

ÍNDICE GERAL

| | |
|--|----|
| INTRODUÇÃO | 1 |
| PARTE I - ESTUDO TEÓRICO | 5 |
| Capítulo 1 – Saúde Mental, Bem-Estar e <i>Distress</i> Psicológicos na Adolescência | 6 |
| 1.1 – Saúde Mental Positiva e Bem-Estar | 6 |
| 1.1.1 – Contextualização histórica do conceito de Saúde Mental | 6 |
| 1.1.2 – Principais modelos teóricos do Bem-Estar | 7 |
| 1.1.2.1 – Bem-Estar Subjetivo (BES) | 8 |
| 1.1.2.2 – Bem-Estar Psicológico (BEP) | 9 |
| 1.2 – <i>Distress</i> Psicológico e Psicopatologia | 10 |
| 1.2.1 – Ansiedade | 12 |
| 1.2.2 – Depressão | 14 |
| 1.2.3 – Stresse | 15 |
| 1.2.4 – Modelo Tripartido: Ansiedade, Depressão e Stresse | 18 |
| 1.3 – Saúde Mental na Adolescência: Alguns dados da investigação | 19 |
| 1.3.1 – Adolescência e Psicopatologia | 20 |
| 1.3.1.1 – Ansiedade na Adolescência | 21 |
| 1.3.1.2 – Depressão na Adolescência | 22 |
| 1.3.1.3 – <i>Distress</i> Psicológico na Adolescência | 23 |
| 1.3.2 – Adolescência e Bem-Estar | 24 |
| 1.3.2.1 – Bem-Estar Psicológico na Adolescência | 25 |
| 1.3.2.2 – Satisfação com a Vida na Adolescência | 26 |
| 1.3.2.3 – Satisfação Escolar na Adolescência | 28 |
| Capítulo 2 – Prática Desportiva na Adolescência e seus benefícios | 30 |
| 2.1 – Definição concetual de Atividade Física, Exercício Físico e Desporto | 30 |
| 2.2 – Caraterísticas da Prática Desportiva na Adolescência | 31 |
| 2.2.1 – Prática Desportiva em função do género e idade | 33 |
| 2.2.2 – Tipos de Modalidades Desportivas | 34 |
| 2.2.3 – Motivos para a Prática Desportiva | 35 |
| 2.3 – Benefícios Psicológicos da PD: Alguns dados da investigação | 35 |
| 2.3.1 – Prática Desportiva e Bem-Estar | 36 |
| 2.3.2 – Prática Desportiva, Ansiedade, Depressão e Stresse | 37 |

| | |
|---|----|
| PARTE 2 - ESTUDO EMPÍRICO | 39 |
| Capítulo 3 – Objetivos e Metodologia | 40 |
| 3.1 – Objetivos do Estudo | 40 |
| 3.2 – Hipótese de Investigação | 41 |
| 3.3 – Metodologia | 41 |
| 3.3.1 – Amostra | 41 |
| 3.3.2 – Instrumentos | 43 |
| 3.3.2.1 – Questionário Sociodemográfico | 43 |
| 3.3.2.2 – Escala de Bem-Estar Psicológico (EBEP) | 43 |
| 3.3.2.3 – Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse (EADS-C) | 44 |
| 3.3.3 – Procedimentos | 46 |
| 3.3.3.1 – Recolha de Dados e Atenções Éticas | 46 |
| 3.3.3.2 – Análise e Tratamento Estatístico dos Dados | 47 |
| Capítulo 4 – Resultados e Discussão | 49 |
| 4.1 – Caracterização da Saúde Mental dos Adolescentes | 49 |
| 4.1.1 – Estudo Descritivo | 49 |
| 4.1.2 – Relação entre as medidas de Saúde Mental | 53 |
| 4.1.3 – Diferenças nas medidas de Saúde Mental em função de variáveis desenvolvimentais e sociodemográficas | 55 |
| 4.1.3.1 – Diferenças relativas à idade (ou fase da adolescência) | 55 |
| 4.1.3.2 – Diferenças relativas ao género | 59 |
| 4.2 – Caracterização Prática Desportiva dos Adolescentes | 61 |
| 4.2.1 – Índices de Participação Desportiva | 62 |
| 4.2.2 – Características da Participação Desportiva dos Adolescentes | 63 |
| 4.2.2.1 – Tipos de Modalidades | 63 |
| 4.2.2.2 – Frequência e duração da sessão de treino | 65 |
| 4.2.2.3 – Contexto da Prática Desportiva | 66 |
| 4.2.3 – Motivos para a Prática Desportiva | 66 |
| 4.3 – Benefícios Psicológicos da Prática Desportiva | 67 |
| CONCLUSÃO | 71 |
| REFERÊNCIAS | 78 |
| ANEXOS | 90 |
| Anexo A – Caracterização da amostra em função de variáveis de natureza académica | 91 |

| | |
|---|-----|
| Anexo B – Questionário de Recolha de Dados Sociodemográficos, Prática Desportiva, Satisfação Escolar e Satisfação com a Vida | 92 |
| Anexo C – Pedido de Autorização à Direção do Agrupamento de Escolas | 94 |
| Anexo D – Pedido de Autorização aos Encarregados de Educação | 95 |
| Anexo E – Autorização da DGIDC – Monitorização de Inquéritos em Meio escolar (MIME) | 96 |
| Anexo F – Análise dos itens da EBEP | 97 |
| Anexo G – Análise dos itens da EADS-C | 99 |
| Anexo H – Resultados nas medidas de Saúde Mental em função do ano de escolaridade | 101 |
| Anexo I – Índices de Participação Desportiva em função de variáveis desenvolvimentais e académicas | 102 |

ÍNDICE DE TABELAS

| | | |
|--------------------|---|----|
| Tabela 3.1 | Caraterização sociodemográfica da amostra | 42 |
| Tabela 4.1 | Descrição dos resultados obtidos nas medidas de saúde Mental, considerando a amostra total | 50 |
| Tabela 4.2 | Coeficientes de correlação entre a EBEP, EADS-C, SV e SE, tomando a amostra total | 53 |
| Tabela 4.3 | Diferenças na EBEP, EADS-C, SV e SE, em função da fase da adolescência | 56 |
| Tabela 4.4 | Diferenças na EBEP, EADS-C, SV e SE, em função do género | 60 |
| Tabela 4.5 | Participação Desportiva, total da amostra e subamostras em função do género | 62 |
| Tabela 4.6 | Tipo de Prática Desportiva, considerando a amostra total e as subamostras em função do género | 64 |
| Tabela 4.7 | Modalidades desportivas, considerando a amostra total e as subamostras em função do género | 64 |
| Tabela 4.8 | Frequência e duração das sessões de treino | 65 |
| Tabela 4.9 | Diferenças na frequência e na duração das sessões de treino em função do género | 65 |
| Tabela 4.10 | Contexto da Prática Desportiva | 66 |
| Tabela 4.11 | Motivos para a prática desportiva | 66 |
| Tabela 4.12 | Diferenças na EBEP, EADS-C, SV e SE, em função da prática desportiva | 68 |

LÍSTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

| | |
|------------|---|
| AF | Atividade Física |
| APA | American Psychiatric Association |
| BES | Bem-Estar Subjetivo |
| BEP | Bem-Estar Psicológico |
| <i>cf.</i> | Confere |
| DGS | Direção Geral de Saúde |
| EADS-C | Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse – versão para crianças |
| EBEP | Escala de Bem-Estar Psicológico |
| e.g. | Por exemplo |
| et al. | e colaboradores |
| HBSC | Health Behaviour in School-aged Children |
| i.e. | Isto é |
| <i>N/n</i> | População, amostra |
| OMS | Organização Mundial de Saúde |
| <i>p</i> | Nível de significância |
| p., pp. | Página, Páginas |
| PD | Prática Desportiva |
| PWB | Psychological Well-Being |
| <i>r</i> | Coeficiente de correlação de Pearson |
| SE | Satisfação Escolar |
| SPSS | Statistical Package for the Social Sciences |
| SV | Satisfação com a Vida |
| SWB | Subjective Well-Being |
| SWLS | Satisfaction With Life Scale |
| WHO | World Health Organization |

INTRODUÇÃO

Hoje em dia é comum ouvir pessoas a dizerem que praticam atividade física porque as faz sentir bem ou porque as ajuda a aliviar o stresse. Mas, será que estas afirmações têm fundamento científico? Existe realmente uma relação entre atividade física e bem-estar? Quais os benefícios psicológicos da prática regular de atividade físico-desportiva? Estas são algumas das questões que motivaram este estudo, que tem como finalidade perceber os eventuais benefícios psicológicos da prática desportiva¹ na adolescência.

Relacionar a prática de atividade físico-desportiva e a saúde física e psicológica é um tema que desperta um grande interesse entre os investigadores, sendo numerosos os trabalhos científicos que tentam descrever e explicar essa relação. Contudo, os efeitos do exercício físico sobre a saúde física estão melhor estabelecidos na literatura do que os efeitos do exercício físico sobre a saúde mental e em particular é escassa relativamente aos adolescentes (Biddle & Asare, 2011; González, Fayo & Dantas, 2012; Veloso, 2005). Para além disso, Cruz (1996) considera que, apesar de diversos estudos evidenciarem que a prática de atividade física regular se encontra associada a efeitos e benefícios em variáveis do bem-estar psicológico e da saúde mental, essa relação é complexa, justificando-se a necessidade de mais estudos que ajudem a clarificar essa possível relação.

Nas sociedades modernas e industrializadas, a prevalência de crianças e jovens a evidenciar baixos níveis de atividade física (AF) e prática desportiva (PD) é cada vez maior, o que parece dever-se a alterações nos estilos de vida destas populações (Seabra, 2007). Particularmente no que diz respeito à adolescência, González e Portolés (2014) referem um aumento de condutas sedentárias neste período da vida, ocupando os jovens maioritariamente o seu tempo livre a ver televisão, a “navegar” na *internet*, a jogar videojogos e no telemóvel. Para mais, a prática de atividade físico-desportiva, apesar dos seus aparentes benefícios biopsicossociais, não aparece entre as atividades de tempos livres mais exercidas pelos adolescentes. Estes aspetos levaram a ter-se escolhido a adolescência como foco principal da presente investigação.

¹ Neste estudo foi considerada a prática desportiva, quer de âmbito recreativo, quer de âmbito competitivo, realizada por estudantes adolescentes, para além das aulas de Educação Física.

Um dos estudos mais importantes que confirmam cada ano a pouca atividade físico-desportiva dos adolescentes é o *Health Behaviour in School-aged Children* (HBSC)². No que diz respeito aos adolescentes portugueses, o seu índice de prática de atividade física e desportiva situa-se no quartil inferior comparativamente com os dos outros países participantes do estudo HBSC (World Health Organization [WHO], 1946 cit. por Loureiro & Matos, 2012). Por sua vez, González e Portolés (2014) referem que os resultados do estudo HBSC, na edição de 2009-2010, indicam uma escassa prática da atividade física e desportiva junto dos jovens participantes, sendo inferior a percentagem de prática nas raparigas e existindo uma diminuição da atividade conforme aumenta a idade, sendo o incremento das horas que os adolescentes passam frente ao computador e à televisão as duas principais razões citadas neste estudo como favorecedoras de condutas sedentárias. De acordo com estudos HBSC mais recentes, a partir de 2010 tem-se verificado um ligeiro aumento do número de jovens que referem praticar atividade física (três ou mais vezes por semana), ainda que as raparigas e os jovens mais velhos (10º ano) continuem a ser os que menos praticam (Matos et al., 2015a, 2015b).

No que respeita à saúde mental, a adolescência é um período que envolve alguma vulnerabilidade ao ser um período marcado por diversas mudanças a nível físico, cognitivo, emocional e social, a alterações no bem-estar psicológico e ao surgimento de dificuldades de diversa ordem (Fernandes, 2007; WHO, 2014). Se alguns adolescentes são capazes de lidar com os vários desafios e exigências das tarefas desenvolvimentais deste período da vida, outros haverá em que essas novas situações podem levar ao esgotamento de recursos (*burnout*) e refletindo-se em alterações na sua saúde mental (Bizarro, 1999; Fernandes, Vasconcelos-Raposo, Bertelli & Almeida, 2011), nomeadamente, no aparecimento de sintomatologia relacionada com ansiedade e depressão (Brito, 2011).

Quanto à relação entre atividade física e saúde mental salientam-se alguns estudos que evidenciam um efeito positivo da prática desportiva no bem-estar psicológico (e.g. Almeida et al., 2018; Rebelo, 2017; Rosa, 2016), na satisfação com a vida (e.g. Lucas, Freitas, Oliveira, Machado & Monteiro, 2012; Moraes, Corte-Real, Dias & Fonseca, 2009; Paupério, 2013; Reigal-Garrido, Videra-García, Parra-Flores &

² Trata-se dum estudo colaborativo internacional promovido pela Organização Mundial de Saúde (WHO/HBSC), que pretende estudar os estilos de vida dos jovens em idade escolar, no sentido de compreender os seus comportamentos ligados à saúde e ao risco. Realiza-se de quatro em quatro anos através de uma rede europeia de profissionais ligados à Saúde e Educação, da qual Portugal é membro desde 1994, através do projeto Aventura Social e Saúde/FMH.

Ruiz de Mier, 2012; Silva, Rosado, Silva & Serpa, 2014) e na qualidade de vida (Elias, 2014). Outros estudos, por sua vez, indicam menor presença de sintomatologia psicopatológica em adolescentes com uma prática desportiva regular (e.g. Candel, Olmedilla, & Blas, 2008). Inclusivamente, alguns autores apontam a atividade físico-desportiva como um tratamento válido para ansiedade e depressão em adolescentes (e.g. Biçer, Asghari, Kharazi & Asl, 2012).

Os dados da literatura parecem então apontar para a importância do papel da prática regular de atividade físico-desportiva na promoção de estilos de vida saudáveis, sendo cada vez mais forte a convicção, tanto por parte da população em geral como da comunidade científica, das vantagens físicas, psicológicas e sociais que lhe estão associadas em todas as idades.

Particularmente, no que diz respeito à adolescência, a promoção de hábitos de prática regular de atividade físico-desportiva tem vindo a ser apontada como um dos principais objetivos das políticas de educação para a saúde, principalmente se considerarmos que a adoção de comportamentos protetores de saúde desde cedo (infância e adolescência) pode determinar a qualidade de vida da idade adulta e da velhice (Loureiro, 2011; Paupério, 2013; Santos, 2015; Seabra, 2007; WHO, 2018b).

Por estas razões, a promoção de um estilo de vida ativo nos jovens, deve ser um objetivo prioritário nos contextos educativos, onde a escola ocupa um lugar importante.

Escolhemos assim estudar a saúde mental e a prática desportiva em estudantes do 3º ciclo e do ensino secundário da cidade de Évora desenhando um estudo, que tem como principais objetivos: (1) Caracterizar a Saúde Mental e a Prática desportiva dos estudantes adolescentes que constituem a amostra em estudo; e, 2) Apreciar o efeito da prática desportiva na Saúde Mental dos adolescentes, considerando medidas de Saúde Mental Positiva (Bem-Estar Psicológico, Satisfação com a Vida e Satisfação Escolar) e de Psicopatologia (Ansiedade, Depressão e Stresse).

Esta dissertação encontra-se organizada em duas partes distintas, mas complementares. A primeira parte, de enquadramento teórico, está organizada em torno de dois capítulos: no primeiro capítulo – *Saúde Mental, Bem-Estar e Distress Psicológicos na Adolescência* – começa-se por clarificar alguns conceitos-chave desta investigação – Saúde Mental, Bem-Estar, Ansiedade, Depressão e Stresse, passando-se depois à apresentação de alguns dados da literatura relativos à saúde mental dos adolescentes; no segundo capítulo – *Prática Desportiva na Adolescência e seus*

benefícios – começa-se por delimitar conceitualmente os conceitos de Atividade Física, Exercício Físico e Desporto, de modo a explicitar o conceito de Prática Desportiva (PD) utilizado neste estudo, passando-se depois à caracterização da PD na adolescência, concluindo-se com a apresentação dos dados da literatura relativos aos benefícios psicológicos da prática desportiva. Na segunda parte apresentamos o estudo empírico, os objetivos e hipóteses de investigação, a metodologia, os resultados e sua discussão. Finalmente, na conclusão são sistematizadas as ideias principais desta investigação, suas implicações e limites.

PARTE 1 - ESTUDO TEÓRICO

CAPÍTULO 1 - SAÚDE MENTAL, BEM-ESTAR E *DISTRESS* PSICOLÓGICOS NA ADOLESCÊNCIA

Neste capítulo importa clarificar alguns dos conceitos-chave desta investigação e apresentar alguns dados da literatura relativos à Saúde Mental dos Adolescentes. Começamos pela evolução histórica do conceito de Saúde Mental para percebermos a relação entre Saúde Mental Positiva e Bem-estar. Depois serão apresentadas as duas principais abordagens teóricas do bem-estar, que estiveram na origem dos conceitos de Bem-Estar Subjetivo (BES) e Bem-Estar Psicológico (BEP). Passamos depois ao conceito de *distress* psicológico e sua relação com a psicopatologia, bem como à caracterização de três problemas psicológicos com elevada incidência na população global e académica - a Depressão, a Ansiedade e o Stresse. Concluímos este capítulo com a apresentação de alguns dados da investigação relativos à saúde mental na adolescência.

1.1. SAÚDE MENTAL POSITIVA E BEM-ESTAR

1.1.1. CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA DO CONCEITO DE SAÚDE MENTAL

Ao longo da história, várias foram as perspetivas para explicar a saúde e, principalmente, a doença. Contudo, só a partir do século XX é que surge a noção de multicausalidade, passando também a considerar-se os fatores psíquicos como possíveis causadores de doenças, em que o Homem passa a ser visto como um ser biopsicossocial ou holístico (Almeida, 2014).

Tendo em conta o modelo biopsicossocial, a Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu a saúde como o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade (WHO, 1946 cit. por Almeida, 2014). Mas, apesar desta descrição positiva de saúde por parte da OMS, durante muito tempo a saúde mental foi concetualizada à luz do modelo biomédico, assente numa abordagem maioritariamente psicopatológica (Fernandes, 2007; Santos, 2011); só a partir dos anos 80, o conceito é ampliado ao bem-estar humano em geral, ocorrendo uma “descentralização” na doença (Giesta, 2016).

Numa perspetiva atual, holística e positiva, a saúde mental sendo parte integrante da saúde do indivíduo, é definida como o estado de bem-estar no qual o indivíduo percebe o seu próprio potencial e utiliza as suas capacidades, lida com os eventos difíceis da vida, trabalha produtivamente e é capaz de contribuir de forma eficaz para a sua comunidade (WHO, 2005, 2013a). Assim, o bem-estar, o funcionamento eficaz de um indivíduo e o funcionamento eficaz para a comunidade são os três componentes que juntos compõem a saúde mental positiva (Westerhof & Keyes, 2010).

Segundo Keyes (2002, 2005), a saúde mental pode ainda ser definida como um estado completo em que os indivíduos não possuem qualquer tipo de psicopatologia e revelam elevados níveis de bem-estar emocional, psicológico e social, isto é, florescem (*flourish*) ao longo da sua vida. Esta conceção baseia-se num *continuum* de saúde mental: num extremo situa-se o estado de *languishing*, definido como um estado de saúde mental no qual o indivíduo considera que não está bem emocionalmente e que não tem um bom funcionamento; seguindo-se o estado de saúde mental moderada; e no outro extremo, o estado de *flourishing*, que se caracteriza por uma combinação de bem-estar emocional e funcionamento positivo.

De referir que, na perspetiva de Keyes (2002, 2005), a saúde mental e a doença mental não são extremidades opostas de uma dimensão bipolar, mas sim duas dimensões unipolares distintas, ainda que interrelacionadas. Logo, a ausência de doença mental não é igual à presença de saúde mental, mas ganhos em saúde mental diminuem a probabilidade de incidência de doença mental, e vice-versa (Keyes, Dhingra & Simões, 2010).

Uma vez que o bem-estar é condição essencial para a saúde mental positiva, importa compreender melhor este conceito, nomeadamente as duas principais perspetivas teóricas que têm originado maior volume de investigação: o Bem-Estar Subjetivo (BES) e o Bem-Estar Psicológico (BEP).

1.1.2. PRINCIPAIS MODELOS TEÓRICOS DO BEM-ESTAR

A origem do conceito de bem-estar encontra-se na discussão filosófica e científica entre o hedonismo e a eudaimonia como objetivos de vida, conduzindo à criação de duas correntes de pensamento que estão na base dos modelos atuais de bem-estar: o Bem-Estar Subjetivo e o Bem-Estar Psicológico (Fernandes, 2007; Freire, Zenhas, Tavares & Iglésias, 2013; Giesta, 2016; Westerhof & Keyes, 2010).

A perspetiva hedónica reside essencialmente no princípio da acumulação do prazer e evitamento da dor, pelo que a visão predominante é a de que o bem-estar engloba sentimentos de felicidade, prazer, afeto, satisfação e interesse nos diversos domínios da vida. Já a perspetiva eudaimónica é mais abrangente e diversificada, focando-se no funcionamento psicológico positivo, na autorrealização, desenvolvimento e florescimento humano (Almeida et al., 2018; Fernandes, 2007; Westerhof & Keyes, 2010).

1.1.2.1 Bem-Estar Subjetivo (BES)

O modelo do bem-estar atual que deriva da perspetiva hedónica denomina-se “bem-estar subjetivo” (*subjective well-being*: SWB) e tem em Ed Diener o seu principal investigador e sistematizador (Fernandes, 2007).

De um modo mais ou menos consensual, o constructo BES é constituído por uma dimensão afetiva (felicidade) e uma dimensão cognitiva (satisfação com a vida) (Fernandes, 2007; Freire, et al., 2013; Westerhof & Keyes, 2010).

A dimensão cognitiva referente à satisfação com a vida engloba um juízo avaliativo, tanto a um nível global da própria vida (apreciações globais da vida como um todo), como em domínios específicos (por exemplo, trabalho, lazer, matrimónio, amizade e saúde) (Freire et al., 2013; Tay & Diener, 2011; Westerhof & Keyes, 2010). Por sua vez, a dimensão afetiva é constituída por uma dimensão avaliativa afetiva, emocional positiva (alegria, afeição e orgulho) ou negativa (vergonha, culpa, tristeza e ansiedade), expressa também em termos globais (felicidade) ou específicos (emoções) (Galinha & Ribeiro, 2005; Westerhof & Keyes, 2010), refletindo experiências básicas dos diversos acontecimentos que fazem parte do ciclo de vida da pessoa (Giesta, 2016; Tay & Diener, 2011).

De uma maneira geral, os indivíduos que demonstram um bem-estar subjetivo elevado experienciam mais afetos positivos do que afetos negativos e fazem uma avaliação mais positiva da sua vida em termos globais (Galinha & Ribeiro, 2005).

Mas, importa realçar que, o bem-estar subjetivo por si só não significa saúde mental, pois apesar das adversidades da vida, algumas pessoas, sentem-se minimamente felizes e outras, em contextos favoráveis são infelizes. Trata-se de um elemento do bem-estar, necessário mas não suficiente, para se estar mentalmente saudável (Freire et al., 2013).

1.1.2.2 Bem-Estar Psicológico (BEP)

A perspectiva Eudaimónica resulta em parte das críticas à fragilidade das formulações que sustentavam o bem-estar subjetivo, e das críticas aos estudos psicológicos que enfatizavam a infelicidade e o sofrimento, negligenciando as causas e consequências do funcionamento positivo (Almeida et al., 2018; Fernandes, 2007).

Proposto por Carol Ryff nos anos 80, o modelo do “bem-estar psicológico” (*psychological well-being*: PWB) preconiza o bem-estar como um constructo multidimensional que engloba seis dimensões centrais do funcionamento psicológico positivo ou ótimo: autonomia, domínio do meio, crescimento pessoal, relações positivas com os outros, objetivos (propósitos) na vida e aceitação de si (ou autoaceitação) (Ryff, 1989; Ryff & Keyes, 1995; Westerhof & Keyes, 2010).

A *autonomia* diz respeito às qualidades individuais de autodeterminação, independência e capacidade de autorregulação e de resistência às pressões sociais consideradas desagradáveis. O *domínio do meio* reflete a capacidade para gerir o meio envolvente, criando contextos adequados às suas necessidades e ser capaz de aproveitar as oportunidades. O *crescimento pessoal* envolve o sentimento de desenvolvimento contínuo e abertura a novas experiências de vida necessárias à maximização do seu potencial. A *relação positiva com os outros* refere-se à capacidade de ter ou desenvolver relações sociais de confiança, calorosas e satisfatórias e à capacidade de empatia e intimidade. *Objetivos na vida* diz respeito à definição de propósitos de vida, ou seja, possuir objetivos e crenças que mostram um sentimento de direção na vida e de finalidade e um significado face à mesma. Por fim, a *aceitação de si* corresponde à avaliação positiva que o indivíduo faz de si próprio e sobre a sua vida, e assim sobre o nível de conhecimento e aceitação das suas próprias atitudes e características de personalidade (Almeida et al., 2018; Fernandes, 2007; Fernandes et al., 2011; Machado & Bandeira, 2012; Ryff, 1989; Ryff & Keyes, 1995; Keyes, 2005; Westerhof & Keyes, 2010).

Estas dimensões devem ser analisadas como constituintes do bem-estar e não como contributos para o bem-estar (Ryff, 1989). Assim, de acordo com a dimensão do BEP na saúde mental, um indivíduo com um nível elevado de bem-estar, tende a gostar de si próprio e a aceitar os múltiplos aspetos da sua personalidade, a estabelecer relações próximas e de confiança com os outros, a avaliar o seu crescimento pessoal positivamente, a atribuir uma direção à sua vida, a adequar o

ambiente para responder às suas necessidades e, a apresentar maior grau de independência (Keyes, 2002).

Trata-se realmente de um modelo interessante na medida em que contempla dimensões subjetivas, sociais e psicológicas e de comportamentos relacionados com a saúde, podendo ser aplicado em diferentes contextos e com diferentes populações, com particular relevância em Psicologia do Desporto (Romero Carrasco, García-Mas & Brustad, 2009), motivos pelos quais optámos por utilizar este modelo no nosso estudo empírico.

Mas, antes de concluir este tópico, gostaríamos de realçar que, em complementaridade a esta concetualização do bem-estar psicológico, Keyes (2002) sugere a noção de Bem-Estar Social, visto que, os indivíduos estão inseridos em estruturas sociais, sujeitos diariamente a tarefas e desafios inerentes a essas relações sociais e a avaliarem a qualidade das suas vidas e o seu funcionamento pessoal atendendo a critérios sociais. Para este autor, a saúde mental pode ser definida pela combinação de sintomas de bem-estar emocional (satisfação com a vida e sentimentos positivos) com sintomas de bem-estar psicológico e social (funcionamento positivo), integrando, em certa medida, todas as perspetivas do bem-estar (Ferreira, 2015).

1.2. DISTRESS PSICOLÓGICO E PSICOPATOLOGIA

O conceito de *distress* psicológico decorre do termo *stress*, referindo-se ao mal-estar psicológico experienciado em situações percebidas como exigentes face aos recursos que o indivíduo dispõe, que pode repercutir-se em dificuldade de responder de forma adaptativa aos fatores indutores de *stress* (*stressores*) (Conceição, 2016; Varela, Pereira, Pereira & Santos, 2017; Westerhof & Keyes, 2010). Assim, o *distress* enquanto dificuldade (percebida pelo próprio) de adaptação às exigências (internas e externas) pode contribuir para vulnerabilizar o indivíduo e manifestar-se sob a forma de sintomatologia ansiosa (e.g. dificuldade de concentração; insónia; tensão) ou depressiva (e.g. humor depressivo, perda de interesse nas atividades; desesperança) (Drapeau, Marchand & Baulieu-Prévost, 2012), mas não necessariamente (Conceição, 2016).

Deste modo, o *distress* ou mal-estar psicológico pode ser considerado enquanto parte integrante do conceito de saúde mental, o qual é também constituído pelo de bem-estar psicológico, verificando-se que a saúde mental não é determinada

pela ausência de sintomatologia (presença de sintomas; e.g. sintomatologia depressiva) ou perturbação psicológica (conjunto organizado de sintomas que corresponde a critérios clínicos, e.g. depressão), mas antes pelo grau em que se manifestam as dimensões de bem-estar e *distress* psicológicos (Conceição, 2016).

Importa então distinguir os conceitos de saúde mental e doença mental, já que segundo Keyes (2005) estamos perante dois conceitos separados e que devem ser medidos de forma distinta, nomeadamente a saúde mental deve ser medida por indicadores de bem-estar e a doença mental por sintomas identificados em perturbações de doença mental.

Não existindo uma definição consensual de doença ou perturbação mental, este conceito é normalmente explicado como uma condição clinicamente significativa, que interfere claramente com o funcionamento cognitivo, emocional e social do indivíduo e que causa sofrimento (Caldas de Almeida, 2018; Giesta, 2016; WHO, 2005; Santos, 2015). Claro está que o sofrimento e a incapacidade são variáveis de dimensão contínua, e por isso as classificações³ tendem a introduzir critérios de número de sintomas, tempo de duração e “prejuízo clinicamente significativo” para se poder medir o que se está a avaliar (Santos, 2015, p.21).

De salientar que entre o normal e o patológico existe todo um gradiente de situações. Por sua vez, em saúde mental da infância e da adolescência torna-se particularmente difícil definir a fronteira entre o normal e o patológico, dado que diversos sintomas podem aparecer no decurso normal do desenvolvimento, sendo geralmente transitórios e sem evolução patológica (Marques & Cepêda, 2009).

Alguns autores fazem ainda a distinção entre “problemas de saúde mental” e “perturbação ou doença mental” (e.g. Caldas de Almeida, 2018; Santos, 2015). Os problemas de saúde mental surgem normalmente com menor intensidade, são transitórios e limitados a alguns contextos, sem que estejam definidos os critérios de diagnóstico para uma perturbação mental, ainda que possam exigir a necessidade de ajuda técnica (Caldas de Almeida, 2018; Marques & Cepêda, 2009; Santos, 2015).

A nível nacional não existem dados epidemiológicos que nos permitam conhecer a prevalência das doenças mentais em adolescentes (Santos, 2015), no entanto existem alguns estudos com dados relevantes, especialmente para os adultos.

³ Os manuais de classificação das perturbações mentais mais utilizados internacionalmente são: a Classificação Internacional das Doenças, 10ª edição (CID-10) da Organização Mundial de Saúde (WHO, 1994) e o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, 5ª edição (DSM-V), da Associação Americana de Psiquiatria (APA, 2014).

Por exemplo, o Relatório da Direção Geral de Saúde (DGS) – “Saúde Mental em Números 2015” revela que as proporções mais altas de registo nos Cuidados de Saúde Primários relacionaram-se com perturbações depressivas, seguidas de perturbações de ansiedade (cf. DGS, 2016a) e o registo de utentes com estas perturbações tem vindo a aumentar desde 2011 (cf. DGS, 2017a). Por sua vez, diversas investigações têm reforçado a forte relação entre as perturbações de ansiedade e as respostas de stresse, bem como uma forte comorbilidade entre as perturbações de ansiedade e a depressão (e.g., Pais-Ribeiro, Honrado & Leal, 2004a, 2004b; Pinto, Martins, Pinheiro & Oliveira, 2015; Veigas & Gonçalves, 2009). Neste sentido, face aos vários fatores que podem contribuir para o desenvolvimento destas perturbações, bem como as suas consequências no bem-estar e qualidade de vida das pessoas, torna-se pertinente estudar melhor a Ansiedade, a Depressão e o Stresse, pela sua elevada incidência na população global (Caldas de Almeida, 2018) e académica (Almeida, 2014), e assim são analisadas no nosso estudo empírico.

1.2.1. ANSIEDADE

A ansiedade tem sido definida como uma resposta adaptativa do organismo, caracterizada por um conjunto de alterações fisiológicas, comportamentais e cognitivas, que se traduzem num estado de ativação e alerta face a um sinal de perigo ou ameaça à integridade física ou psicológica. No entanto, a ansiedade pode tornar-se patológica quando deixa de ser adaptativa, isto é, quando o perigo a que pretende responder não é real ou quando o nível de ativação e duração são desproporcionais face à situação objetiva (Pinto et al., 2015). Torna-se assim importante avaliar a intensidade, duração e frequência da sintomatologia, bem como as condições que antecederam os sintomas e a forma como esses sintomas interferem com o dia-a-dia, para se atribuir o diagnóstico adequado (American Psychiatric Association [APA], 2010).

Segundo a classificação do DSM-V (APA, 2014), nas perturbações da ansiedade enquadram-se - Perturbação de Ansiedade de Separação; Mutismo Seletivo; Fobia Específica; Perturbação de Ansiedade Social (Fobia Social); Perturbação de Pânico; Perturbação da Ansiedade Generalizada; Perturbação de Ansiedade Induzida por substância/medicamento; Perturbação de Ansiedade devido a outra Perturbação Médica; Perturbação da Ansiedade com Outra Especificação e Perturbação de Ansiedade Não Especificada. Todas elas compartilham características de medo e ansiedade excessivos e perturbações comportamentais relacionados,

sendo que o *medo* é a resposta emocional à ameaça eminente real ou percebida e a *ansiedade* é a antecipação de ameaça futura. Por sua vez, as perturbações de ansiedade diferem entre si nos tipos de objetos ou situações que induzem medo, ansiedade ou comportamento de esquiva e na ideação cognitiva associada (APA, 2014).

Os sintomas psicológicos de ansiedade incluem um sentimento de apreensão dirigido ao futuro, como se algo ameaçasse a pessoa, inquietação, irritabilidade e dificuldade de concentração, enquanto os sintomas físicos podem manifestar-se através de boca seca, tensão muscular, tremor, sudação, vertigens, insónias, sintomas cardiovasculares (taquicardia, palpitações,...), sintomas digestivos (cólicas abdominais, náuseas, vômitos,...) e sintomas respiratórios (pressão torácica, dificuldade em respirar,...). Na *perturbação de ansiedade generalizada* (que é a mais comum), os sintomas são persistentes e não associados a quaisquer circunstâncias particulares; por sua vez, a *perturbação do pânico* caracteriza-se por uma ou mais crises de pânico inesperadas e sem ligação a circunstâncias particulares, durante as quais o indivíduo apresenta sintomas de ansiedade aguda; enquanto nas *perturbações fóbicas* os sintomas de ansiedade são intermitentes e só aparecem em circunstâncias especiais (Caldas de Almeida, 2018).

De acordo com a OMS (WHO, 2017), a duração dos sintomas tipicamente experimentados por pessoas com perturbações de ansiedade torna-a mais uma doença crónica do que episódica, sendo a mesma altamente prevalente na população global (cerca de 3,6% da população mundial). Em Portugal, a taxa de prevalência foi estimada em 16,5% (Caldas de Almeida & Xavier, 2013), sendo uma das mais altas entre os países da Europa (DGS, 2017b). A ansiedade é mais comum entre as mulheres (4,6% em comparação com 2,6% nos homens, a nível global) e as taxas de prevalência não variam substancialmente entre os grupos etários (embora com uma tendência para menor prevalência entre as pessoas mais idosas) (DGS, 2017b; WHO, 2017).

Alguns estudos têm revelado comorbilidade entre a ansiedade e outras perturbações mentais, em particular com a depressão, o que torna os diagnósticos mais severos, com piores prognósticos e menor taxa de adesão aos tratamentos (Ferreira, 2015; Manso & Matos, 2006). É ainda de salientar a existência de sintomas comuns à depressão e à ansiedade, tais como tensão, dificuldades em dormir, angustia, agitação e queixas somáticas, o que torna difícil decidir qual das duas perturbações predomina, motivo pelo qual a CID-10 (WHO, 1994) forneceu uma

categoria mista (*Transtorno misto de ansiedade e depressão*) como forma de não forçar a atribuição de um dos diagnósticos.

1.2.2. DEPRESSÃO

A existência de um período de tristeza ou desânimo é comum entre os indivíduos, sendo uma resposta normal às desilusões ou frustrações do dia-a-dia. Trata-se de episódios de curta duração enquanto dura o processo de adaptação à perda, alteração ou fracasso (seja real ou percebido) que foi experienciado. A depressão, como quadro patológico, ocorre quando este processo de adaptação não é eficaz (Almeida, 2014). Ou seja, o termo depressão pode descrever um combinado de fenómenos, que em continuidade, variam entre a tristeza normal até ao patamar de uma perturbação (ou doença mental), onde essa tristeza se torna permanente ao longo do tempo, em níveis de intensidade definidos, e em fusão com vários outros sintomas psicológicos e somáticos, afetando o funcionamento pessoal e social, e eventualmente, a própria vida (Caldas de Almeida, 2018).

A depressão é normalmente definida como uma perturbação mental comum, caracterizada por tristeza, perda de interesse ou prazer, sentimentos de culpa e autoestima baixa, perturbações do sono ou do apetite, sensação de cansaço e baixo nível de concentração (DGS, 2017b; WHO, 2017, 2018c). A depressão pode ser de longa duração ou recorrente, prejudicando substancialmente a capacidade de uma pessoa funcionar no trabalho ou na escola ou lidar com a vida diária; na sua forma mais grave pode levar ao suicídio (Braga & Dell'Aglio, 2013; DGS, 2017b; WHO, 2007).

De acordo com o DSM-V (APA, 2014) a *perturbação depressiva maior* (ou episódio depressivo) representa a condição clássica de entre um conjunto de diferentes perturbações depressivas que se distinguem essencialmente em aspetos como a duração, o momento ou a etiologia presumida. Ela é caracterizada por episódios distintos de pelo menos duas semanas de duração (embora a maioria dos episódios dure um tempo consideravelmente maior), durante os quais predomina um humor deprimido ou perda de interesse ou prazer em quase todas as atividades. Nas crianças e adolescentes, o humor pode apresentar-se irritável em vez de triste. O indivíduo pode ainda experienciar pelo menos quatro sintomas adicionais: alteração no apetite ou peso, no sono e na atividade psicomotora; diminuição de energia; sentimentos de desvalia ou culpa; dificuldade para pensar, concentrar-se ou tomar decisões; ou pensamentos recorrentes de morte ou ideação suicida, planos ou

tentativas de suicídio. Dependendo do número e da gravidade dos sintomas, um episódio depressivo pode ser categorizado como leve, moderado ou grave. Uma forma mais crónica ou persistente de depressão, a *distímia*, pode ser diagnosticada quando a perturbação do humor continua por pelo menos dois anos em adultos e um ano em crianças; os seus sintomas são semelhantes aos do episódio depressivo, mas tendem a ser menos intensos e a durar mais tempo (APA, 2014).

A depressão é uma das perturbações mais prevalentes e com consequências devastadoras para o indivíduo – pessoais, profissionais e sociais, sendo classificada pela OMS como o maior contribuinte da incapacidade para a atividade produtiva (WHO, 2017; DGS, 2017b).

Segundo a OMS, estima-se que cerca de 4,4% da população mundial é afetada pela depressão, e uma parte experimenta ainda simultaneamente algum tipo de perturbação de ansiedade (comorbilidade) (WHO, 2017; DGS, 2017b). Em Portugal, a taxa de prevalência das perturbações depressivas foi estimada em 7,9% (Caldas de Almeida & Xavier, 2013).

As taxas de prevalência da depressão variam de acordo com a idade (atingindo o seu pico na idade adulta mais avançada), sendo mais prevalente no feminino do que no masculino (5,1% nas mulheres em comparação com 3,6% nos homens, a nível mundial) (WHO, 2017, 2018c). A depressão também ocorre em crianças e adolescentes com idade inferior a 15 anos, mas num nível mais baixo do que nos grupos etários mais avançados e com formas de manifestação indiretas (alterações do comportamento, do sono ou do apetite; dificuldade de concentração) (WHO, 2017).

1.2.3. STRESSE

O stresse pode ser entendido como um processo complexo gerado por uma resposta não específica do indivíduo a um *stressor* (interno ou externo), que interfere com o equilíbrio interno do organismo. A resposta de stresse produz alterações cognitivas, comportamentais e fisiológicas, e depende da discrepância entre a forma como o indivíduo percebe o *stressor* e como percebe a sua capacidade para lidar com o mesmo (Caires & Silva, 2011; Pinto et al., 2015; Santos, 2011; Vaz Serra, 2000, 2007).

Para lidar com as exigências específicas avaliadas como ultrapassando os seus recursos, ou seja, para lidar com o stresse, o indivíduo vai realizar esforços cognitivos e comportamentais, as denominadas estratégias de *coping*. Estas podem

ser divididas em estratégias focadas no problema, em que se fazem tentativas de alterar ativamente a situação problemática e em estratégias focadas nas emoções, em que se tenta lidar com as respostas emocionais à situação problemática (Lazarus & Folkman, 1984, 1986 cit. Caires & Silva, 2011). Assim, estratégias de *coping* eficazes ou adaptativas conduzirão à resolução do problema ou à diminuição do stresse, enquanto estratégias ineficazes ou maladaptativas manterão ou agravarão as respostas de stresse, sendo que a investigação evidencia efeitos positivos do *coping* centrado no problema e efeitos negativos do *coping* centrado na emoção (promotores dos níveis de stresse) (Caires & Santos, 2011). Como exemplos de estratégias maladaptativas salientam-se os comportamentos de risco, especialmente aqueles associados aos consumos, por exemplo, alguns estudantes começam a fumar e a consumir mais álcool, como forma de lidarem com as emoções negativas provenientes de estados de stresse (Santos, 2011). Tal como refere Carr (2004 cit. por Caires & Silva, 2011), a negação continuada da situação, o recurso a álcool e/ou drogas, os comportamentos agressivos, a autoculpabilização ou o envolvimento em fantasias são comportamentos que podem levar a um alívio momentâneo, mas que tendem a manter - e não a resolver - os problemas relacionados com o stresse.

Os estímulos externos que podem desencadear stresse derivam normalmente de circunstâncias de vida e das relações com as pessoas, como excesso de trabalho, desemprego, problemas económicos, desarmonia familiar, acidentes, morte, violência, tensão, medo e doença, enquanto os estímulos internos se referem ao repertório de pensamentos, crenças e valores individuais, e forma de percecionar o mundo (Vaz Serra, 2000, 2007). No que diz respeito aos adolescentes e jovens estudantes, a investigação indica como principais fatores de stresse os que dizem respeito à vida académica, tais como, os testes, as notas, as expectativas de desempenho relativas ao presente e ao futuro e os objetivos futuros (Caires & Santos, 2011; Santos, Santos, 2011).

Selye (1974 cit. por Pinto et al., 2015) descreveu a resposta orgânica aos *stressores* como Síndrome de Adaptação Geral, a qual possui três fases. A primeira - alerta - é considerada a fase na qual o indivíduo ganha energia devido à produção de adrenalina, assegurando a sobrevivência. A segunda - resistência - é a fase em que o indivíduo tenta lidar automaticamente com os *stressores* de forma a manter a homeostasia. E, a terceira fase - exaustão - ocorre quando os fatores de stresse persistem em frequência e intensidade, ocorrendo uma quebra da resistência. É nesta

última fase que surgem frequentemente perturbações físicas e psicológicas, tais como enfarte, depressão, e ansiedade (Pinto et al., 2015).

Desta forma, pode-se afirmar que, em níveis moderados, o stresse capacita o indivíduo para lidar com situações de mudança e adversas; proporciona uma melhor percepção dessas situações e das suas consequências; permite um processamento mais rápido da informação e capacidade de resolução de problemas; e, aumenta a motivação, energia e produtividade (Pinto et al., 2015). Em contrapartida, o stresse, quando intenso e prolongado é prejudicial para o ser humano, interferindo na sua saúde, qualidade de vida e produtividade (Vaz Serra, 2000).

O stresse pode manifestar-se através de sintomas físicos e psicológicos. Os sintomas físicos mais comuns no stresse são: fadiga, dores de cabeça, insónia, dores no corpo, palpitações, alterações intestinais, náuseas, tremores, extremidades frias e resfriados constantes; e os sintomas psicológicos são: diminuição da concentração e memória, indecisão, confusão, perda do sentido de humor, ansiedade, nervosismo, depressão, raiva, frustração, preocupação, medo, irritabilidade e impaciência (Vaz Serra, 2007).

Atualmente, a literatura estabelece uma distinção entre stresse positivo/benéfico – *Eustress* – e stresse nocivo/negativo – *Distress*. O primeiro está associado a uma quantidade de stresse que nos mantém ativos e nos faz enfrentar desafios face às exigências. Por sua vez o *Distress*, relaciona-se com o decréscimo das capacidades do indivíduo, originando uma sensação de impotência face aos obstáculos e uma consequente má adaptação à situação de exigência vivida. A exposição intensa, repetitiva e prolongada a este tipo de stresse conduz a consequências significativas na saúde física e mental dos indivíduos, nomeadamente “pode constituir uma causa direta” do aparecimento duma perturbação mental ou no caso de indivíduos que já apresentem manifestações psicopatológicas “pode exacerbar os sintomas” (Vaz Serra, 2000, p.268). Visto isto, neste trabalho sempre que posteriormente se remeter para o stresse é no sentido de *distress*, e não de *eustress*.

Importa também referir que na opinião de Selye (1952, cit. por Lovibond & Lovibond, 1995), os acontecimentos de vida stressantes podem precipitar episódios de depressão e de ansiedade, bem como levar a respostas características de stresse, existindo por isso uma elevada comorbilidade entre estes problemas psicológicos, o que levou alguns autores a propor o Modelo Tripartido que passamos brevemente a apresentar.

1.2.4. MODELO TRIPARTIDO: ANSIEDADE, DEPRESSÃO E STRESSES

A dificuldade em separar empiricamente a ansiedade e a depressão esteve na origem do desenvolvimento do Modelo Tripartido (Clark & Watson, 1991 cit. Lovibond & Lovibond, 1995). De acordo com este modelo, os sintomas de ansiedade e depressão podem ser agrupados em três estruturas básicas: afeto negativo, afeto positivo e tensão somática. O afeto negativo (também designado por *distress*) diz respeito aos sintomas inespecíficos comuns à ansiedade e depressão, que podem ajudar a compreender a comorbilidade, a sobreposição de sintomas, e a forte associação entre medidas de ansiedade e de depressão (e.g. insónia, inquietação, irritabilidade e dificuldade de concentração). O baixo afeto positivo inclui os sintomas de anedonia específicos da depressão, tais como, a falta de entusiasmo e de energia. Por fim, a tensão somática é a dimensão específica da ansiedade, que inclui sintomas como queixas somáticas e hiperexcitação (Lovibond & Lovibond, 1995; Pinto et al, 2015; Ribeiro, Honrado & Leal, 2004).

Com o objetivo de operacionalizar o Modelo Tripartido, Lovibond e Lovibond (1991) construíram a *Depression Anxiety Stress Scale (DASS)*, que se encontra adaptada ao contexto nacional para diferentes populações, quer na sua versão original de 42 itens, quer na versão reduzida de 21 itens, sendo conhecida por EADS - Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse (Pais et al., 2004a, 2004b; Leal, Antunes, Passos, Pais-Ribeiro & Maroco, 2009). No nosso estudo empírico para avaliar a presença de sintomas de ansiedade, depressão e stresse utilizámos uma versão deste instrumento adaptada para crianças e adolescentes, designada por EADS-C (cf. Leal et al., 2009).

Na revisão da literatura não encontramos muitos estudos no contexto nacional que relacionassem os resultados na EADS-C com outras medidas relativas à saúde e bem-estar em adolescentes. Contudo, destacamos aqui um estudo realizado por Vilas Boas (2016) junto de 884 estudantes do 7º ao 12º ano de uma escola do norte de Portugal, onde se encontraram associações positivas entre os resultados em escalas de funcionamento psicológico positivo (autoestima, felicidade e satisfação com a vida) e associações negativas entre estes e os resultados obtidos na EADS-C (ansiedade, depressão e stresse).

Apresentados alguns dos conceitos-chave do nosso estudo – Saúde Mental, Bem-Estar, Ansiedade, Depressão e Stresse – centramos agora o nosso olhar no público-alvo desta investigação, com a apresentação de alguns dados da literatura relativos à saúde mental na adolescência.

1.3. SAÚDE MENTAL NA ADOLESCÊNCIA: ALGUNS DADOS DA INVESTIGAÇÃO

A adolescência, com limites indefinidos em termos cronológicos⁴, trata-se de um período situado entre a infância e a idade adulta, marcado por desafios, que exigem grandes mudanças, aprendizagens e adaptações do próprio ao seu contexto familiar e social, mas também de grandes oportunidades de desenvolvimento físico, cognitivo, emocional e social (Carreto, 2012; Lemos, 2007; Papalia, Olds & Feldman, 2009; Portolés, 2014; WHO, 2002).

O adolescente depara-se com o desafio de se redefinir em relação ao seu corpo sexuado, à sua identidade e ao seu meio, em especial em relação aos seus pais (Brito, 2011). O pensamento do adolescente, torna-se mais complexo, permitindo-lhe pensar em alternativas, colocar-se na perspectiva do outro, refletir acerca do seu comportamento e do de outros, pensar em termos abstratos e pensar sobre o seu próprio pensamento (ou metacognição) (Papalia et al., 2009). Adquirindo assim uma maior capacidade para lidar com os desafios do meio e ultrapassá-los (Carreto, 2012).

Contudo, alguns autores consideram que as alterações biopsicossociais levadas a cabo durante a adolescência tornam o adolescente mais vulnerável ao desenvolvimento de problemas psicopatológicos (Bizarro, 1999; Fernandes, 2007; Lemos, 2007; Santos, 2015).

Importa realçar que quando falarmos de psicopatologia na infância e na adolescência comumente empregamos o termo clínico desajustamento psicológico para designar e classificar duas classes de problemas, as perturbações de externalização (ou exteriorizadas) e de internalização (ou interiorizadas). As perturbações de externalização caracterizam-se por comportamentos que são disruptivos para o próprio e para os outros, resultantes de dificuldades de autocontrolo e/ou autorregulação, enquanto as perturbações de internalização envolvem um conjunto de alterações nas emoções e estados de humor, que ocorrem devido a um excesso de controlo dos seus impulsos e estados internos (Eisenberg, Fabes, Guthrie, & Murphy, 1996 cit. por Carreto, 2012). Na opinião de alguns autores (e.g. González & Portolés, 2014), na adolescência iniciam-se e/ou incrementam-se condutas e

⁴ Como a adolescência está sujeita a diversas variações e influências de natureza histórica e sociocultural, torna-se difícil reunir consenso relativamente à delimitação dos seus níveis etários. No entanto, a OMS para fins de planificação de programas de prevenção de saúde considera a adolescência como o período que decorre entre os 10 e os 19 anos (WHO, 2014).

aprendizagens externalizantes (antissocial, agressividade, maltrato, violência) e internalizantes (timidez, ansiedade social).

Convém também referir que na adolescência a incidência de psicopatologia assume um padrão diferente da infância: o abuso de substâncias torna-se mais frequente neste período, encontra-se uma maior ocorrência de perturbações depressivas e é geralmente neste período de vida que se despoletam as perturbações do comportamento alimentar (Manso & Matos, 2006). Para além disso, na adolescência surgem com maior frequência os problemas de adaptação associados a quebras no rendimento académico, a diminuição das competências sociais e a comportamento antissocial e a delinquência (Lemos, 2007).

De acordo com Lee e colaboradores (2014), a saúde mental do adolescente é um problema crescente e preocupante, referindo que atualmente um em cada cinco adolescentes tem problemas de saúde mental que persistem na idade adulta. Para colmatar esta problemática, a OMS (WHO, 2013b) através do Plano de Ação para a Saúde Mental 2013-2020, recomenda programas de prevenção destinados a adolescentes, que tenham por objetivo a identificação precoce dos sinais de doença mental, de forma a proceder precocemente ao encaminhamento e intervenção da problemática.

Apesar de alguns estudos internacionais indicarem que cerca de 10 a 20% dos adolescentes experienciam anualmente algum problema de saúde mental, em Portugal não dispomos de dados epidemiológicos que permitam conhecer a sua prevalência na adolescência (Santos, 2015; WHO, 2018a). Contudo, existem alguns estudos que nos dão alguns indicadores e que passamos a descrever.

1.3.1. ADOLESCÊNCIA E PSICOPATOLOGIA

Segundo a OMS (WHO, 2018a), muitos dos problemas de saúde mental tendem a aparecer no final da infância ou início da adolescência.

Brito (2011) refere que as perturbações mais estudadas na adolescência são a ansiedade e a depressão pela sua incidência nesta fase da vida, motivo pelo qual vamos dar maior ênfase a estas duas perturbações, consideradas no nosso estudo empírico.

1.3.1.1 Ansiedade na Adolescência

Na infância e na adolescência a ansiedade é uma experiência comum, funcional e transitória, cuja natureza e intensidade variam de acordo com o estágio de desenvolvimento. No entanto, a ansiedade pode aumentar de intensidade e tornar-se, muitas vezes crônica e disfuncional do ponto de vista do desenvolvimento sócio emocional (Borges, Manso, Tomé & Matos, 2008).

De acordo com Brito (2011), a ansiedade é uma emoção frequente, sinal de alarme perante uma situação que pode constituir uma ameaça. Neste sentido, o adolescente pode sentir-se ameaçado pelas grandes alterações que lhe estão a acontecer: no seu corpo, que não controla, nos conflitos com os pais, em que os conflitos de dependência/autonomia são constantes, nos receios que sente relativamente às suas competências sociais, escolares e na relação com os pares; pode então desenvolver ataques de pânico ou fobias, apresentar comportamentos de risco, consumir álcool e drogas ou ter um comportamento sexual impulsivo, como tentativas para negar os seus medos.

Alguns estudos indicam que a prevalência das perturbações de ansiedade em adolescentes varia entre os 3 e os 13% (Borges et al., 2008). A investigação aponta também para uma maior prevalência da ansiedade nas raparigas comparativamente aos rapazes (Borges et al., 2008; Manso & Matos, 2006; Matos et al., 2012; WHO, 2018a), o que pode estar relacionado com a sua maior tendência para internalizar o *distress*, enquanto os rapazes são incitados socialmente a externalizá-lo (Ferreira, 2015).

Destacamos aqui um estudo realizado no contexto nacional por Borges e colaboradores (2008) que envolveu uma amostra de 916 estudantes com idades compreendidas entre os 10 e os 22 anos. Neste estudo verificou-se que os jovens mais velhos (18-22 anos) apresentavam um maior nível de sintomas de tensão e um índice de perturbação da ansiedade mais elevado, enquanto os mais novos (10-13 anos) apresentavam maior nível de ansiedade de separação/ pânico. Por sua vez, as raparigas apresentaram resultados significativamente mais elevados que os rapazes em todas as dimensões avaliadas, nomeadamente: sintomas de tensão, sintomas somáticos, perfeccionismo, *coping* ansioso, medo de humilhação, medo de desempenho, ansiedade separação/pânico, índice de perturbação de ansiedade e ansiedade total.

Podemos assim concluir que as raparigas constituem um grupo de maior vulnerabilidade ao desenvolvimento de perturbações de ansiedade.

1.3.1.2 Depressão na Adolescência

As alterações de humor são frequentes na adolescência, podendo ocorrer uma fase transitória de depressividade (Fleming, 2010). Quando os sintomas depressivos tardam em desaparecer, se mantêm durante dias e/ou semanas e acarretam repercussões negativas no funcionamento social, familiar e escolar podemos estar perante um quadro clínico de depressão (Brito, 2011; Santos, 2015).

Outro aspeto importante a considerar é que a depressão na adolescência pode não apresentar os mesmos contornos da depressão na idade adulta, passando muitas vezes despercebida. Por exemplo, Braconnier e Marcelli (2000) referem que a depressão na adolescência pode manifestar-se através de um quadro de condutas agressivas, provocadoras, ou queixas somáticas sem motivo aparente.

A prevalência da depressão na adolescência está estimada entre 4% a 8%, com uma incidência de aproximadamente 20% aos 18 anos de idade, sendo o rácio de rapaz/rapariga de 1:2 (Brito, 2011).

Atualmente considera-se que a alta prevalência de depressão clínica e dos respetivos sintomas no final da adolescência apoia a visão partilhada por muitos investigadores de que a depressão é o problema de saúde mental de maior impacto que afeta os anos da adolescência (Aseltine, Gore & Colten, 1994 cit. por Manso & Matos, 2006). Para além disso, a depressão é um dos principais fatores de risco para o suicídio (Braga & Dell'Aglio, 2013), que constitui a terceira causa de morte entre os adolescentes dos 15 aos 19 anos (WHO, 2018b).

No contexto nacional existem poucos estudos sobre a prevalência de sintomas depressivos junto de adolescentes. Destacamos aqui um estudo realizado por Cardoso, Rodrigues e Vilar, em 2004, com 570 adolescentes, com idades compreendidas entre os 12 e 17 anos. Neste estudo verificou-se que 11,20% dos jovens evidenciavam sintomas depressivos reveladores de sofrimento psicológico, sendo 7,02% do sexo feminino e 4,56% do sexo masculino. Estas diferenças de género revelaram-se estatisticamente significativas, indicando uma maior prevalência de sintomas depressivos nas raparigas; não existindo diferenças estatisticamente significativas em função da idade. Para além disso, este estudo permitiu verificar que a existência de doença grave, a frequência com que se está doente, o consumo de

álcool e o consumo de tabaco constituíam as variáveis que mais estavam relacionadas com a prevalência de sintomas depressivos (*cf.* Cardoso et al., 2004).

De facto, a OMS tem vindo a constatar que a saúde mental dos adolescentes se encontra relacionada com os comportamentos assumidos nesta fase da vida, tais como: a idade com que se inicia a vida sexual e se utiliza proteção, os hábitos alimentares, os níveis de atividade física, e o uso de tabaco, álcool e outras substâncias psicoativas (WHO, 2014, 2018a, 2018b).

1.3.1.3 Distress Psicológico na Adolescência

A adolescência como já referimos é uma etapa caracterizada por alterações ao nível físico, cognitivo e psicossocial, durante a qual têm de ser realizadas diferentes tarefas desenvolvimentais. A consolidação da identidade, a menor dependência dos pais, o início das relações de intimidade fora da família imediata e a escolha de uma profissão são algumas das mais importantes (Papalia, Olds & Feldman, 2009). Estas tarefas envolvem ações reorganizativas – internas e externas – rumo à idade adulta, que podem vulnerabilizar o adolescente, e desencadear situações de *distress* (ou mal-estar psicológico) (Bizarro, 1999; Caires & Silva, 2011).

No estudo realizado por Caires e Silva (2011) que procurou analisar a relação entre fatores de stresse e estratégias de *coping*, junto de uma amostra de adolescentes do 12º ano de escolaridade, verificou-se níveis de stresse medianos, sendo a área académica e vocacional a de maior dificuldade (nomeadamente, as preocupações relacionadas com o acesso ao ensino superior – avaliação nos exames, média no ensino secundário, escolha de um curso, ...). Este estudo evidenciou também diferenças de género, quer na intensidade com que o stresse é vivenciado (com as raparigas a evidenciarem maiores níveis de stresse comparativamente aos rapazes), quer no tipo de estratégias de *coping* utilizadas, destacando-se a “distração e relativização da situação” como a mais comumente utilizada pelos rapazes e a “procura de apoio fora da família” e a “resolução ativa dos problemas” mais recorrentes nas raparigas (*cf.* Caires & Silva, 2011).

Dado que no contexto nacional, os estudos realizados no âmbito do HBSC, constituem uma fonte importante para a compreensão da evolução dos comportamentos de saúde e de risco junto dos adolescentes portugueses, é importante referir que estes mesmos estudos evidenciam um aumento dos sinais de mal-estar psicológico ao longo dos anos, com um agravamento generalizado de

sintomas psicológicos no estudo HBSC de 2014 (Matos et al., 2015a). Um dos aspetos preocupantes que tem vindo a aumentar desde 2010 são os comportamentos autolesivos, verificando-se também um aumento desde 2006 dos jovens que referem sentirem-se tão tristes que não aguentam (de 3,5% em 2006 para 5,5% em 2014) (cf. Matos et al, 2015b). Estes estudos evidenciam ainda que são as raparigas que referem com maior frequência sentirem-se sós, pouco felizes e saudáveis, enquanto os rapazes reportam maiores níveis de iniciação e consumo de substâncias como é o caso do álcool, tabaco ou drogas.

Em síntese, os dados da literatura parecem apontar para um problema crescente e preocupante do mal-estar psicológico junto de adolescentes portugueses, que parece acompanhar a tendência do aumento de prevalência de perturbações psicológicas nas últimas décadas em todo o mundo, sobretudo nos países ocidentais (WHO, 2014, 2017).

Sabendo que a Saúde Mental não é apenas determinada pela ausência/presença de sintomatologia ou perturbação psicológica, mas também pelo grau em que se manifesta o bem-estar, importa conhecer alguns dados da literatura relativos a esta dimensão positiva da Saúde Mental na adolescência.

1.3.2. ADOLESCÊNCIA E BEM-ESTAR

Segundo a OMS (WHO, 2014), a saúde dos adolescentes inclui o bem-estar físico, psicológico e social, para além da ausência de enfermidades, estando estreitamente relacionada com o comportamento dos adolescentes.

Por estas razões, na adolescência o bem-estar assume grande relevância, assistindo-se nos últimos anos a uma preocupação crescente em estender os estudos sobre o bem-estar a esta população (Bizarro, 1999).

Apesar da importância do bem-estar na adolescência, a revisão da literatura permitiu verificar que em Portugal tem-se dado maior ênfase aos jovens estudantes do ensino superior, comparativamente aos do ensino básico e secundário.

Sendo confrontado com a ausência de instrumentos devidamente aferidos para a população adolescente, Fernandes (2007) desenvolveu o estudo de adaptação da escala de bem-estar psicológico de Carol Ryff para adolescentes. Tendo sido este o instrumento por nós utilizado no estudo empírico, doravante designada por EBEP - Escala de Bem-Estar Psicológico.

Passamos agora a apresentar alguns dados da literatura relativos ao BEP, à Satisfação com a Vida e à Satisfação Escolar.

1.3.2.1 Bem Estar-Psicológico na Adolescência

No estudo desenvolvido por Fernandes (2007), com uma amostra de 698 adolescentes, com idades compreendidas entre os 12 e os 18 anos, verificou-se que só 3 em cada 10 (30.5%) adolescentes cumpriram o critério de florescimento psicológico, traduzido por altos níveis de funcionamento psicológico positivo, e que os principais correlatos das medidas do BEP foram a relação com os pais, a satisfação escolar e a autoestima.

O estudo realizado por Fernandes (2007) aponta também para diferenças no BEP em função da idade e do género. Relativamente à idade, verificou-se uma tendência incremental ao longo da adolescência, apesar de essa evolução decorrer de modo não uniforme, mas sim em períodos alternados de menor e maior bem-estar psicológico à medida que a idade dos adolescentes avançava. Por sua vez, os adolescentes mais velhos percecionaram-se como mais autónomos, com maior número de competências ao nível do domínio do meio, com maiores níveis de crescimento pessoal e com uma esfera interpessoal mais positiva. Já no que diz respeito ao género, as raparigas evidenciaram níveis superiores de crescimento pessoal e de relações positivas com os outros, ao invés dos rapazes que reportaram valores mais elevados de aceitação de si, não se tendo encontrados diferenças significativas no Bem-Estar Global (*cf.* Fernandes, 2007).

Estudos realizados em Portugal, onde foi utilizada a escala desenvolvida por Fernandes (2007), apontam para uma relação positiva entre o BEP e o rendimento académico (nota a Português) (Carvalho, 2015), o sentimento de pertença à escola (Ventura, 2016) e a prática desportiva (Almeida et al., 2018). Por sua vez, estes estudos não evidenciam diferenças significativas em função da idade e do género ao nível do Bem-Estar Global, embora estas variáveis sociodemográficas se tornem relevantes na diferenciação de resultados quando se consideram as diferentes dimensões do BEP. No que diz respeito ao género, as raparigas tendem a apresentar resultados mais elevados nas Relações Positivas e no Crescimento Pessoal, enquanto os rapazes tendem a evidenciar resultados mais elevados na Aceitação de Si e no Domínio do Meio. Quanto à idade, os adolescentes mais novos tendem a apresentar

resultados mais elevados na Aceitação de Si e os adolescentes mais velhos na Autonomia.

Têm também sido encontradas diferenças no BEP em função da prática de atividade física em estudantes do ensino superior (a favor dos que apresentam uma prática regular) (Rodrigues, 2012) e do tipo de prática desportiva em estudantes do ensino profissional (a favor dos que praticam desportos coletivos) (Almeida et al., 2018).

Salientamos aqui o estudo desenvolvido por Almeida e colaboradores (2018) por ser o único que procurou relacionar o BEP e a prática desportiva em estudantes adolescentes. Assim, com o objetivo de analisar a influência específica de diferentes tipos de prática desportiva no BEP, os investigadores recorreram a uma amostra de 387 estudantes de uma Escola de Ensino Profissional, não praticantes e praticantes de diversos tipos de atividades desportivas fora do contexto escolar (individuais, coletivas ou de manutenção/ recreação), com idades compreendidas entre os 15 e os 24 anos. Os resultados obtidos evidenciaram uma elevada percentagem de estudantes que não pratica qualquer atividade desportiva fora do contexto escolar (53%) e apontaram para a existência de diferenças estatisticamente significativas no BEP em função do tipo de prática desportiva, a favor dos que praticam modalidades coletivas, nomeadamente nas dimensões domínio do meio, relações positivas, objetivos na vida, aceitação de si e bem-estar global. Estes resultados sugerem que a prática de desportos coletivos parece atuar como um fator protetor do bem-estar destes jovens.

1.3.2.2 Satisfação com a Vida na Adolescência

No que diz respeito à Satisfação com a Vida, enquanto componente cognitiva do Bem-Estar Subjetivo, a mesma tem sido definida como um processo de julgamento em que os indivíduos avaliam a sua qualidade de vida, tendo por base os seus próprios critérios (Pavot & Diener, 1993).

Apesar das críticas ao modelo do BES, a apreciação subjetiva de Satisfação com a Vida continua a ser considerada uma variável importante na investigação sobre o bem-estar e qualidade de vida, nomeadamente na adolescência, por se tratar dum período potencialmente stressor (Barros, Gropo, Petribú & Colares, 2008).

Para avaliar a Satisfação com a Vida, Diener e colaboradores (1985) desenvolveram a *Satisfaction With Life Scale (SWLS)*, que é um instrumento

constituído por 5 itens numa escala tipo *Likert* de 7 pontos. Este instrumento é um dos mais utilizados na investigação sobre a satisfação com a vida, sobretudo junto de adultos e jovens adultos, bem como em estudos transculturais (Barros et al., 2008). Em Portugal, Neto (1993 cit. Fernandes, 2007) desenvolveu uma investigação com uma amostra de 217 adolescentes portugueses com idades compreendidas entre os 14 e os 17 anos com o objetivo de adaptar a SWLS para a nossa realidade, tendo encontrado um único fator explicativo de 53.3% da variância total. Neste estudo, encontraram-se diferenças significativas em função do género (a favor dos rapazes) e correlações entre a satisfação com a vida e a solidão, a ansiedade social e a timidez.

Outras medidas têm sido utilizadas para avaliar a Satisfação com a Vida junto de adolescentes. Por exemplo, os estudos realizados no âmbito do HBSC têm utilizado a Cattril-Ladder – escala adaptada de Cantril (1965 cit. por Matos et al. 2015a) que é constituída por 10 degraus onde o degrau mais baixo corresponde à pior vida possível e o degrau mais alto à melhor vida possível, ou seja, os adolescentes são convidados a apreciar a sua satisfação com a vida numa escala de 0 a 10. Na análise dos resultados obtidos ao longo dos anos (1998-2014), constata-se que não tem havido grandes oscilações nos valores médios encontrados, situando-se os mesmos em torno de 7, o que aponta para níveis satisfatórios com a vida nos adolescentes portugueses (Matos et al., 2015b). Considerando o último estudo (HBSC 2014), a pontuação média obtida foi 7.44, encontrando-se diferenças estatisticamente significativas em função do género (a favor dos rapazes) e do ano de escolaridade (a favor dos alunos do 6ºano). Os dados sugerem uma diminuição da satisfação com a vida ao longo da adolescência se considerarmos que os valores médios obtidos vão diminuindo ao longo da escolaridade (6º ano, 8º ano, 10º ano e 12º ano) (cf. Matos et al., 2015a).

Vários estudos têm vindo a destacar uma associação entre elevados níveis de satisfação com a vida, nos adolescentes, com menor adoção de comportamentos de risco para a saúde, com melhor rendimento académico, melhor relacionamento interpessoal e menores índices de ansiedade e depressão (Gilman & Huebner, 2006 cit. por Paupério, 2013).

A literatura evidencia também que a avaliação que os adolescentes e jovens estudantes fazem da sua própria vida apresenta uma relação bastante estreita com a sua vida escolar ou académica, com alguns estudos a apontar para uma relação positiva entre a satisfação escolar e a satisfação com a vida em geral (e.g. Joronen,

2005 cit. Fernandes, 2007). Passemos então a apresentar os dados da literatura relativos à satisfação escolar.

1.3.2.3 Satisfação Escolar na Adolescência

De acordo com Pavot e Diener (1993), a Satisfação com a Vida engloba um juízo avaliativo, tanto a um nível global da vida como um todo, como em domínios específicos relevantes para as pessoas. Considerando que os adolescentes passam a maior parte do seu tempo na escola, este importante domínio da vida dos adolescentes não pode ser descurado.

Num estudo realizado por Fernandes, Vasconcelos-Raposo, Bertelli e Almeida (2011), junto de uma amostra de 698 adolescentes portugueses, verificou-se que a Satisfação Escolar se correlacionava positivamente com o bem-estar global e com todas as suas dimensões (com correlações mais elevadas com a aceitação de si, relações positivas com os outros, domínio do meio e objetivos de vida). Por sua vez, a Satisfação Escolar era maior junto dos adolescentes mais novos (fase inicial da adolescência), com uma tendência para diminuir ao longo da adolescência; não se tendo encontrado diferenças significativas entre rapazes e raparigas. Contudo, estes resultados devem ser interpretados com cautela devido ao facto de se ter considerado uma medida da Satisfação Escolar resultante do somatório das respostas a dois itens que apelam a conceitos psicológicos distintos (nomeadamente, “Sinto-me satisfeito com a minha escola” e “gosto da minha escola”), o que constitui uma das limitações deste estudo apontada pelos próprios autores. Torna-se assim importante o desenvolvimento de medidas de Satisfação Escolar mais adequadas e que permitam compreender melhor a dinâmica deste domínio psicológico junto dos adolescentes portugueses.

Sendo escassa a literatura sobre a importância da Satisfação Escolar noutros domínios da vida dos adolescentes, tal como é o caso dos seus níveis de saúde e bem-estar, destacamos aqui um estudo desenvolvido por Katja e colaboradores (2002 cit. Fernandes et al., 2011) que verificou que uma maior Satisfação Escolar dos alunos estava associada a uma atitude positiva para com a vida, à autoestima, ao prazer de vida, à ausência de estados depressivos, a menores problemas com os pais, amigos e instituição escolar, a menos doenças e queixas somáticas, e a níveis elevados de bem-estar emocional. Apesar destes resultados não nos esclarecerem acerca da

direção causal das influências, eles permitem-nos perceber a importância multidimensional do constructo Satisfação Escolar no bem-estar dos adolescentes.

Por todas as razões apontadas decidiu-se considerar no nosso estudo empírico, quer a satisfação com a vida em geral, quer a satisfação com a vida escolar em particular, bem como BEP, enquanto indicadores da Saúde Mental Positiva dos adolescentes, conciliando assim até certo ponto os dois principais modelos teóricos do bem-estar - *SWB* e *PWB*.

CAPÍTULO 2 – PRÁTICA DESPORTIVA NA ADOLESCÊNCIA E SEUS BENEFÍCIOS

Neste capítulo começamos por clarificar os conceitos de Atividade Física, Exercício Físico e Desporto, passando depois a caracterizar a prática desportiva na adolescência. Por fim, são apresentados os dados da investigação relativos aos benefícios psicológicos da prática desportiva na adolescência.

2.1. DEFINIÇÃO CONCEPTUAL DE ATIVIDADE FÍSICA, EXERCÍCIO FÍSICO E DESPORTO

Os conceitos de Atividade Física, Exercício Físico e Desporto são muitas vezes utilizados como sinónimos, podendo ser esta uma das razões para a existência de alguns resultados contraditórios da investigação nesta área. Torna-se, assim, importante compreender o seu alcance, a partir da sua definição.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2010), a atividade física diz respeito a todos os movimentos da vida quotidiana, incluindo o trabalho, a recreação, o exercício e as atividades desportivas. Neste sentido, a Atividade física (AF) pode ser definida como um termo amplo que abrange qualquer movimento corporal produzido pelos músculos esqueléticos, que resulta num aumento do consumo energético para além dos níveis de descanso (Caspersen, Powell & Christenson, 1985). Este dispêndio de energia pode ser descrito como baixo, moderado e alto, traduzindo-se em termos de estilo de vida como inativo, ativo ou muito ativo (Kozáková, 2014 cit. por Giesta, 2016).

Quanto ao Exercício Físico, que é um subgrupo da Atividade Física, o mesmo pode ser definido como movimento corporal planeado, estruturado e repetitivo, efetuado para melhorar ou manter um ou mais componentes da condição física (Caspersen et al., 1985). Já o Desporto é uma forma ainda mais específica de Atividade Física, estruturada, competitiva, sujeita a regras, caracterizada pela proeza, sorte e estratégia (Dasil, 2004). Neste sentido, o desporto pode ser visto como exercício físico, na medida em também implica a aquisição de determinada condição física, mas distingue-se do exercício físico através da intenção, uma vez que, no primeiro, o objetivo é mais o rendimento e, no segundo, a saúde.

Podemos então concluir que definir e implementar uma linha de investigação na área da AF é um desafio constante pela dificuldade em operacionalizar a própria AF. De facto, quantificar a AF exigida para uma qualidade de vida saudável é uma tarefa difícil e complexa, pois pode assumir uma enorme diversidade de formas: pode ser realizada em contextos formais e informais, desde o desporto de competição às tarefas mais rotineiras do quotidiano; pode ser praticada de forma vigorosa, moderada ou leve durante períodos de tempo muito curtos (alguns segundos ou minutos) ou períodos longos (mantendo-se durante horas), com uma frequência elevada, baixa, regular ou irregular, e ainda efetuar-se sozinho, em grupo ou acompanhado por alguém que pode ser um amigo, familiar ou outro (Veloso, 2005).

Considerando que o conceito de AF é demasiado abrangente, tornando-se difícil a sua avaliação, optou-se neste trabalho por utilizar a expressão Prática Desportiva (PD), entendida aqui na mesma linha da definição apresentada pelo Conselho da Europa, a qual inclui todas as formas de atividade física que, por meio de uma participação organizada ou não, têm por objetivo a melhoria da condição física e psíquica, o desenvolvimento das relações sociais ou a obtenção de resultados em competições de todos os níveis (Dosil, 2004). Ou seja, esta definição implica não só a intencionalidade do indivíduo para adotar estes comportamentos, mas também um certo grau de regularidade, tornando o estudo da PD de estudantes adolescentes uma questão relevante se o que pretendemos é desenvolver estratégias e encontrar soluções para facilitar um estilo de vida ativo e saudável neste contexto específico.

Em Portugal, coexistem dois sistemas desportivos para as crianças e jovens – um na escola, Desporto Escolar, e outro em associações e coletividades da comunidade (Silva et al., 2010). De referir que, o Desporto Escolar está presente na generalidade das escolas do ensino básico e secundário como uma atividade extraescolar de livre participação.

Em seguida, apresentam-se alguns dados da investigação que permitem caracterizar a prática desportiva na adolescência.

2.2. CARATERÍSTICAS DA PRÁTICA DESPORTIVA NA ADOLESCÊNCIA

Apesar da reconhecida importância da prática desportiva, uma grande percentagem de jovens em idade escolar continua a não praticar qualquer atividade desportiva extracurricular (Almeida et al., 2018; González & Portolés, 2014; Matos et

al., 2015a; Pereira, 2016). Por sua vez, a análise da literatura evidencia percentagens muito diferentes de prática desportiva (ou não prática) consoante o país, a região, o estatuto socioeconómico, a idade, o género, entre outros fatores (cf. Seabra, Mendonça, Thomis, Anjos & Maia, 2008).

Por exemplo, no contexto nacional, num estudo realizado por Costa (2007) com estudantes do ensino secundário a frequentarem uma escola privada do distrito de Coimbra, verificou-se um índice de participação desportiva de 74,3%; enquanto num estudo realizado por Costa, Serôdio-Fernandes e Maia (2009), com estudantes do 3º ciclo e secundário de escolas públicas do norte do país, apenas 54.5% praticavam atividade física fora do âmbito das aulas de Educação Física. Num estudo mais recente realizado por Rosa (2016), com estudantes do 3º ciclo de escolas e colégios do distrito de Évora e Lisboa, verificou-se que 66,1% dos adolescentes praticava exercício físico fora do contexto escolar.

Num outro estudo realizado por Silva e colaboradores (2010), onde a PD foi analisada em quatro grupos distintos de adolescentes de escolas públicas (não praticantes, praticantes de desporto escolar, praticantes em clubes e praticantes em ambos os contextos – desporto escolar e clubes desportivos) verificou-se que apenas 42% dos adolescentes praticavam uma atividade desportiva extracurricular de grau moderado a vigoroso, sendo que destes 33% praticavam no contexto do desporto escolar, 39% em clubes e 28% em ambos os contextos. No entanto, neste estudo a amostra era desigual quanto à representação dos dois géneros (79 rapazes e 129 raparigas), o que pode ter influenciado os resultados encontrados.

Outro estudo que teve em conta a PD federada e não federada verificou, numa amostra de 448 adolescentes (224 rapazes e 224 raparigas), com idades compreendidas entre os 12 e os 17 anos, que 30,1% eram não praticantes, 42,9% eram praticantes não federados e 27% eram federados (cf. Silva et al., 2014).

Finalmente, considerando os dados dos estudos realizados no âmbito do HBSC, pela sua importância e por envolverem uma amostra nacional de estudantes adolescentes, os mesmos evidenciam uma diminuição da prática de atividade física ao longo dos anos (2002-2010), ainda que no último estudo de 2014 se verifique um ligeiro aumento (cf. Matos et al., 2015b). Assim, de acordo com o Relatório do HBSC 2014 (Matos et al., 2015a), cerca de metade dos alunos (51%) pratica atividade física três vezes ou mais por semana, sendo que destes 53,1% são rapazes e 49,2% são raparigas. Se considerarmos apenas a atividade física fora do horário escolar, 3,9% dos alunos referiu “nunca” (3,1% dos rapazes e 4,5% das raparigas). Por sua vez,

verifica-se um aumento de não praticantes ao longo da escolaridade: 6º ano (7,9%), 8º ano (10%) e 10º ano (13,4%).

Ainda relativamente ao estudo HBSC 2014, considerando agora a frequência, cerca de metade dos adolescentes inquiridos (49,4%) referiu praticar exercício fora da escola mais de duas vezes por semana, sendo os rapazes e os mais novos (6º ano) aqueles que mais vezes praticavam exercício por semana. No entanto, eram os rapazes e os mais velhos (10º ano), os que praticavam mais horas semanais. Estes dados permitem-nos perceber a complexidade ao estabelecer comparações entre estudos relativos à prática de atividade físico-desportiva na adolescência, pois consoante a forma como a operacionalizamos (e.g. nº de vezes por semana ou nº de horas por semana, tipo de prática, contexto, ...) podemos obter dados completamente distintos.

Independentemente desta ressalva passamos a apresentar alguns dados da investigação relativos à prática desportiva em função de variáveis sociodemográficas (género e idade), tipo de modalidades desportivas mais praticadas e principais motivos para a sua prática, que constituem algumas das variáveis consideradas no nosso estudo empírico

2.2.1. PRÁTICA DESPORTIVA EM FUNÇÃO DO GÉNERO E IDADE

Um fator que se tem revelado determinante na caracterização da prática desportiva na adolescência é o género. Vários são os estudos que colocam em evidência um maior envolvimento dos rapazes em atividades físico-desportivas (e.g. Costa, 2007; Loureiro, 2011; Marques & Costa, 2013; Matos et al., 2015a; Pereira, 2016; Seabra, 2007; Seabra et al., 2008; Silva et al., 2010; Singh, Uidewilligen, Twisk, Mechelen & Chinapaw, 2012).

As diferenças de género encontradas parecem estar dependentes da intensidade, do tipo de atividade e do contexto onde a mesma é realizada. Ou seja, os rapazes tendem a praticar mais atividades moderadas a vigorosas, em grupo/equipas de âmbito competitivo, inseridos em clubes e outras associações desportivas, enquanto as raparigas tendem a praticar atividades menos intensas, individualmente ou em pares, e mais num contexto de desporto escolar ou de lazer (Loureiro, 2011; Seabra, 2007; Seabra et al, 2008; Silva et al., 2010; Veloso, 2005). De acordo com Mota e Sallis (2002), as diferenças de género observadas na prática desportiva parecem dever-se ao processo de socialização, na medida em que os rapazes tendem

a ser mais estimulados para a prática desportiva comparativamente às raparigas, sobretudo no que diz respeito ao desporto competitivo.

Relativamente à idade, a mesma tem sido considerada um importante determinante da prática desportiva. É normalmente aceite, apesar de algumas diferenças conforme o tipo e a intensidade da atividade física realizada, que a atividade física, compreendida no seu conceito global, tende a estar negativamente associada à idade, existindo vários estudos que apontam para uma diminuição ao longo da adolescência (e.g. González & Portolés, 2014; Loureiro, 2011; Matos et al., 2015a; Pereira, 2016; Seabra, 2007; Seabra et al., 2008). No entanto, em outros estudos o que se tem constatado é um aumento da atividade físico-desportiva até uma certa idade (13 anos no caso dos rapazes e 16 no caso das raparigas) e depois uma tendência para a estabilização até aos 18 anos em ambos os géneros, com um declínio aos 19 anos de idade (e.g. Vasconcelos & Maia, 2001). Outros estudos indicam ainda que são as atividades desportivas e de intensidade vigorosa aquelas que preferencialmente diminuem com o avanço da idade, enquanto as atividades de baixa intensidade tendem a aumentar (Seabra, 2007). Parece assim, que mais do que uma diminuição da prática desportiva ao longo da adolescência, o que existe é uma alteração nos hábitos desportivos (tipo de prática, contexto, frequência e intensidade).

Por fim, alguns estudos têm procurado encontrar as razões para as diferenças encontradas na prática desportiva em função do género e da idade, sendo que os dados da literatura parecem evidenciar uma interação entre determinantes biológicos, sociais, culturais e de envolvimento (*cf.* Seabra et al., 2008).

2.2.2. TIPOS DE MODALIDADES DESPORTIVAS

Relativamente às modalidades desportivas, o estudo HBSC 2014 revelou que, os desportos mais praticados pelos jovens são o futebol, a natação, o basquetebol e a ginástica, sendo que os rapazes praticavam com mais frequência futebol e basquetebol, enquanto as raparigas praticavam mais ginástica e natação (Matos et al., 2015a). Esta tendência tem vindo a ser destacada em outros estudos realizados com adolescentes portugueses, que apontam sempre para uma primazia do futebol enquanto modalidade mais praticada pelos jovens portugueses (e.g. Costa, 2007; Costa et al., 2009; Pereira, 2016). Por sua vez, os rapazes tendem a estar mais envolvidos em modalidades coletivas e as raparigas em modalidades individuais (Matos et al., 2015a; Rosa, 2016).

2.2.3. MOTIVOS PARA A PRÁTICA DESPORTIVA

Os estudos que têm procurado conhecer os motivos que levam os adolescentes à prática desportiva, apontam para diferenças entre rapazes e raparigas. Ou seja, as raparigas tendem a conceder mais importância a motivos relacionados com a amizade e a afiliação e menos importância a motivos relacionados com a competição, estatuto e reconhecimento (Januário, Colaço, Rosado, Ferreira & Gil, 2012). De uma maneira geral, o prazer e o divertimento parecem constituir-se como os principais motivos para a manutenção ou abandono da prática desportiva na adolescência (Loureiro, 2011), destacando-se também a importância da competência técnica junto de jovens atletas (Bernardes, Yamaji & Guedes, 2015). Por sua vez, Costa (2007) identificou como principais motivos para a prática desportiva: o gosto pelo desporto, referido por 26,9% dos estudantes adolescentes, o divertimento/ocupação de tempos livres, por 26,2% e a manutenção e a melhoria da condição física (17,7%).

Por fim, no que diz respeito à possível relação entre atividade físico-desportiva e envolvimento na disciplina de Educação Física, alguns estudos evidenciam que os estudantes que praticam exercício físico extraescolar são também aqueles que apresentam atitudes mais positivas relativamente a essa disciplina na escola (e.g. Rosa, 2016).

2.3. BENEFÍCIOS PSICOLÓGICOS DA PRÁTICA DESPORTIVA: ALGUNS DADOS DA INVESTIGAÇÃO

A ideia de que a prática regular de exercício físico é importante para a saúde é comumente aceite por todos nós, motivo pelo qual a maioria das pessoas que se entrega a tal prática referirem que o fazem porque isso as faz sentir bem, ajudando-as a libertar a tensão e o stresse do dia-a-dia. Por outro lado, vários são os dados da literatura que referem o contributo da atividade física e desportiva para a saúde, o bem-estar e qualidade de vida das pessoas, motivo pelo qual tem surgido a enunciação regular de um conjunto de advertências ou recomendações sobre o que cada indivíduo deve fazer para conseguir ter um estilo de vida considerado ativo com benefícios na saúde (*cf.* DGS, 2018; WHO, 2010).

Por estilo de vida ativo, entende-se uma forma de vida que inclui atividade física no quotidiano. Por exemplo, a Direção Geral de Saúde (2018) considera que

para haver benefícios para a saúde são necessários pelo menos 30 minutos de atividade física cumulativa moderada, todos os dias; enquanto benefícios adicionais poderão ser obtidos através de atividade física diária moderada de longa duração. Já no que diz respeito às crianças e adolescentes são necessários 20 minutos adicionais de atividade física vigorosa, três vezes por semana (DGS, 2018).

Ainda que possam existir diferenças nas orientações e recomendações das várias instituições relativamente à atividade física e desportiva (Rebelo, 2017), o que a investigação parece demonstrar é que quando essa prática é regular ela constitui-se uma peça chave para a promoção da saúde (física e psicológica), e consequente melhoria da qualidade de vida (DGS, 2018).

Apesar destes dados da investigação, Cruz (1996) considera que as relações entre exercício físico e benefícios psicológicos são ainda algo confusas, devido à elevada complexidade de tal relação. Tal como acontece com os benefícios físicos, é possível que os benefícios psicológicos também variem não só conforme os diferentes modos ou modalidades de exercício, mas também em função de fatores como: a idade dos praticantes (crianças, jovens, adultos ou idosos), as características da prática e do treino, o ambiente ou contexto em que se realiza, entre outros. Estes fatores poderão condicionar os resultados encontrados na investigação (em termos de maior ou menor expressividade dessa relação).

Considerando que a atividade física regular promove o bem-estar psicológico e diminui a ansiedade, depressão e stresse (DGS, 2018), que constituem variáveis importantes no nosso estudo empírico, passamos a apresentar alguns dados da investigação com adolescentes.

2.3.1. PRÁTICA DESPORTIVA E BEM-ESTAR

É hoje internacionalmente reconhecido o impacto positivo que a atividade físico-desportiva regular tem no bem-estar psicológico, existindo um corpo significativo de investigação a suportar tal evidência (e.g. Gotava, 2015; Lapa, 2015; Spruit et al., 2016).

Em Portugal, nos últimos anos, têm surgido alguns estudos que apontam igualmente para um efeito positivo da prática desportiva no BEP em adolescentes, em particular a prática de desportos coletivos (e.g. Almeida et al., 2018). Estes últimos apresentam ainda a vantagem de promover a integração social e facilitar o desenvolvimento de competências sociais (Gotava, 2015).

Um estudo realizado por Rosa (2016), junto de uma amostra de estudantes do 7º ao 9º ano de escolas da cidade de Évora e de Lisboa, evidenciou que a prática de exercício físico extracurricular não só potenciava o bem-estar psicológico, como também a autoestima dos estudantes.

Outros estudos apontam ainda para uma relação positiva entre a prática desportiva e a satisfação com a vida (e.g. Lucas et al.; Silva et al., 2014), sendo de realçar que quanto mais intenso e estruturado é o exercício físico praticado pelos adolescentes maiores são os níveis de satisfação com a vida (cf. Moraes et al., 2009).

Por fim, um estudo realizado por Gomes, Gonçalves e Costa (2015) evidencia que a prática de atividade físico-desportiva é importante não só para o bem-estar psicológico, como também tem um papel importante na prevenção de condutas alimentares problemáticas em adolescentes.

2.3.2. PRÁTICA DESPORTIVA, ANSIEDADE, DEPRESSÃO E STRESSE

Diversos estudos têm vindo a evidenciar uma relação negativa entre a prática de exercício físico e a presença de sintomas de ansiedade e depressão (e.g. Silveira et al., 2013) e, em particular, com o stresse (Veiga & Gonçalves, 2009). Na verdade, o exercício físico pode ser encarado como fator mediador em relação à resposta ao stresse, possibilitando modificar, pela distração/diversão, a avaliação de uma situação potencialmente stressante (por exemplo, esta situação poderia causar stresse mas se eu fizer exercício não irei pensar mais nela) ou pode agir como potencial estratégia de *coping* à qual se recorre numa situação considerada stressante (por exemplo, esta situação causa stresse, mas vou fazer exercício para deixar de pensar nela) (Mikkelsen, Stojanovska, Polenakovic, Bosevski, & Apostolopoulos, 2017).

Outros estudos têm vindo a destacar a importância da atividade física e desportiva na prevenção e no tratamento de perturbações psicológicas, nomeadamente na adolescência, sendo cada vez mais frequente a utilização de programas de exercício físico e desportivos no tratamento de adolescentes com problemas de saúde mental. Por exemplo, num estudo de meta-análise realizado por Spruit e colaboradores (2016), verificou-se efeitos significativos de pequena a moderada dimensão de intervenções de atividade física em adolescentes com perturbações de externalização e internalização.

No que respeita particularmente à ansiedade, depressão e stresse há um corpo crescente da literatura que reconhece os efeitos positivos da prática de atividade

físico-desportiva na adolescência (Biddle & Asare, 2011; Carter, Morres, Repper & Callaghan, 2016; Dishman et al., 2006; DGS, 2018). Inclusivamente, numa investigação levada a cabo por Biçer e colaboradores (2012) a implementação de programas de exercício físico e desportos reduziu significativamente os níveis de ansiedade e depressão em adolescentes.

Um estudo realizado por Elias (2014), com adolescentes portugueses, evidenciou também que aqueles que não praticam qualquer atividade física sentem-se mais alvo de provocações na escola e sentem-se com maior frequência “fartos, cansados e sozinhos”, enquanto os que têm uma prática regular e sistemática apresentam a perceção de uma melhor qualidade de vida comparativamente aos primeiros. Por sua vez, a prática desportiva surge associada a uma menor percentagem de massa gorda e a uma maior satisfação com a imagem corporal, bem como a diversas características psicológicas (e.g. autoconfiança, autoestima, otimismo), funcionando também como um fator protetor de fenómenos de violência escolar e de desenvolvimento de distúrbios alimentares, entre outros.

Terminado o enquadramento teórico, passamos de seguida a apresentar o estudo empírico que desenvolvemos no âmbito desta dissertação de mestrado.

PARTE 2 - ESTUDO EMPÍRICO

CAPÍTULO 3 – OBJETIVOS E METODOLOGIA

Neste terceiro capítulo são apresentados os objetivos, as hipóteses de investigação e a metodologia seguida, nomeadamente: a caracterização da amostra em estudo, os instrumentos utilizados e os procedimentos de recolha e de tratamento dos dados.

3.1. OBJETIVOS

De acordo com os dados da literatura, a prática desportiva aporta benefícios importantes ao nível da saúde física e mental de todos os indivíduos. Contudo, a investigação tem vindo a apontar para uma diminuição da prática desportiva ao longo da adolescência, sendo necessário compreender melhor esta realidade e suas implicações ao nível da saúde mental dos adolescentes.

O presente estudo empírico teve então três grandes objetivos:

(1) Caracterizar a Saúde Mental numa amostra de estudantes adolescentes, considerando medidas de Saúde Mental Positiva/Bem-Estar (Bem-Estar Psicológico, Satisfação com a Vida e Satisfação Escolar) e de Psicopatologia (Ansiedade, Depressão e Stresse);

(2) Caracterizar a Prática Desportiva (PD) desses estudantes, considerando a participação em atividades desportivas para além das aulas de Educação Física (nomeadamente, o tipo de modalidade, a frequência e duração das sessões de treino, o contexto e a motivação para a prática desportiva);

(3) Analisar o efeito da prática desportiva na saúde mental dos adolescentes, considerando como variáveis dependentes as medidas de Saúde Mental Positiva (Bem-Estar Psicológico, Satisfação com a Vida e Satisfação Escolar) e de Psicopatologia (Ansiedade, Depressão e Stresse);

Com este trabalho procurou-se contribuir para a compreensão de possíveis benefícios psicológicos da prática desportiva na adolescência, que nos permitam tirar ilações que nos sirvam para orientar posteriores intervenções para a promoção da saúde mental e da atividade física junto desta população.

3.2. HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO

Em conformidade com os objetivos enunciados e tendo por base os dados da literatura partimos das seguintes **hipóteses de investigação**:

H1: Existe uma interdependência entre todas as medidas de saúde mental utilizadas neste estudo (Bem-Estar Psicológico, Satisfação com a Vida, Satisfação Escolar, Ansiedade, Depressão e Stresse);

H2: Existem diferenças estatisticamente significativas nas medidas de saúde mental em função da idade (fase da adolescência, ano escolar), com resultados mais favoráveis no BEP para os adolescentes mais velhos e na Satisfação com a Vida para os adolescentes mais novos;

H3: Existem diferenças estatisticamente significativas nas medidas de saúde mental em função do género, com resultados mais favoráveis para o grupo dos rapazes;

H4: Existem diferenças estatisticamente significativas na prática desportiva em função do género, com índices de participação desportiva mais elevados para os rapazes;

H5: Existem diferenças estatisticamente significativas na prática desportiva em função da idade, com índices de participação desportiva mais elevados na fase inicial da adolescência;

H6: A prática desportiva tem um efeito positivo e estatisticamente significativo na saúde mental dos adolescentes, com resultados mais favoráveis para os adolescentes que apresentam uma prática regular.

3.3. METODOLOGIA

3.3.1. AMOSTRA

A amostra foi constituída por 528 estudantes dum Agrupamento de Escolas da cidade de Évora, com idades compreendidas entre os 13 e os 19 anos ($M=15.61\pm 1.63$), encontrando-se a grande maioria deles na fase média da adolescência (61,6%).

Em termos de género, participaram 264 rapazes e 264 raparigas, com um valor médio de idade de 15.65 ± 1.65 e 15.56 ± 1.61 anos, respetivamente. Considerando, o nível de ensino, 183 dos adolescentes frequentavam o ensino básico (8º e 9º anos de escolaridade) e 345 frequentavam o ensino secundário (10º, 11º e 12º anos de escolaridade).

Tabela 3.1

Caracterização sociodemográfica da amostra

| Variáveis | Género | | | | Total | |
|-----------------------------|-----------------------|---------|----------------------|---------|---------------------|---------|
| | Masculino (n= 264) | | Feminino (n= 264) | | Total (n= 528) | |
| | N | (%) | N | (%) | N | (%) |
| Idade | M= 15.65 ± 1.65 | | M= 15.56 ± 1.61 | | M= 15.61 ± 1.63 | |
| 13 | 33 | (12.5%) | 37 | (14.0%) | 70 | (13.3%) |
| 14 | 37 | (14.0%) | 35 | (13.3%) | 72 | (13.6%) |
| 15 | 54 | (20.5%) | 52 | (19.7%) | 106 | (20.1%) |
| 16 | 49 | (18.6%) | 59 | (22.3%) | 108 | (20.5%) |
| 17 | 59 | (22.3%) | 52 | (19.7%) | 111 | (21.0%) |
| 18 | 20 | (7.6%) | 21 | (8.0%) | 41 | (7.8%) |
| 19 | 12 | (4.5%) | 8 | (3.0%) | 20 | (3.8%) |
| Fase da adolescência | | | | | | |
| Inicial (13-14 anos) | 70 | (26.5%) | 72 | (27.3%) | 142 | (26.9%) |
| Média (15-17 anos) | 162 | (61.4%) | 163 | (61.7%) | 325 | (61.6%) |
| Final (18-19 anos) | 32 | (12.1%) | 29 | (11.0%) | 61 | (11.6%) |
| Ano de escolaridade | | | | | | |
| 8º | 45 | (17.0%) | 47 | (17.8%) | 92 | (17.4%) |
| 9º | 39 | (14.8%) | 52 | (19.7%) | 91 | (17.2%) |
| 10º | 70 | (26.5%) | 53 | (20.1%) | 123 | (23.3%) |
| 11º | 51 | (19.3%) | 54 | (20.5%) | 105 | (19.9%) |
| 12º | 59 | (22.3%) | 58 | (22.0%) | 117 | (22.2%) |
| Nível de ensino | | | | | | |
| Básico | 84 | (31.8%) | 99 | (37.5%) | 183 | (34.7%) |
| Secundário | 180 | (68.2%) | 165 | (62.5%) | 345 | (65.3%) |

Nota: As percentagens apresentadas são as percentagens válidas.

No Anexo A é apresentada a caracterização da amostra, em formato de tabela, para as restantes variáveis académicas, nomeadamente: Sentimento pela Escola, Nº de Retenções, Rendimento Académico e Planos para o Futuro (Tabela A1).

3.3.2. INSTRUMENTOS

Para a recolha de dados foi utilizado um protocolo que contemplou três instrumentos, nomeadamente: (i) um Questionário elaborado expressamente para este estudo; (ii) a Escala de Bem-Estar Psicológico (EBEP; Fernandes, 2007); e, (iii) a Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse (EADS-C; Leal, Antunes, Passos, Pais Ribeiro & Maroco, 2009).

Passamos então a descrever cada um desses instrumentos.

3.3.2.1. Questionário de Recolha de Dados Sociodemográficos, Prática Desportiva, Satisfação Escolar e Satisfação com a Vida

Este questionário foi elaborado especificamente para esta investigação de modo a recolher dados relativos a variáveis sociodemográficas, prática desportiva, satisfação escolar e satisfação com a vida (Anexo B). Contempla um conjunto de itens de natureza sociodemográfica e académica (sexo, idade, ano de escolaridade, turma/curso, sentimento pela escola, número de retenções, rendimento académico e planos para o futuro) e um conjunto de itens que visa caracterizar o tipo de Atividade Desportiva praticada pelos adolescentes e medir a sua frequência (especificada em número de dias por semana) e a sua duração (especificada em total de horas/minutos por dia), bem como perceber o contexto e a motivação para a prática desportiva. Por sua vez, para avaliar as variáveis “Satisfação Escolar” e “Satisfação com a Vida” incluíram-se dois itens, cada um deles numa escala de 11 pontos (oscilando entre 0: nada satisfeito e 10: totalmente satisfeito), procedimento idêntico ao que tem sido utilizado nos estudos HBSC para avaliar a satisfação com a vida em adolescentes portugueses (*cf.* Matos et al., 2015a).

3.3.2.2. Escala de Bem-Estar Psicológico (EBEP)

Para a medição do bem-estar psicológico foi utilizada a versão portuguesa adaptada para adolescentes das escalas de Carol Ryff por Fernandes (2007).

Este instrumento é constituído por 30 itens apresentados numa escala tipo *Likert* de 5 pontos (de 1: discordo plenamente a 5: concordo plenamente), que se organizam em torno de seis escalas autónomas constituídas por indicadores diferenciados de cada uma das dimensões do modelo PWB, a saber: **autonomia**

(sentimento de autodeterminação e capacidade de autorregulação, e.g., “Tenho confiança nas minhas opiniões, mesmo quando são diferentes das outras pessoas”), **domínio do meio** (capacidade para gerir a própria vida e exigências extrínsecas ao indivíduo, e.g. “No geral, sinto que sou responsável pela situação em que me encontro”), **crescimento pessoal** (sentimento de desenvolvimento contínuo e abertura a novas experiências de vida necessárias à maximização do seu potencial, e.g. “Sinto que continuo a aprender mais acerca de mim próprio/a à medida que o tempo passa”), **relações positivas com os outros** (estabelecimento de relações positivas e altruístas para com os outros, e.g. “As pessoas poderiam descrever-me como uma pessoa generosa e sempre pronta a ajudar os outros”), **objetivos na vida** (definição de propósitos de vida e atribuição de significado/importância à existência e autorrealização pessoal, e.g. “Os meus objetivos na vida têm sido mais uma fonte de satisfação, do que uma fonte de desilusão”) e **aceitação de si** (perceção e aceitação dos múltiplos aspetos do indivíduo, quer sejam características boas ou más, e avaliação positiva do seu passado, e.g. “Quando revejo a minha vida, fico contente com a forma como as coisas correram”).

O somatório dos 5 itens que constituem cada dimensão permite analisar a variabilidade ao nível das seis dimensões e o somatório total dos 30 itens que constituem a escala dá origem a um resultado designado de “Bem-Estar Global” que se constitui como indicador do conceito base BEP (Fernandes, 2007, p. 231).

Os estudos psicométricos da versão portuguesa da EBEP para adolescentes sustentam a assunção de uma medida de avaliação compreensível, fiável e que respeita a natureza multidimensional do modelo do Bem-Estar Psicológico de Carol Ryff (Fernandes, 2007; Fernandes, Vasconcelos-Raposo, Bertelli & Almeida, 2011; Fernandes, Vasconcelos-Raposo & Teixeira, 2010). De salientar que, em termos de consistência interna, a escala completa apresentou um *alpha* de *Cronbach* de .89, enquanto nas diferentes dimensões os valores oscilaram entre .62 (Domínio do Meio) e .76 (Aceitação de si) (cf. Fernandes, 2007).

3.3.2.3. Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse (EADS-C)

A Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse é a versão portuguesa da *Depression Anxiety Stress Scale (DASS)* de Lovibond e Lovibond (1995), que foi adaptada para crianças e adolescentes por Leal, Antunes, Passos, Pais-Ribeiro e Maroco (2009).

A escala original foi concebida pelos autores com o objetivo de discriminar o máximo de sintomas de ansiedade e depressão, tendo revelado boas qualidades psicométricas (cf. Lovibond & Lovibond, 1995).

Esta escala foi adaptada para a população portuguesa por Pais Ribeiro, Honrado e Leal, em 2004, quer na sua versão de 42 itens, quer na versão reduzida de 21 itens (Pais Ribeiro et al., 2004a, 2004b). Posteriormente, a versão reduzida (EADS-21) foi adaptada para crianças e adolescentes, passando a designar-se por EADS-C (Escala de Ansiedade, Depressão e Stress para Crianças) (cf. Leal et al., 2009).

Concetualmente a EADS-C é a mesma que para os adultos, no entanto, como se destina a participantes mais novos, alguns itens foram revistos de modo a torná-los mais compreensíveis para este grupo, ainda que fosse mantida a validade de conteúdo de cada item. As diferenças consistem na inclusão, à frente de alguns itens, de um exemplo que ajude a esclarecer o sentido da frase que constitui o item (Leal et al., 2009).

Sendo assim, a EADS-C é constituída por 21 itens, como na versão para adultos, divididos em três dimensões (ou subescalas) - Ansiedade, Depressão e Stresse. As respostas aos itens dizem respeito à frequência ou gravidade, numa escala tipo *Likert* de 4 pontos (de 0: não se aplicou nada a mim a 3: aplicou-se a mim a maior parte das vezes), tendo em conta a última semana. O resultado é calculado através da soma das respostas aos 7 itens que compõem cada subescala, podendo variar entre 0 (mínimo possível de pontuação) e 21 (máximo possível de pontuação), sendo que quanto maior for a pontuação maior será a ansiedade, depressão e/ou stresse (Leal et al., 2009; Pais Ribeiro et al., 2004b).

Os estudos realizados em Portugal com a EADS (quer na versão de 42 itens, quer na versão de 21 itens) indicam propriedades idênticas às da versão original (Pinto et al., 2015; Ribeiro et al., 2004a, 2004b).

Relativamente à EADS-C, a mesma revelou razoáveis qualidades psicométricas, mostrando-se válida na avaliação das três dimensões a que se propõe e apresentando adequados valores de consistência interna, nomeadamente: .75 (Ansiedade), .78 (Depressão) e .74 (Stresse) (cf. Leal et al., 2009).

3.3.3. PROCEDIMENTOS

3.3.3.1. Recolha de Dados e Atenções Éticas

Os dados foram recolhidos num agrupamento de escolas da cidade de Évora, após aval formal, subsequente ao pedido de autorização efetuado à Direção do mesmo (Anexo C) e também da informação e consentimento dos Encarregados de Educação dos estudantes que participaram no estudo (Anexo D). De referir ainda que os instrumentos utilizados foram aprovados previamente pela Direção Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular - Monitorização de Inquéritos em Meio Escolar (MIME) (Anexo E).

Todos os estudantes, desse Agrupamento, tiveram igual oportunidade de participar na investigação desde que cumprissem os seguintes critérios de inclusão: (1) frequentassem no ano letivo de 2016/2017 uma turma do 8^o ao 12^o anos de escolaridade⁵; (2) tivessem autorização do respetivo encarregado de educação para participarem no estudo; e (3) manifestassem interesse em participar no mesmo.

Antes de iniciar a recolha de dados foi estabelecido um contacto prévio com todos os diretores de turma, para explicitar os objetivos da investigação e solicitar a colaboração dos mesmos, quer no processo de entrega dos pedidos de autorização aos pais/ encarregados de educação dos alunos da sua direção de turma, quer na cedência dum espaço de tempo de uma aula para posterior recolha de dados junto dos alunos autorizados a participar no estudo.

Após a recolha das autorizações dos pais/encarregados de educação, demos início à recolha de dados, que decorreu durante o 3^o período do ano letivo 2016/2017, no dia acordado com os diretores de turma e numa aula cedida pelos mesmos.

A aplicação do protocolo de recolha de dados, do qual fazem parte os três instrumentos já descritos e mencionados, esteve a cargo do próprio investigador, tendo demorado cerca de 30 minutos por turma, sempre em contexto de sala de aula. De realçar, que apesar dos alunos terem sido autorizados pelos respetivos pais/ encarregados de educação, os mesmos tiveram a liberdade de escolher se queriam ou não participar no estudo e/ou desistir a qualquer momento.

⁵ O critério de frequência de uma turma do 8^o ao 12^o anos de escolaridade teve por objetivo incluir neste estudo estudantes com uma amplitude de idades que contemplasse diferentes fases da adolescência (inicial, intermédia e final), que tornasse possível a análise de diferenças em função desta variável.

Durante todo o processo de investigação, foram respeitados os princípios da confidencialidade dos dados, do anonimato dos participantes, do direito à informação sobre os objetivos da investigação em causa e do consentimento informado dos participantes, de acordo com princípios éticos e deontológicos previstos nos códigos de conduta dos psicólogos (American Psychological Association, 2017; Ordem dos Psicólogos Portugueses, 2016).

3.3.3.2. Análise e Tratamento Estatístico dos Dados

O tratamento estatístico dos dados obtidos foi efetuado através do programa IBM SPSS *Statistics*, versão 23 para Windows.

Para o estudo descritivo recorreremos às frequências absolutas e relativas no caso de variáveis qualitativas e a medidas de tendência central (média) e de dispersão (mínimo, máximo e desvio-padrão) nas variáveis quantitativas.

No âmbito da inferência estatística procedeu-se à aplicação de um conjunto de testes paramétricos e não paramétricos com o intuito de compreender com base nos elementos observados, como é que as variáveis se associam e/ou diferenciam, consoante o objetivo em causa.

Para medir a intensidade e a significância da relação linear entre variáveis quantitativas utilizámos o cálculo do coeficiente de correlação de *Pearson*. Este coeficiente varia entre -1 e 1, considerando-se como fracas as correlações abaixo de .40 (ou -.40) e como fortes as correlações iguais ou superiores a .70 (ou -.70), sendo moderadas aquelas que se situam entre .40 e .70 (ou, -.40 e -.70) (Maroco, 2010).

Para o estudo do efeito de uma variável independente (fator) sobre um conjunto de variáveis dependentes interrelacionadas recorreu-se à análise de variância multivariada (MANOVA *One Way*) depois de validados os pressupostos de normalidade multivariada e de homogeneidade de variâncias-covariâncias. Uma vez que o SPSS não produz testes à normalidade multivariada, este pressuposto foi validado com a normalidade univariada de cada uma das variáveis dependentes a partir dos valores de assimetria (*Sk*) e curtose (*Ku*), tal como sugerido por Maroco (2010). Por sua vez, o pressuposto da homogeneidade de variâncias-covariâncias foi avaliado com o teste *M* de Box fornecido pelo SPSS.

Os efeitos estatisticamente significativos detetados pela análise de variância multivariada foram discriminados através de Anovas *One Way*, de modo a identificar

qual ou quais das variáveis eram afetadas significativamente pelo fator em estudo. Para as Anovas significativas procedeu-se às comparações múltiplas de médias (*post-hoc*), recorrendo-se ao teste HSD de Tukey.

Quando não foi possível recorrer à análise de variância multivariada, procedemos à análise de diferenças através do teste estatístico *t* de *student* para amostras independentes no caso de estarmos perante dois grupos distintos (por exemplo, rapazes e raparigas) e à análise da variância através do teste Anova *One-Way*, quando existiam mais do que dois grupos em análise (por exemplo, as três fases da adolescência), depois de validados os pressupostos de utilização de testes paramétricos. Na análise de diferenças em variáveis dependentes qualitativas recorreu-se ao teste do Qui-Quadrado.

De referir que, em todos os procedimentos estatísticos efetuados procurámos respeitar os pressupostos, os critérios e as recomendações indicados na literatura da especialidade (e.g. Almeida & Freire, 2003; Kline, 2011; Maroco, 2010; Pestana & Gageiro, 2014), pelo que os níveis de significância utilizados no presente estudo correspondem no mínimo a um intervalo de confiança de 95% (* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$).

CAPÍTULO 4 – RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ao longo deste capítulo são apresentados os resultados de acordo com os objetivos e as hipóteses de investigação previamente definidos, tendo-se optado por proceder de imediato à sua análise e discussão.

Primeiramente são apresentados os resultados que permitem caracterizar a saúde mental e a prática desportiva dos estudantes que constituem a nossa amostra (objetivos 1 e 2), passando-se depois à apresentação dos resultados que permitem apreciar o efeito da prática desportiva na saúde mental dos adolescentes (objetivo 3).

De referir que, no corpo desta dissertação são apenas apresentadas as tabelas consideradas essenciais para o estudo das hipóteses de investigação, sendo apresentadas em anexos as restantes tabelas utilizadas na análise de resultados.

4.1. CARATERIZAÇÃO DA SAÚDE MENTAL DOS ADOLESCENTES

A caracterização da saúde mental dos adolescentes teve em conta as seguintes variáveis dependentes: Bem-Estar Psicológico (avaliada pela EBEP); Ansiedade, Depressão e Stresse (avaliadas pela EADS-C); e, Satisfação com a Vida e Satisfação Escolar. Estas duas últimas variáveis foram avaliadas, cada uma delas por um item apresentado numa escala de 11 pontos (oscilando entre 0: nada satisfeito e 10: totalmente satisfeito), em que um dos itens questionava sobre o quanto satisfeito se sentia em relação à sua vida escolar e o outro relativamente à sua vida em geral.

Na análise dos resultados obtidos, para além do estudo descritivo, procurou-se também perceber a natureza e magnitude das associações entre as diferentes medidas de saúde mental utilizadas neste estudo (estudo correlacional). Por fim, procurou-se perceber eventuais diferenças nos resultados em função da idade e do género, por serem variáveis que têm revelado um poder diferenciador no que diz respeito à saúde mental dos adolescentes.

4.1.1. ESTUDO DESCRITIVO

Na análise dos resultados nas diferentes medidas de saúde mental, para além das estatísticas descritivas, recorreremos também ao estudo da normalidade de distribuição dos resultados a partir dos coeficientes de assimetria (enviesamento:

Skewness) e de achatamento (curtose: *Kurtosis*). Foram ainda calculados os coeficientes de *alpha* de *Cronbach* para os instrumentos multidimensionais - Escala de Bem-Estar Psicológico (EBEP) e Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse (EADS-C) - de modo a aferir a consistência interna das escalas e respetivas dimensões (Tabela 4.1).

Tabela 4.1

Descrição dos resultados obtidos nas medidas de Saúde Mental, considerando a amostra total

| | Min-Máx | Média | DP | Assimetria | Curtose | α Cronbach |
|------------------------------|----------|--------|-------|------------|---------|----------------------|
| EBEP_Total | 76 – 143 | 117.53 | 11.53 | -.56 | .48 | .86 |
| Autonomia | 9 – 25 | 19.80 | 2.71 | -.29 | .04 | .52 |
| Domínio do Meio | 10 – 25 | 17.85 | 2.39 | -.33 | .21 | .39 |
| Crescimento Pessoal | 6 – 25 | 21.86 | 2.43 | -1.12 | 3.24 | .71 |
| Relações Positivas | 10 – 25 | 20.34 | 2.78 | -.54 | .08 | .66 |
| Objetivos na Vida | 8 – 25 | 18.49 | 3.34 | -.28 | -.07 | .70 |
| Aceitação de Si | 6 – 25 | 19.18 | 3.41 | -.89 | 1.07 | .81 |
| EADS_C_Total | 0 – 60 | 12.01 | 11.16 | 1.44 | 1.90 | .93 |
| Ansiedade | 0 – 18 | 2.72 | 3.37 | 1.82 | 3.46 | .79 |
| Depressão | 0 – 21 | 4.33 | 4.64 | 1.46 | 1.85 | .87 |
| Stresse | 0 – 21 | 4.96 | 4.43 | 1.18 | 1.07 | .83 |
| Satisfação com a Vida | 0 – 10 | 7.59 | 1.87 | -1.10 | 1.34 | - |
| Satisfação Escolar | 0 – 10 | 6.08 | 1.78 | -.71 | 1.11 | - |

Analisando a Tabela 4.1 verifica-se que os coeficientes de assimetria (*Sk*) e de achatamento (*Ku*), na generalidade das situações, se aproximam de zero como é desejável (Almeida & Freire, 2003) e situam-se entre -1.96 e +1.96 como é recomendável (Pestana & Gageiro, 2014). Apenas as dimensões Crescimento Pessoal da EBEP e Ansiedade da EADS-C apresentam alguma especificidade a este propósito, apresentando ambas uma distribuição leptocúrtica. Mesmo assim, os coeficientes de achatamento nestas dimensões são inferiores a 7, não indicando desvio severo à normalidade (Kline, 2011). Para além disso, estamos perante uma amostra de grandes dimensões, pelo que o Teorema do Limite Central garante uma aproximação razoável das distribuições amostrais das populações à distribuição normal (Maroco, 2010).

Podemos então assumir que os resultados obtidos nas diferentes medidas de saúde mental apresentam uma distribuição que se aproxima da curva normal como é desejável, permitindo diferenciar os sujeitos que constituem a amostra em estudo (sensibilidade).

Em termos de fidelidade dos resultados, os coeficientes *alpha* de *Cronbach* apresentados na Tabela 4.1 permitem concluir que a EBEP apresenta uma boa consistência interna no total da escala ($\alpha=.85$), mas os valores de consistência interna diminuem consideravelmente quando se consideram as respectivas dimensões. Algumas dimensões da EBEP apresentam inclusivamente coeficientes abaixo de .60, nomeadamente: Domínio do Meio ($\alpha=.39$) e Autonomia ($\alpha=.52$). Estes coeficientes de consistência interna são considerados inaceitáveis em investigação, na medida em que comprometem a fidelidade dos resultados obtidos (Almeida & Freire, 2003). Por outro lado, a análise dos itens da EBEP apresentada no Anexo F permite verificar que todos eles apresentam correlações superiores a .20 com o total da escala enquanto valor mínimo desejável (Kline, 2011), com exceção dos itens 2, 8, 10 e 19 (sendo que os dois primeiros pertencem ao Domínio do Meio). No entanto, a eliminação destes itens não traria grandes alterações ao valor de consistência interna da escala (Tabela F1), pelo que decidimos manter todos os itens na análise global dos resultados obtidos na EBEP. Considerando as correlações dos itens com as respectivas dimensões da EBEP (Tabela F2), verificamos que só surgem correlações inferiores a .20 nas dimensões Autonomia e Domínio de Meio, que foram precisamente aquelas que apresentaram valores de consistência interna inaceitáveis (abaixo de .60), pelo que decidimos não considerar estas duas dimensões nas análises inferenciais relativas ao estudo das hipóteses.

Podemos assim concluir que os resultados encontrados neste estudo vão no mesmo sentido de investigações anteriores com versões reduzidas das Escalas de Carol Ryff que têm vindo a apontar para alguns problemas metodológicos quanto ao critério psicométrico de consistência interna (e.g. Ryff & Keyes, 1995), sendo também concordantes com estudos anteriores com a EBEP em adolescentes portugueses, onde as dimensões Domínio do Meio e Autonomia têm vindo a revelar maior fragilidade em termos de consistência interna (e.g. Rodrigues, 2012; Ventura, 2016).

Quanto à EADS-C, a mesma apresentou elevada consistência interna na Escala Completa ($\alpha=.93$) e boa consistência interna nas suas três dimensões – Ansiedade ($\alpha=.79$), Depressão ($\alpha=.87$) e Stresse ($\alpha=.83$). Por sua vez, a análise dos

itens da EADS-C apresentada no Anexo G permite verificar que todos os itens apresentam correlações com o total da escala (Tabela G1) e com as respetivas dimensões (Tabela G2) acima de .30 como é desejável (Kline, 2011).

Passando agora à análise descritiva dos resultados obtidos nas medidas de saúde mental, os dados apresentados na Tabela 4.1 permitem retirar as seguintes conclusões:

- Na EBEP os resultados totais situam-se entre 76 e 143 com uma média de 117.53 ± 11.53 . Este valor médio é ligeiramente mais elevado comparativamente ao que foi encontrado no estudo de adaptação deste instrumento para adolescentes portugueses (*cf.* Fernandes, 2007), indicando níveis satisfatórios de bem-estar global na amostra em estudo. Por sua vez, na comparação das pontuações médias obtidas em cada uma das seis dimensões verifica-se que os resultados médios mais elevados surgem nas dimensões Crescimento Pessoal e Relações Positivas e os mais baixos nas dimensões Domínio do Meio e Objetivos na Vida (Tabela 4.1). Estes resultados vão no mesmo sentido de outras investigações (e.g. Fernandes, 2007; Rodrigues, 2010; Ventura, 2016), que apontam para uma valorização das relações interpessoais e adesão/abertura a novas experiências neste período da vida, enquanto as maiores dificuldades parecem residir na definição de metas e objetivos pessoais e na capacidade para gerir o meio envolvente.

- Na EADS-C os resultados totais situam-se entre 0 e 60 com uma média de 12.01 ± 11.16 . Na comparação das pontuações obtidas nas três dimensões que constituem a escala verifica-se que as pontuações médias mais elevadas surgem nas dimensões relativas à Depressão e ao Stresse, distribuindo-se os resultados nestas duas dimensões entre as pontuações mínimas e máximas possíveis neste instrumento (0 e 21, respetivamente). De realçar que em todas as medidas da EADS-C as pontuações médias obtidas são relativamente baixas face à amplitude de resultados possíveis, o que parece indicar baixos níveis de psicopatologia na amostra em estudo. Comparando os resultados obtidos neste estudo com os de outras investigações, nomeadamente junto de adolescentes portugueses, podemos concluir que existe convergência de resultados quer em termos dos valores médios obtidos na EADS-C (e respetivas dimensões), quer na constatação de maiores níveis de stresse e menores níveis de ansiedade junto dos jovens adolescentes (e.g. Vilas Boas, 2016).

- Por fim, no que diz respeito à Satisfação com a Vida e à Satisfação Escolar, os resultados situam-se entre o valor mínimo e o valor máximo possível (0 e 10,

respetivamente), com uma pontuação média de 7.59 na Satisfação com a Vida e 6.08 na Satisfação Escolar. Considerado o valor médio da Satisfação com a Vida obtido no nosso estudo (7.59) comparativamente ao do estudo HBSC 2014 (7.44) podemos concluir que os adolescentes que constituem a nossa amostra apresentam níveis médios de satisfação com a vida ligeiramente superiores. Outro aspeto a realçar é que os adolescentes da nossa amostra obtiveram uma pontuação média mais elevada na Satisfação com a Vida comparativamente à da Satisfação Escolar (Tabela 4.1), o que parece ir de encontro aos dados da literatura que apontam para um descontentamento crescente com a escola (e.g. Matos et al., 2015b).

4.1.2. RELAÇÃO ENTRE AS MEDIDAS DE SAÚDE MENTAL

No sentido de perceber a natureza e a magnitude das associações entre as diferentes medidas de saúde mental consideradas neste estudo foram calculados os coeficientes de correlação de Pearson (Tabela 4.2.).

Tabela 4.2

Coeficientes de correlação entre a EBEP, EADS-C, SV e SE, tomando a amostra total

| Variáveis | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
|--------------|--------|-------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|-------|----|
| 1. EBEP | 1 | | | | | | | | | | |
| 2. CP | .64** | 1 | | | | | | | | | |
| 3. RP | .60** | .39** | 1 | | | | | | | | |
| 4. OV | .72** | .32** | .28** | 1 | | | | | | | |
| 5. AS | .80** | .34** | .37** | .49** | 1 | | | | | | |
| 6. EADS-C | -.43** | -.09* | -.19** | -.28** | -.51** | 1 | | | | | |
| 7. Ansiedade | -.29** | -.06 | -.13** | -.16** | -.31** | .85** | 1 | | | | |
| 8. Depressão | -.49** | -.11* | -.19** | -.36** | -.59** | .90** | .63** | 1 | | | |
| 9. Stresse | -.36** | -.08 | -.18** | -.22** | -.42** | .93** | .72** | .75** | 1 | | |
| 10. SV | .53** | .19** | .28** | .39** | .63** | -.50** | -.33** | -.56** | -.41** | 1 | |
| 11. SE | .36** | .11* | .11* | .36** | .35** | -.36** | -.25** | -.39** | -.30** | .46** | 1 |

Legenda: EBEP – Escala de Bem-Estar Psicológico; CP – Crescimento Pessoal; RP – Relações Positivas; OV – Objetivos na Vida; AS – Aceitação Social; EADS-C – Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse; SV – Satisfação com a Vida; SE – Satisfação Escolar

* p<.05; ** p<.01

A análise da Tabela 4.2 permite verificar que existem relações positivas e estatisticamente significativas entre os resultados na EBEP (Escala Completa e respectivas dimensões), a Satisfação com a Vida (SV) e a Satisfação Escolar (SE), que se constituem neste estudo como indicadores da saúde mental positiva. Por sua vez, estas medidas de saúde mental positiva apresentam também relações estatisticamente significativas, mas negativas, com as medidas de psicopatologia (Ansiedade, Depressão e Stresse), tal como era expetável. Ou seja, existe uma interdependência entre todas as medidas de saúde mental consideradas neste estudo, confirmando-se a nossa primeira hipótese (H1).

De referir ainda que as correlações mais elevadas se verificam entre os resultados totais e as respectivas dimensões em cada um dos instrumentos multidimensionais utilizados neste estudo, nomeadamente: na EBEP, os valores situam-se entre .60 (Relações Positivas) e .80 (Aceitação de Si); e, na EADS-C, os valores situam-se entre .85 (Ansiedade) e .93 (Stresse). Por sua vez, a existência de correlações negativas e significativas entre os resultados obtidos nestes dois instrumentos constitui-se como um critério de validade externa dos mesmos.

No que diz respeito à Satisfação com a Vida esta variável apresenta correlações positivas mais elevadas com o Bem-Estar Global ($r=.53$), e em particular com a dimensão Aceitação de Si ($r=.63$), mas também correlações negativas moderadas com a Escala EADS-C, em particular com a dimensão Depressão ($r=.56$). Por sua vez, a Satisfação Escolar apresenta uma correlação moderada com a Satisfação com a Vida ($r=.46$) e correlações ligeiramente mais baixas com os resultados na EBEP e na EADS-C, ainda que todas elas se tenham revelado estatisticamente significativas para $p<.01$, com exceção de duas dimensões da EBEP (Crescimento Pessoal e Relações Positivas) que o foram para $p<.05$ (Tabela 4.2).

Em síntese, os resultados encontrados neste estudo vão no mesmo sentido da literatura consultada que tem vindo a destacar a existência de uma associação negativa e moderada entre medidas de Saúde Mental Positiva/ Bem-Estar e medidas de psicopatologia (tais como, Ansiedade, Depressão e Stresse) (e.g. Almeida, 2014; Ferreira, 2015; Paupério, 2013; Robles, Sánchez & Galicia, 2011; Vilas Boas, 2016). Estes resultados evidenciam que, à medida que o bem-estar aumenta, os sintomas de ansiedade, depressão e stresse diminuem (e vice-versa), apesar de não se poder estabelecer uma relação de causa-efeito.

4.1.3. DIFERENÇAS NA SAÚDE MENTAL EM FUNÇÃO DE VARIÁVEIS DESENVOLVIMENTAIS E SOCIODEMOGRÁFICAS

Interessa-nos agora averiguar o modo como os resultados obtidos nas diferentes medidas de saúde mental são influenciados por variáveis relativas ao desenvolvimento (idade ou fase da adolescência) e sociodemográficas (género).

4.1.3.1. Diferenças relativas à idade (ou fase da adolescência)

A idade tem sido concetualizada como uma variável relativa a características de estádios de desenvolvimento psicológico, que engloba aspetos qualitativos e quantitativos das experiências prévias dos sujeitos, sendo uma das variáveis tradicionalmente considerada nos estudos relativos às diferenças individuais.

No que diz respeito à adolescência, pelo facto da mesma estar sujeita a diversas variações e influências de natureza histórica e sociocultural (Papalia, Olds & Feldman, 2009), torna-se difícil reunir consenso relativamente à delimitação dos seus níveis etários, ainda que a OMS para fins de planificação de programas de prevenção de saúde tenha começado por definir a adolescência como o período que decorre entre os 10 e os 19 anos, estendendo depois até aos 24 anos de idade através da junção da adolescência e da juventude (WHO, 1986 cit. por Fernandes, 2007). Neste último documento, são consideradas três fases da adolescência: Fase inicial (10-14 anos), Fase Média (14-17 anos) e Fase Final (17-20 anos). Esta é uma das muitas propostas que se podem encontrar na literatura relativa às fases da adolescência, não existindo consenso entre os investigadores.

Como as idades dos estudantes que constituem a nossa amostra se situam entre os 13 e os 19 anos e no sentido de analisar diferenças em função de diferentes fases da adolescência (inicial, média e final), foram considerados três grupos etários: G1 (adolescentes com 13 e 14 anos), G2 (adolescentes com 15, 16 e 17 anos) e G3 (adolescentes com 18 e 19 anos).

Dado que encontrámos correlações estatisticamente significativas entre todas as medidas de saúde mental consideradas neste estudo (Tabela 4.2), então para analisar diferenças em função da fase da adolescência recorreremos à análise da variância multivariada (MANOVA *one-way*), após a verificação dos pressupostos necessários à utilização da mesma.

A MANOVA revelou que o fator “fase da adolescência” teve um efeito de pequena dimensão mas estatisticamente significativo sobre o compósito multivariado [Traço de Pillai=.060; $F_{(20,1034)}=1.603$; $p=.045$; $\eta^2_p=.030$; Potência=.956]. Os resultados das análises univariadas (ANOVA *one-way*) revelam que as medidas que contribuem para essa diferenciação são a EBEP (Escala Completa e dimensão Aceitação de Si), a EADS-C (Escala Completa e dimensão Stresse) e a Satisfação com a Vida (Tabela 4.3).

Tabela 4.3

Diferenças na EBEP, EADS-C, SV e SE, em função da fase da adolescência

| | Fase Inicial (G1, n=142) M±DP | Fase Média (G2, n=325) M±DP | Fase Final (G3, n=61) M±DP | F | p | Post-Hoc |
|--------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|---------|------|-------------|
| EBEP_Total | 118.73±12.27 | 116.54±11.55 | 120.02±8.85 | 3.414* | .034 | 2<3* |
| Crescimento Pessoal | 21.87±2.35 | 21.75±2.54 | 22.43±1.97 | 2.028 | .133 | (ns) |
| Relações Positivas | 20.59±2.71 | 20.25±2.72 | 20.26±3.25 | .765 | .466 | (ns) |
| Objetivos na Vida | 18.60±3.28 | 18.36±3.39 | 18.95±3.26 | .900 | .407 | (ns) |
| Aceitação de Si | 19.87±3.45 | 18.77±3.47 | 19.75±2.53 | 6.229** | .002 | 1>2**, 2<3* |
| EADS_Total | 12.13±11.66 | 12.58±11.23 | 8.71±9.02 | 3.125* | .045 | 2>3* |
| Ansiedade | 2.87±3.16 | 2.82±3.48 | 1.85±3.15 | 2.313 | .100 | (ns) |
| Depressão | 4.03±4.73 | 4.67±4.77 | 3.21±3.34 | 2.986 | .049 | 2>3* |
| Stresse | 5.24±4.79 | 5.08±4.37 | 3.64±3.71 | 3.133* | .044 | 1>3*, 2>3* |
| Satisfação_Vida | 7.92±1.73 | 7.41±1.96 | 7.80±1.55 | 4.228* | .015 | 1>2* |
| Satisfação_Escola | 6.30±1.93 | 5.95±1.69 | 6.23±1.80 | 2.207 | .111 | (ns) |

Legenda: EBEP – Escala de Bem-Estar Psicológico; EADS-C – Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse; SV – Satisfação com a Vida; SE – Satisfação Escolar ; (ns) não significativo

* $p<.05$; ** $p<.01$

No que diz respeito aos resultados obtidos na EBEP, a análise da Tabela 4.3 permite verificar uma diminuição do Bem-Estar Global da fase inicial (grupo 1) para a fase média da adolescência (grupo 2) e depois um aumento na fase final da adolescência (grupo 3), ainda que as diferenças só se tenham revelado estatisticamente significativas ($p<.05$), na comparação do grupo 2 (fase média) com o grupo 3 (fase final). Por sua vez, na dimensão *Aceitação de Si* ($p<.01$), as diferenças revelaram-se estatisticamente significativas na comparação dos grupos 1 e 2 e na comparação dos grupos 2 e 3 (sempre com resultados mais baixos para o grupo de adolescentes da fase média). Estes resultados vão no mesmo sentido de outras investigações que indicam níveis de bem-estar mais elevados na fase final da

adolescência, ainda que não pareça existir uma evolução uniforme do BEP ao longo da adolescência, mas sim períodos alternados de maior e menor bem-estar à medida que a idade dos adolescentes avança (e.g. Carvalho, 2015; Fernandes, 2007), sendo que no nosso estudo os adolescentes com idades entre os 15 e os 17 anos são aqueles que apresentam os menores níveis de BEP.

Relativamente aos resultados obtidos na EADS-C (Tabela 4.3), verifica-se uma tendência decrescente dos níveis médios da ansiedade e do stresse ao longo das três fases da adolescência, com diferenças significativas na comparação do grupo 3 com os restantes grupos (com níveis de stresse mais baixos para o grupo que se encontra na fase final da adolescência). Por sua vez, na dimensão da Depressão verifica-se um aumento da fase inicial para a fase média e depois um declínio da fase média para a fase final da adolescência, ainda que estas diferenças só se tenham revelado marginalmente significativas na comparação do grupo 2 e 3 (com níveis mais elevados para os adolescentes da fase média da adolescência). Este último padrão também acontece quando consideramos o resultado total na EADS-C, com os adolescentes da fase média da adolescência a apresentarem níveis mais elevados de sintomatologia psicopatológica em comparação com os da fase final da adolescência. Podemos assim concluir que no nosso estudo, são os adolescentes mais novos que apresentam maiores níveis de stresse (fase inicial e fase média da adolescência) e que são os adolescentes da fase média que apresentam maiores níveis de psicopatologia em geral, e de depressão em particular.

Considerando agora os resultados obtidos na Satisfação com a Vida, a análise da Tabela 4.3 permite verificar que existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos 1 e 2 (com níveis de satisfação com a vida mais elevados para os adolescentes da fase inicial da adolescência). Relativamente, à Satisfação Escolar não existem diferenças estatisticamente significativas em função da fase da adolescência.

Dado que a variável “Satisfação com a Vida” tem vindo a ser analisada nos estudos HBSC, em função do ano de escolaridade, decidimos complementarmente fazer este tipo de estudo, cujos resultados se encontram no Anexo H. A análise dos resultados indica uma tendência decrescente da satisfação com a vida do 8º até ao 11º ano, e uma inversão no sentido crescente do 11º para o 12º ano (Tabela H1), ainda que essas diferenças só se tenham revelado marginalmente significativas ($F_{(4,523)}=2.450$, $p=.045$) e sem significado estatístico no *post-hoc* (Tabela H2). Podemos então concluir que, na nossa pesquisa, o padrão de resultados é semelhante ao que

foi encontrado no estudo HBSC 2014, que apontou para níveis de satisfação com a vida mais elevados nos adolescentes mais novos e para uma diminuição da satisfação com a vida ao longo da escolaridade (cf. Matos et al., 2015a, 2015b). A única diferença é que no nosso estudo, os estudantes do 11º ano foram aqueles que apresentaram um valor médio de satisfação com a vida mais baixo, enquanto no estudo HBSC foram os estudantes do 12º ano (cf. Matos et al., 2015a). Comparando ainda os nossos resultados com os do estudo HBSC 2014 podemos também concluir que nos níveis de escolaridade comuns aos dois estudos (8º, 10º e 12º anos), os adolescentes que constituem a nossa amostra revelaram sempre níveis médios de satisfação com a vida ligeiramente superiores, nomeadamente: (7.92 por comparação a 7.28), 10º ano (7.54 por comparação a 6.99) e 12º ano (7.49 por comparação a 6.96) (cf. Matos et al., 2015a).

Relativamente às restantes variáveis, o ano de escolaridade revelou apenas um efeito estatisticamente significativo na EBEP, nomeadamente no bem-estar global ($F_{(4,523)}=2.530$, $p=.040$) na comparação do 9º e 10º anos ($p<.05$) e na dimensão Crescimento Pessoal ($F_{(523,4)}=3.499$, $p=.008$) na comparação do 10º e 11º anos ($p<.05$) e na comparação do 10º e 12º anos ($p<.01$), em todas as comparações com níveis mais baixos para os alunos do 10º ano de escolaridade. Estes resultados indicam níveis de crescimento pessoal mais elevados para os estudantes que se encontram nos anos terminais do ensino secundário (11º e 12º anos), o que sugere um efeito positivo da escolaridade nesta dimensão do BEP, nomeadamente numa maior abertura a novas experiências e interesse pelo aperfeiçoamento e enriquecimento pessoal, que também se pode dever ao efeito do próprio desenvolvimento.

Relativamente aos resultados mais baixos no bem-estar global em estudantes do 10º ano de escolaridade, uma possível explicação poderá dever-se à transição do ensino básico para o ensino secundário, sendo este último nível de ensino mais exigente e sujeito a maior pressão, no sentido em que as classificações escolares passam a contar para a nota de candidatura ao prosseguimento de estudos no ensino superior, que constitui o objetivo de 83% dos estudantes da nossa amostra (cf. Tabela A1).

Em suma, os resultados encontrados neste estudo apontam para a existência de diferenças estatisticamente significativas na saúde mental em função da idade dos adolescentes (fase da adolescência e ano de escolaridade) com resultados mais favoráveis no BEP para os adolescentes mais velhos e na Satisfação com a Vida para os adolescentes mais novos, confirmando-se a nossa segunda hipótese (H2).

De referir também que neste estudo, as idades compreendidas entre os 15 e os 17 anos foram aquelas onde se verificaram resultados mais baixos nas medidas de saúde mental positiva e resultados mais altos nas medidas de psicopatologia, apontando assim a fase média da adolescência como um período de maior vulnerabilidade em termos de saúde mental.

Estes dados corroboram a ideia defendida por alguns autores que consideram que as tarefas desenvolvimentistas e as exigências de adaptação associadas á fase média da adolescência colocam maiores dificuldades aos adolescentes, pelo que esta fase é considerada como o “núcleo” da adolescência em que vigoram questões fulcrais como a procura de autonomia, o estabelecimento de relações mais fortes com os pares e as escolhas vocacionais (e.g. Bizarro, 1999).

4.1.3.2. Diferenças relativas ao género

A par da idade, outra variável tradicionalmente considerada no estudo das diferenças individuais é o género⁶. Particularmente no que diz respeito à Saúde Mental, o género tem-se revelado um fator diferenciador importante, motivo pelo qual procedemos à comparação dos resultados obtidos nas diferentes medidas de saúde mental em função desta variável.

A análise da variância multivariada revelou que o género teve um efeito de média dimensão e altamente significativo sobre o compósito multivariado [Traço de Pillai=.088; $F_{(10,517)}=4.989$; $p=.000$; $\eta^2_p=.088$; Potência=1].

Os resultados das análises univariadas (ANOVA *one way*) revelam que praticamente todas as medidas contribuem para esta diferenciação, com exceção da EBEP (Escala Completa e dimensões Relações Positivas e Objetivos na Vida) e a Satisfação Escolar (Tabela 4.4).

⁶ O termo “género” foi escolhido em vez do termo “sexo” porque é mais abrangente, na medida em que contempla não só as evidentes diferenças biológicas entre o sexo feminino e o sexo masculino, mas também as características de índole sociocultural subjacentes a cada um dos géneros.

Tabela 4.4

Diferenças na EBEP, EADS-C, SV e SE, em função do género

| | Rapazes (n=264) <i>M±DP</i> | Raparigas (n=264) <i>M±DP</i> | <i>F</i> | <i>p</i> | Diferenças |
|--------------------------|--|--|-----------|----------|-------------------|
| EBEP_Total | 118.22±11.80 | 116.83±11.23 | 1.922 | .166 | (ns) |
| Crescimento Pessoal | 21.58±2.52 | 22.14±2.32 | 7.189** | .008 | ♂<♀ |
| Relações Positivas | 20.36±2.83 | 20.33±2.74 | .024 | .876 | (ns) |
| Objetivos na Vida | 18.74±3.43 | 18.24±3.24 | 2.966 | .086 | (ns) |
| Aceitação de Si | 19.74±3.28 | 18.61±3.44 | 14.871*** | <.001 | ♂>♀ |
| EADS_Total | 9.96±9.85 | 14.06±12.00 | 18.478*** | <.001 | ♂<♀ |
| Ansiedade | 2.22±2.90 | 3.23±3.72 | 12.138** | .001 | ♂<♀ |
| Depressão | 3.55±4.06 | 5.12±5.04 | 15.588*** | <.001 | ♂<♀ |
| Stresse | 4.19±4.15 | 5.72±4.58 | 16.098*** | <.001 | ♂<♀ |
| Satisfação_Vida | 7.95±1.73 | 7.24±1.93 | 19.690*** | <.001 | ♂>♀ |
| Satisfação_Escola | 6.14±1.83 | 6.02±1.72 | .654 | .419 | (ns) |

Legenda: EBEP – Escala de Bem-Estar Psicológico; EADS-C – Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse; SV – Satisfação com a Vida; SE – Satisfação Escolar; (ns) não significativo; ♂ - Rapazes; ♀ - Raparigas

** p<.01; ***p<.001

Relativamente aos resultados obtidos na EBEP, a análise da Tabela 4.4 permite verificar que os rapazes obtiveram uma pontuação média mais elevada no Bem-Estar Global comparativamente às raparigas, ainda que as diferenças não se tenham revelado estatisticamente significativas. Quando consideramos as dimensões da EBEP, verificam-se diferenças estatisticamente significativas na dimensão Aceitação de Si (a favor dos rapazes) e na dimensão Crescimento Pessoal (a favor das raparigas), ambas para $p<.01$. Estes resultados vão no mesmo sentido de outros estudos com adolescentes portugueses (e.g. Fernandes, 2007; Fernandes et al., 2011; Rebelo, 2017) que têm vindo a realçar valores mais elevados de aceitação de si para os rapazes, o que sugere que estes adolescentes tendem a consolidar de modo mais positivo as suas perceções no decorrer da avaliação e possível aceitação dos seus múltiplos aspetos inerentes à conceção do eu, quer ao nível diferencial (caraterísticas positivas ou negativas), quer ao nível temporal (passado/presente/futuro), comparativamente às raparigas. Por sua vez, as raparigas tendem a pontuar mais elevado na dimensão crescimento pessoal, revelando assim uma maior adesão/abertura a novas experiências, comparativamente aos rapazes.

Quanto aos resultados obtidos na EADS-C as raparigas apresentam sempre pontuações médias mais elevadas que os rapazes, todas elas estatisticamente significativas para $p < .01$ (Tabela 4.4). Estes resultados indicam a presença de maior sintomatologia de ansiedade, depressão e stresse no grupo das raparigas, o que tem vindo a ser sistematicamente destacado em diversos estudos nacionais e internacionais (e.g. Almeida, 2014; Brito, 2011; Lee et al., 2014; Manso & Matos, 2006; WHO, 2017). Para além disso, as raparigas apresentam também menor satisfação com a vida comparativamente aos rapazes, o que também tem sido confirmado noutras investigações (e.g. Matos et al., 2015a).

Estes dados permitem-nos concluir que as raparigas constituem um grupo de maior risco em termos de Saúde Mental reportando, quer níveis de Satisfação com a Vida mais baixos do que os rapazes, quer níveis de sintomatologia mais elevados (Ansiedade, Depressão e Stresse), confirmando-se a nossa terceira hipótese (H3).

4.2. CARATERIZAÇÃO DA PRÁTICA DESPORTIVA DOS ADOLESCENTES

Na caracterização da prática desportiva dos estudantes que constituem a nossa amostra começou-se por analisar a resposta à seguinte questão: “*Sem contar com as aulas de Educação Física, praticas algum desporto com regularidade?*”. A análise das respostas, de tipo dicotómico (Sim/ Não), permitiram calcular os índices de participação desportiva⁷ dos estudantes da amostra.

Passou-se depois à caracterização da prática desportiva, considerando apenas os estudantes praticantes, tendo em conta as seguintes variáveis: tipo de modalidade, frequência (nº de dias por semana e duração média de uma sessão de treino), contexto e motivação para a prática desportiva.

Neste estudo considerou-se sempre a amostra total e as subamostras em função do género, na medida em que a variável “género” tem-se revelado um importante fator diferenciador na caracterização da prática desportiva na adolescência.

⁷ Os índices de participação desportiva correspondem às frequências relativas encontradas para os grupos de praticantes, quer na amostra total, quer nas subamostras consideradas neste estudo.

4.2.1. ÍNDICES DE PARTICIPAÇÃO DESPORTIVA

Na Tabela 4.5 são apresentadas as frequências absolutas e relativas para os praticantes e não-praticantes de atividades desportivas para além das aulas de Educação Física, tomando a amostra total e as subamostras em função do género.

Tabela 4.5

Participação Desportiva, total da amostra e subamostras em função do género

| Prática Desportiva | Amostra Total | | Rapazes | | Raparigas | |
|--------------------|---------------|-------|---------|-------|-----------|-------|
| | N | % | N | % | N | % |
| Sim | 329 | 62.3 | 207 | 78.4 | 122 | 46.2 |
| Não | 199 | 37.7 | 57 | 21.6 | 142 | 53.8 |
| Total | 528 | 100.0 | 264 | 100.0 | 264 | 100.0 |

A análise da Tabela 4.5 permite verificar que no total da amostra, a maioria dos estudantes pratica alguma atividade desportiva para além das aulas de Educação Física, correspondendo o Índice de Participação Desportiva a 62.3%. No entanto, quando consideramos as subamostras em função do género é possível constatar que nos rapazes o Índice de Participação Desportiva corresponde a 78.4%, enquanto nas raparigas é de 46.2%, sendo esta diferença altamente significativa ($\chi^2=58.267$, $p=.001$), o que confirma a nossa quarta hipótese (H4).

Podemos então afirmar que os resultados obtidos são consonantes com a literatura que tende a evidenciar diferenças na prática desportiva em função do género, no sentido de uma maior participação em atividades desportivas por parte dos rapazes comparativamente às raparigas (e.g. Belcher et al., 2010; Loureiro, 2011; Matos, Carvalhosa & Dinis, 2002; Matos et al., 2015; Marques & Costa, 2013; Pereira, 2016).

Os resultados obtidos em função de variáveis desenvolvimentais (idade cronológica, fase da adolescência) e académicas (ano de escolaridade, nível de ensino) são apresentados no Anexo I, tendo-se verificado que em todas as idades, fases da adolescência, anos de escolaridade e níveis de ensino considerados neste estudo, os índices de participação desportiva são sempre superiores a 50%, ou seja, a percentagem de alunos praticantes é sempre superior comparativamente aos não praticantes (Tabela I1).

Apesar dos dados apresentados na Tabela I1 permitirem ainda constatar ligeiras diferenças na participação desportiva na fase inicial (64.1%), na fase média

(62.2%) e na fase final (59%) da adolescência, no entanto, estas diferenças não se revelaram estatisticamente significativas ($\chi^2=.476$, $p=.788$), não se confirmando a nossa quinta hipótese (H5) e contrariamente ao que algumas investigações têm vindo a realçar (e.g. Loureiro, 2011; Matos et al., 2015; Pereira, 2016).

Outro dado interessante é que quando consideramos a idade cronológica são os alunos de 13 anos que apresentam o maior índice de participação desportiva, mas quando se considera o ano escolar são os alunos do 10º ano.

Por sua vez, as maiores percentagens de não praticantes situam-se nos anos terminais de ciclo (9º e 12º anos). Uma possível explicação poderá ser o facto de constituírem anos de transição de níveis de ensino, nos quais são exigidos exames nacionais, o que implica mais tempo de dedicação ao estudo, em detrimento de outras atividades. Existe também infelizmente a possibilidade, de alguns pais imputarem os maus resultados académicos à prática desportiva, passando os castigos ou sanções pela suspensão dos treinos dos seus filhos, como alguns estudos parecem demonstrar (e.g. Costa, 2008).

De referir também que na comparação por nível de ensino (básico e secundário), ao contrário do que seria expectável, verifica-se um aumento do índice de participação desportiva (60.1% para 63.5%), ainda que essas diferenças não se tenham revelado estatisticamente significativas, tal como se verificou para as restantes variáveis (idade, fase da adolescência e ano de escolaridade).

4.2.2. CARATERÍSTICAS DA PARTICIPAÇÃO DESPORTIVA DOS ADOLESCENTES

4.2.2.1 Tipos de Modalidade

Para os estudantes que praticam uma atividade desportiva para além das aulas de Educação Física (n=329), de modo a perceber a natureza dessa participação, foram considerados três tipos de modalidades: manutenção/ recreação (e.g. atividades de ginásio e outras que ocorrem num contexto informal), desportos individuais e desportos coletivos (Tabela 4.6). Por fim, foram analisadas as modalidades desportivas mais praticadas pelos estudantes (Tabela 4.7).

Tabela 4.6

Tipo de Prática Desportiva, considerando a amostra total e as subamostras em função do género

| Tipo de Prática Desportiva | Amostra Total | | Rapazes | | Raparigas | |
|----------------------------|---------------|------|---------|------|-----------|------|
| | N | % | N | % | N | % |
| Manutenção/ Recreação | 70 | 21.3 | 39 | 18.8 | 31 | 25.4 |
| Desportos Individuais | 95 | 28.9 | 42 | 20.3 | 53 | 43.4 |
| Desportos Coletivos | 164 | 49.8 | 126 | 60.9 | 38 | 31.1 |

Os resultados apresentados na Tabela 4.6 permitem concluir que cerca de metade dos praticantes se encontram envolvidos numa modalidade coletiva. No entanto, quando consideramos o género verifica-se uma tendência diferente, ou seja, enquanto a maioria dos rapazes pratica uma modalidade coletiva (60.9%), nas raparigas a percentagem mais elevada situa-se na prática de uma modalidade individual (43.4%), existindo no caso das raparigas uma distribuição mais equitativa pelos três tipos de prática desportiva (recreação, desportos individuais e desportos coletivos).

Tabela 4.7

Modalidades desportivas, considerando a amostra total e as subamostras em função do género

| Modalidade | Amostra Total | | Rapazes | | Raparigas | |
|-----------------------|---------------|------|---------|------|-----------|------|
| | N | % | N | % | N | % |
| Futebol | 85 | 25.8 | 83 | 40.1 | 2 | 1.6 |
| Atividades de Ginásio | 40 | 12.1 | 21 | 10.1 | 19 | 15.6 |
| Basquetebol | 25 | 7.6 | 17 | 8.2 | 8 | 6.6 |
| Natação | 24 | 7.3 | 8 | 3.9 | 16 | 13.1 |
| Dança | 23 | 7.0 | 0 | 0.0 | 23 | 18.9 |
| Futsal | 20 | 6.1 | 11 | 5.3 | 9 | 7.4 |
| Voleibol | 20 | 6.1 | 0 | 0.0 | 20 | 16.4 |
| Artes Marciais | 15 | 4.6 | 9 | 4.3 | 6 | 4.9 |
| BTT | 11 | 3.3 | 10 | 4.8 | 1 | .8 |
| Atletismo | 10 | 3.0 | 7 | 3.4 | 3 | 2.4 |

Quando consideramos as modalidades mais praticadas pelos estudantes (Tabela 4.7), na amostra total surge em primeiro lugar o futebol (25.8%), seguido das atividades de ginásio (12.1%) e do basquetebol (7.6%). Quando analisamos as subamostras em função do género verifica-se a mesma tendência no grupo dos rapazes, surgindo em primeiro lugar o futebol (40.1%), seguido de atividades de ginásio (10.1%) e do basquetebol (8.2%); mas, no grupo das raparigas, surge em

primeiro lugar a dança (18.9%), depois o voleibol (16.4%), seguido das atividades de ginásio (15.6%).

A existência de diferenças de género no tipo de modalidades desportivas tem vindo a ser igualmente destacada noutras investigações (e.g. Costa et al., 2009; Matos et al., 2015; Rosa, 2016).

4.2.2.2 Frequência e Duração da Sessão de Treino

No que diz respeito à frequência com que os estudantes referem praticar uma atividade desportiva para além das aulas de Educação Física, a mesma varia entre um dia por semana e todos os dias da semana, situando-se a moda em 3 dias por semana (Tabela 4.8). Por sua vez, as sessões de treino decorrem entre um mínimo de meia hora e um máximo de 3 horas, tendo em média uma sessão de treino a duração de cerca de uma hora e meia (Tabela 4.8).

Tabela 4.8

Frequência e duração das sessões de treino

| Frequência/ duração | Mínimo | Máximo | Moda | Média | DP |
|------------------------------|--------|--------|------|-------|------|
| Nº de Dias/ Semana | 1 | 7 | 3 | 3.07 | 1.26 |
| Duração do Treino (em horas) | .5 | 3.0 | 1.5 | 1.63 | .48 |

Na comparação das subamostras em função do género verificam-se diferenças estatisticamente significativas, quer na frequência (para $p < .001$), quer na duração das sessões de treino (para $p < .01$), sempre com valores médios mais elevados para o grupo dos rapazes (Tabela 4.9)

Tabela 4.9

Diferenças na frequência e na duração das sessões de treino em função do género

| Frequência/ duração | Rapazes ($n=207$) $M \pm DP$ | Raparigas ($n=122$) $M \pm DP$ | t | p | Diferenças |
|------------------------------|--------------------------------------|--|----------|-------|------------|
| Nº de Dias/ Semana | 3.33±1.22 | 2.62±1.21 | 5.115*** | <.001 | ♂ > ♀ |
| Duração do Treino (em horas) | 1.69±.49 | 1.52±.43 | 3.364** | .001 | ♂ > ♀ |

Legenda: ♂ - Rapazes; ♀ - Raparigas

** $p < .01$; *** $p < .001$

4.2.2.3 Contexto da Prática Desportiva

Quanto ao contexto da prática desportiva (Tabela 4.10), verifica-se que na amostra total a maioria dos praticantes são federados (52.3%). No entanto, quando consideramos as subamostras em função do género constatamos que são maioritariamente os rapazes (67.6% dos rapazes e 26.2% das raparigas).

Tabela 4.10

Contexto da Prática Desportiva

| Contexto | Amostra Total | | Rapazes | | Raparigas | |
|------------------------------|---------------|------|---------|------|-----------|------|
| | N | % | N | % | N | % |
| Federado | 172 | 52.3 | 140 | 67.6 | 32 | 26.2 |
| Organizado, mas não federado | 54 | 16.4 | 19 | 9.2 | 35 | 28.7 |
| Desporto Escolar | 34 | 10.3 | 10 | 4.8 | 24 | 19.7 |
| Informal | 69 | 21.0 | 38 | 18.4 | 31 | 25.4 |

Outro aspeto importante a realçar é que apenas 10.3% dos alunos se encontram envolvidos no Desporto Escolar, sendo essa percentagem mais elevada para o grupo das raparigas (19.7% das raparigas e 4.8% dos rapazes) (Tabela 4.10).

4.2.3. MOTIVOS PARA A PRÁTICA DESPORTIVA

Na Tabela 4.11 são apresentados os motivos indicados pelos estudantes para a prática desportiva, tomando a amostra total e as subamostras em função do género.

Tabela 4.11

Motivos para a prática desportiva

| Principal Motivo | Amostra Total | | Rapazes | | Raparigas | |
|---|---------------|------|---------|------|-----------|------|
| | N | % | N | % | N | % |
| Divertimento/ prazer | 137 | 41.6 | 84 | 40.6 | 53 | 43.4 |
| Competição | 56 | 17.0 | 42 | 20.3 | 14 | 11.5 |
| Estar em boa condição física | 87 | 26.4 | 46 | 22.2 | 41 | 33.6 |
| Melhorar o rendimento desportivo | 21 | 6.4 | 17 | 8.2 | 4 | 3.3 |
| Pertencer a uma equipa/clube | 9 | 2.7 | 6 | 2.9 | 3 | 2.5 |
| Fazer novas amizades/ estar com os amigos | 7 | 2.1 | 4 | 1.9 | 3 | 2.5 |
| Ocupação de tempos livres | 12 | 3.6 | 8 | 3.9 | 4 | 3.3 |

A análise da Tabela 4.11 permite verificar que o principal motivo que conduz os estudantes à prática desportiva é o divertimento (referido por 41.6% dos estudantes, seguido de estar em boa condição física (26.4%) e a competição (17%). Esta ordem de importância mantém-se quando se consideram as subamostras em função do género, ainda que subsistam algumas diferenças em termos percentuais.

Os resultados encontrados neste estudo vão no mesmo sentido de investigações anteriores, destacando-se aqui o estudo realizado por Loureiro (2011) onde o prazer e o divertimento parecem constituir-se como os principais motivos para a manutenção ou abandono da prática desportiva na adolescência.

4.3. BENEFÍCIOS PSICOLÓGICOS DA PRÁTICA DESPORTIVA

Para analisar eventuais benefícios psicológicos da prática desportiva foram considerados três grupos: Grupo 1 – Prática Desportiva Inexistente (constituído pelos estudantes que não praticam nenhuma atividade desportiva para além das aulas de Educação Física); Grupo 2 – Prática Desportiva Reduzida (constituído pelos estudantes que praticam uma atividade desportiva no máximo dois dias por semana e/ou há menos de um ano); Grupo 3 – Prática Desportiva Regular (constituído pelos estudantes que praticam uma atividade desportiva três ou mais vezes por semana e há mais de um ano).

Procedeu-se depois à análise de diferenças nestes três grupos considerando as medidas de saúde mental positiva (Bem-Estar Psicológico, Satisfação com a Vida e Satisfação Escolar) e sintomatologia (Ansiedade, Depressão e Stresse).

A MANOVA revelou que o fator “prática desportiva” teve um efeito de média dimensão e altamente significativo sobre o compósito multivariado [Traço de Pillai=.103; $F_{(20,1034)}=2.804$; $p=.000$; $\eta^2_p=.051$; Potência=1].

Os resultados das análises univariadas (ANOVA *one way*) revelam que praticamente todas as medidas contribuem para esta diferenciação, com exceção da dimensão Crescimento Pessoal da EBEP (Tabela 4.12).

Tabela 4.12

Diferenças na EBEP, EADS-C, SV e SE, em função da prática desportiva

| | Inexistente (G1, n=199) <i>M±DP</i> | Ocasional (G2, n=121) <i>M±DP</i> | Regular (G3, n=208) <i>M±DP</i> | <i>F</i> | <i>p</i> | <i>Post-Hoc</i> |
|--------------------------|--|--|--|-----------|----------|-----------------|
| EBEP_Total | 115.49±11.43 | 115.98±11.65 | 120.38±11.01 | 10.962*** | <.001 | 1<3***,2<3** |
| Crescimento Pessoal | 21.70±2.44 | 21.87±2.70 | 22.00±2.26 | .756 | .470 | (ns) |
| Relações Positivas | 20.07±2.77 | 19.84±2.90 | 20.90±2.64 | 7.355** | .001 | 1, 2 <3** |
| Objetivos na Vida | 17.96±3.29 | 17.84±3.51 | 19.38±3.11 | 12.544*** | <.001 | 1,2 <3*** |
| Aceitação de Si | 18.61±3.45 | 18.68±3.65 | 20.01±3.05 | 10.610*** | <.001 | 1<3***,2<3** |
| EADS_Total | 14.09±12.37 | 12.99±11.35 | 9.45±9.22 | 9.678*** | <.001 | 1<3***,2<3* |
| Ansiedade | 3.17±3.85 | 2.86±3.24 | 2.21±2.86 | 4.305* | .014 | 1<3* |
| Depressão | 5.30±5.06 | 4.60±5.02 | 3.25±3.68 | 10.541*** | <.001 | 1<3***,2<3* |
| Stresse | 5.62±4.78 | 5.53±4.45 | 3.99±3.89 | 8.392*** | <.001 | 1, 2 <3** |
| Satisfação_Vida | 7.33±2.04 | 7.31±1.94 | 8.01±1.55 | 9.030*** | <.001 | 1<3***,2<3** |
| Satisfação_Escola | 5.75±1.77 | 6.09±1.92 | 6.38±1.64 | 6.463** | .002 | 1<3** |

Legenda: EBEP – Escala de Bem-Estar Psicológico; EADS-C – Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse; SV – Satisfação com a Vida; SE – Satisfação Escolar ; (ns) não significativo;

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

No que diz respeito aos resultados obtidos nas medidas de saúde mental positiva (EBEP, SV e SE) a análise da Tabela 4.12 permite verificar que os estudantes com uma prática desportiva regular (grupo 3) apresentam sempre pontuações médias mais elevadas comparativamente aos estudantes não praticantes (grupo 1) e aos estudantes com uma prática ocasional (grupo 2).

Na comparação de médias verifica-se que as diferenças encontradas são sempre estatisticamente significativas na comparação do grupo 3 (praticantes regulares) com o grupo 1 (não praticantes), com exceção da dimensão Crescimento Pessoal da EBEP. Existem ainda diferenças estatisticamente significativas entre os estudantes com uma prática regular (grupo 3) e os estudantes com uma prática ocasional (grupo 2) na EBEP (Escala Completa e dimensões Relações Positivas, Objetivos na Vida e Aceitação de Si) e na Satisfação com a Vida. Já no que diz respeito à Satisfação Escolar as diferenças só apresentam significado estatístico na comparação do grupo 3 (praticantes regulares) e do grupo 1 (não praticantes), a favor dos primeiros.

Estes dados sugerem que para se obter um benefício em termos de saúde mental positiva/bem-estar não é suficiente ter alguma prática desportiva (já que as diferenças entre o grupo de não praticantes e o grupo de praticantes ocasionais não

se revelaram estatisticamente significativas). Ou seja, a prática desportiva regular é que parece acarretar benefícios ao nível do bem-estar geral dos indivíduos, tal como alguns estudos têm vindo a destacar (e.g. Almeida et al., 2018; Gomes et al., 2015; Spruit et al., 2016).

Salientamos ainda, que os resultados obtidos neste estudo vão no sentido de que os estudantes com uma prática desportiva regular apresentam ganhos não só ao nível do bem-estar global mas também em termos de ter objetivos na vida, na aceitação de si próprio e no estabelecimento de relações positivas com os outros e constituindo assim uma peça importante no próprio desenvolvimento pessoal e social dos adolescentes, o que tem vindo a ser salientado também noutros estudos (e.g. Gotava, 2015).

Relativamente aos resultados obtidos na EADS-C (Tabela 4.12) verifica-se que os estudantes com uma prática desportiva regular (grupo 3) apresentam sempre pontuações médias mais baixas, quer no total da escala, quer nas dimensões Ansiedade, Depressão e Stresse, na comparação com o grupo 1 (não praticantes) e na comparação com o grupo 2 (praticantes ocasionais). Estas diferenças entre o grupo 3 e os restantes dois grupos foram sempre estatisticamente significativas, com exceção da Ansiedade (onde as diferenças só se revelaram estatisticamente significativas na comparação do grupo 3 com o grupo 1).

Estes resultados colocam em evidência a prática desportiva como um importante fator diferenciador da presença de sintomas de ansiedade, depressão e stresse. Sendo de salientar que, as diferenças nos sintomas de depressão e stresse tornam-se desde logo evidentes na comparação do grupo de não praticantes com os dois grupos de praticantes (prática ocasional e prática regular). Relativamente aos sintomas de ansiedade essas diferenças só surgem entre o grupo com uma prática regular comparativamente aos grupos de não praticantes e de praticantes ocasionais, sempre com menor presença de sintomatologia psicopatológica nos adolescentes que praticam desporto de modo regular.

Estes resultados estão em consonância com os dados da literatura que têm vindo a apontar para uma relação negativa entre prática desportiva e sintomatologia psicopatológica, nomeadamente, com a ansiedade, depressão e stresse (e.g. Biçer et al., 2012; Biddle & Asare, 2011; Candell et al., 2008; Carter et al., 2016; Silveira et al., 2013; Veiga & Gonçalves, 2009). De referir, que a própria OMS tem vindo a salientar que a saúde mental dos adolescentes se encontra diretamente relacionada com os comportamentos assumidos nesta fase, nomeadamente com os níveis de atividade

física, recomendando um mínimo de atividade vigorosa três vezes por semana (DGS, 2018).

Podemos então concluir que os resultados da nossa investigação evidenciam a importância da prática desportiva regular junto dos adolescentes, no sentido em que parece potenciar o bem-estar psicológico e simultaneamente prevenir o surgimento de sintomatologia psicopatológica (ansiedade, depressão e stresse). Os adolescentes com uma prática desportiva regular sentem-se também mais satisfeitos, quer com a vida em geral, quer com a vida escolar em particular.

Uma possível explicação para os resultados encontrados é que em termos fisiológicos a prática desportiva possibilita o aumento do fluxo sanguíneo para o cérebro, estimula o sistema nervoso autónomo e despoleta a libertação de várias substâncias químicas (e.g. endorfinas), desencadeando uma sensação positiva que produz em algumas pessoas um efeito antidepressivo, de ausência de ansiedade e no mínimo uma maior sensação de bem-estar (Giesta, 2016; Morgan, Parker, Alvarez-Jimenez & Jorm, 2013). Por sua vez, a prática desportiva regular tem implicações diretas na composição corporal (diminuição da massa gorda e aumento da massa muscular) com consequências diretas na saúde física, mas também em variáveis psicológicas, contribuindo para uma maior satisfação com a imagem corporal, autoconfiança e autoestima (Elias, 2014). Para além disso, a prática desportiva constitui um tempo de afastamento e distração face aos problemas do dia-a-dia, reforça sentimentos de eficácia pessoal e autocontrolo, permitindo simultaneamente o desenvolvimento de interações sociais mais positivas (Cruz, 1996; Giesta, 2016; Gotava, 2015). Destacando-se aqui os desportos coletivos, por apresentarem uma série de aliciantes como a participação com outras pessoas, fortalecendo laços afetivos e consolidando redes de apoio social, que contribuem para o desenvolvimento emocional e social dos adolescentes (Almeida et al., 2018; Garrido et al., 2012).

CONCLUSÃO

A presente conclusão está organizada, quer no sentido da apresentação das ideias fundamentais extraídas do estudo teórico, quer dos principais resultados obtidos no estudo empírico, contemplando também uma reflexão pessoal acerca dos resultados obtidos, dos seus contributos e implicações. Por fim, são apresentadas as limitações deste estudo e algumas sugestões para investigações futuras.

Esta investigação teve como principal pressuposto apreciar eventuais benefícios da prática desportiva na saúde mental em estudantes adolescentes. A pertinência desta temática foi realçada a partir da revisão da literatura apresentada no estudo teórico, realçando-se aqui as seguintes conclusões:

- A Saúde Mental é hoje entendida como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade. Sendo o bem-estar uma condição essencial para a saúde mental positiva, importa realçar as duas principais abordagens teóricas que têm originado maior volume de investigação: o Bem-Estar Subjetivo (BES) que se baseia na perspetiva hedónica, incidindo na experiência subjetiva da felicidade e da satisfação com a vida; e, o Bem-Estar Psicológico (BEP) que se sustenta na perspetiva eudaimónica, focando-se no funcionamento positivo, na autorrealização e no florescimento humano. Estas duas perspetivas são explicativas do bem-estar em dimensões distintas, mas encontram-se interrelacionadas, permitindo uma definição de saúde mental positiva mais completa, que combina os aspetos do bem-estar emocional (satisfação com a vida e sentimentos positivos) com aspetos de bem-estar psicológico e social (funcionamento positivo). Por este motivo, na nossa investigação, para caracterizar a saúde mental dos adolescentes recorreremos quer a múltiplas medidas de saúde mental positiva (Bem-Estar Psicológico, Satisfação com a Vida e Satisfação Escolar), bem como a medidas sintomáticas (Ansiedade, Depressão e Stresse).

- Outro aspeto importante é que apesar da reconhecida importância da atividade física e desportiva, nomeadamente no que diz respeito à saúde mental, a reduzida atividade continua a marcar uma grande percentagem de jovens em idade escolar. Vários são os estudos que têm vindo a destacar a importância de estilos de vida mais ativos, numa ótica de promoção da saúde e do bem-estar, sendo cada vez mais frequente a utilização de programas de exercício físico e desportivos no

tratamento de adolescentes com problemas de saúde mental, nomeadamente na ansiedade, depressão e stresse (Biddle & Asare, 2011; Dishman et al., 2006; DGS, 2018). Neste âmbito, a escola é, por excelência, uma instituição promotora de comportamentos e valores socialmente relevantes, pelo que a promoção de atividades físicas e desportivas deve ser uma prioridade (cf. DGS, 2016b).

- Por fim, importa referir que, ainda que diversos estudos evidenciem que a prática de atividade físico-desportiva se encontra associada a efeitos e benefícios na saúde mental e no bem-estar, essa relação é complexa, sendo difícil quantificar a atividade física necessária para uma qualidade e estilo de vida saudável. As dificuldades residem em que, a atividade física pode assumir uma enorme diversidade de formas: pode ser realizada em contextos formais e informais, desde o desporto de competição às tarefas mais rotineiras do quotidiano; pode ser praticada de forma vigorosa, moderada ou leve durante períodos de tempo curto, longo ou intermitente e ainda, num registo individual ou coletivo. Dado que o conceito de atividade física é demasiado abrangente e de difícil operacionalização, nesta investigação optou-se por considerar apenas a prática desportiva, quer de âmbito recreativo, quer de âmbito competitivo, realizada pelos estudantes, para além das aulas de Educação Física.

Realçada a importância da temática em estudo – Saúde Mental e Prática Desportiva na Adolescência – passemos agora a apresentar os principais resultados obtidos no nosso estudo empírico.

Caraterização da Saúde Mental dos Adolescentes

Começamos por salientar a existência de uma interdependência entre todas as medidas de saúde mental consideradas neste estudo, na medida em que encontramos uma relação positiva entre o Bem-Estar Psicológico, a Satisfação com a Vida e a Satisfação Escolar (que constituem os indicadores de saúde mental positiva) e uma relação positiva entre a Ansiedade, Depressão e Stresse (que constituem os indicadores de sintomatologia). Por sua vez, as medidas de saúde mental positiva encontram-se relacionadas com as medidas de psicopatologia, no sentido negativo, como era exetável, confirmando-se a nossa primeira hipótese (H1).

Relativamente à caraterização da saúde mental dos estudantes adolescentes que constituem a amostra em estudo (**Objetivo 1**), os resultados obtidos evidenciam baixos níveis de sintomatologia e níveis relativamente elevados de saúde mental positiva, o que permite concluir que os estudantes em geral apresentam uma boa

saúde mental, se compararmos com os resultados obtidos noutras investigações com adolescentes portugueses (e.g. Fernandes, 2007; Matos et al., 2015). Contudo, existem diferenças em função da idade e do género que importa realçar.

No que diz respeito à idade, os estudantes da faixa etária dos 15-17 anos (fase média da adolescência) surgem como o grupo de maior fragilidade em termos de saúde mental, na medida em que apresentam os menores níveis de bem-estar global e a maior presença de sintomatologia psicopatológica em geral (e de depressão em particular). Por sua vez, os adolescentes mais velhos (fase final da adolescência) apresentam os valores mais elevados de BEP e os adolescentes mais novos (fase inicial da adolescência) apresentam os valores mais elevados de Satisfação com a Vida, confirmando-se a nossa segunda hipótese (H2).

Quanto ao género, os resultados obtidos apontam também para diferenças estatisticamente significativas, com as raparigas a apresentarem menor aceitação de si, menor satisfação com a vida e maior presença de sintomas de ansiedade, depressão e stresse, confirmando-se a nossa terceira hipótese (H3).

Podemos então concluir que os resultados obtidos neste estudo são consentâneos com a literatura que tem vindo a apontar sistematicamente para uma maior vulnerabilidade das raparigas em termos de saúde mental (Manso & Matos, 2006; Matos et al., 2003; Matos et al., 2015a). Uma possível explicação pode passar pelas próprias exigências socioculturais a que as raparigas estão mais propensas, nomeadamente uma maior dificuldade na aceitação das alterações corporais decorrentes da puberdade, quando as mesmas são contrárias aos ideais sociais e de atratividade, na medida em que existe uma maior pressão social para uma “imagem ideal”. Por sua vez, estando as raparigas mais suscetíveis às críticas e à exposição social poderá haver uma maior preocupação em corresponder aos estereótipos socioculturais (muitas vezes contrários aos estilos de vida saudáveis), o que se poderá traduzir numa menor aceitação de si, tal como este estudo evidenciou. Esta é apenas uma possível explicação para as diferenças de género encontradas que seguramente estarão dependentes da interação de fatores biológicos, psicológicos, sociais e culturais.

Já no que diz respeito à idade (ou fase da adolescência) a literatura é menos consensual, com alguns estudos a apontar para uma maior vulnerabilidade dos estudantes que se encontram na fase inicial da adolescência (e.g. Fernandes, 2007), enquanto outros destacam a fase intermédia (e.g. Bizarro, 1999). Uma possível explicação pode dever-se a diferenças nos constructos avaliados e na metodologia

seguida, sendo ainda de realçar que tratando-se de um estudo transversal dificilmente poderemos saber se as diferenças encontradas podem ser atribuíveis à idade e/ou ao efeito de coorte, o que só seria possível determinar através de um desenho de investigação longitudinal.

Caraterização da Prática Desportiva dos Adolescentes

Quanto à caracterização da prática desportiva dos adolescentes que constituem a amostra (**Objetivo 2**), os resultados indicam que 62.3% dos estudantes praticam algum tipo de atividade desportiva para além das aulas de Educação Física. No entanto, quando consideramos as subamostras em função do género, as diferenças entre rapazes e raparigas revelaram-se altamente significativas, com 78.4% dos rapazes e 46.2% das raparigas no grupo de praticantes, o que confirma a nossa quinta hipótese (H5). De facto, são numerosos os estudos que apontam para um maior envolvimento dos rapazes em atividades físicas e desportivas (e.g. Costa, 2007; Loureiro, 2011; Marques & Costa, 2013; Matos et al., 2015a; Pereira, 2016; Seabra, 2007; Seabra et al., 2008; Silva et al., 2010; Singh et al., 2012).

O género revelou ainda um efeito diferenciador no tipo de modalidade desportiva, contexto, frequência e duração das sessões de treino, sempre com resultados mais favoráveis para o grupo dos rapazes.

Uma possível explicação para as diferenças de género observadas na prática desportiva pode estar relacionada com o próprio processo de socialização, na medida em que os rapazes tendem a ser mais estimulados para a prática desportiva comparativamente às raparigas, sobretudo no que diz respeito ao desporto competitivo (Mota & Sallis, 2002).

Já no que diz respeito à idade, apesar de alguns estudos apontarem para uma diminuição da prática desportiva ao longo da adolescência, os resultados obtidos nesta investigação não confirmam essa hipótese (H5), na medida em que as diferenças em função da idade, fase da adolescência, ano de escolaridade e nível de ensino não se revelaram estatisticamente significativas. Uma possível explicação pode estar relacionada com alguma singularidade da amostra em estudo. Outra possível explicação é que as diferenças relativas à idade possam estar mais relacionadas com alterações nos hábitos desportivos (tipo de prática, contexto, frequência e intensidade), e neste sentido, a forma como se operacionaliza a prática desportiva pode conduzir a resultados distintos.

Em termos de caracterização da prática desportiva, considerando a amostra total, sobressaem os seguintes aspetos:

- Mais de metade dos estudantes pratica uma atividade desportiva para além das aulas de Educação Física (62.3%);
- A modalidade desportiva mais praticada é o futebol (referida por 25.8% dos estudantes), sendo a maior parte dos estudantes federados em algum tipo de modalidade desportiva (52.3%);
- A frequência das sessões de treino varia entre 1 a 7 dias por semana, sendo o valor mais frequente três dias por semana; enquanto, a duração das sessões de treino tem uma duração média de uma hora e meia.
- Os principais motivos para a prática desportiva são o divertimento, o estar em boa condição física e a competição.

Efeito da prática desportiva na saúde mental dos adolescentes

Na apreciação do efeito da prática desportiva na saúde mental dos adolescentes foram considerados três grupos: Grupo 1 – Prática Desportiva Inexistente (constituído pelos estudantes que não praticam nenhuma atividade desportiva para além das aulas de Educação Física); Grupo 2 – Prática Desportiva Reduzida (constituído pelos estudantes que praticam uma atividade desportiva no máximo dois dias por semana e/ou há menos de um ano); Grupo 3 – Prática Desportiva Regular (constituído pelos estudantes que praticam uma atividade desportiva três ou mais vezes por semana e há mais de um ano).

Os resultados evidenciam um efeito de média dimensão e altamente significativo do fator “prática desportiva” sobre o compósito multivariado das medidas de saúde mental consideradas neste estudo. Por sua vez, as análises univariadas revelam que praticamente todas as medidas contribuem para esta diferenciação, com exceção da dimensão Crescimento Pessoal da EBEP.

Na comparação dos três grupos em função da prática desportiva verificaram-se sempre resultados mais favoráveis para o grupo com uma prática regular (grupo 3), no sentido em que os estudantes que praticam desporto com regularidade (três ou mais vezes por semana e há mais de um ano) são precisamente aqueles que apresentam maiores níveis de bem-estar psicológico, maior satisfação com a vida, maior satisfação escolar, e simultaneamente, menor sintomatologia psicopatológica (ansiedade, depressão e stresse), confirmando-se a nossa última hipótese (H6).

Por último, importa destacar que o facto de não se terem encontrado diferenças estatisticamente significativas entre o grupo 1 (não praticantes) e o grupo 2 (praticantes ocasionais) reforça a ideia que os benefícios psicológicos da prática desportiva só se fazem sentir quando essa mesma prática ocorre de modo regular, o que também tem vindo a ser realçado noutros estudos (e.g. Almeida et al., 2018; Elias, 2014; Garrido et al., 2012; Gomes et al., 2015; Spruit et al., 2016).

A prática desportiva regular surge então como um ingrediente importante na configuração de um estilo de vida saudável, com repercussões positivas na saúde mental dos adolescentes, bem como no seu desenvolvimento pessoal e social (e.g. Gotava, 2015).

Implicações do estudo

Uma das principais evidências deste estudo diz respeito à importância de fomentar nos jovens o interesse e motivação pela prática desportiva, ocupando aqui a escola um lugar de destaque. Na verdade, as escolas têm a oportunidade única de providenciar exercício físico adequado para todos os jovens, em igualdade de circunstâncias, quer através dos programas oficiais da disciplina de Educação Física, quer através programas e iniciativas desportivas em horário extracurricular, como é o caso do Desporto Escolar. Mas, curiosamente, neste estudo, a maioria dos praticantes opta pelo contexto extraescolar, existindo apenas 10.3% dos alunos envolvidos no Desporto Escolar, o que indicia que muito há a fazer a este nível.

Outra evidência deste estudo diz respeito às diferenças de género quer nas variáveis relativas à saúde mental, quer nas variáveis relativas à prática desportiva. Estas diferenças de género devem ser tidas em conta no momento de planear qualquer intervenção junto dos adolescentes.

Em termos de propostas salienta-se a necessidade de: (i) uma maior divulgação/ sensibilização da comunidade educativa para a problemática do sedentarismo juvenil e benefícios da prática desportiva regular; (ii) um maior destaque ao Desporto Escolar, quer através da sua divulgação, quer no seu ajustamento às necessidades e interesses dos jovens, particularmente das raparigas; (iii) o desenvolvimento de programas de desenvolvimento e formação desportiva com o objetivo de melhorar a qualidade e a quantidade de atividade física e desportiva, ajustados ao género e à idade dos adolescentes; e, (iv) a promoção de atividades que

promovam estilos de vida saudáveis, nomeadamente no âmbito da educação para a saúde.

Limitações e futuras investigações

Para terminar, apresentamos algumas das limitações do nosso estudo empírico e algumas sugestões para investigações futuras.

A principal limitação relaciona-se com o facto de termos utilizado uma amostra de conveniência, recolhida num único contexto, o que condiciona a generalização dos resultados encontrados.

Outra limitação diz respeito aos instrumentos, na medida em que nenhuma das escalas utilizadas (EBEP e EADS-C) se encontra aferida para a nossa população, existindo apenas estudos de adaptação e validação das mesmas. Para além disso, o facto de se constituírem como instrumentos de autorrelato existe sempre a possibilidade de algum enviesamento dos resultados devido ao efeito da desejabilidade social.

Por fim, esta dissertação de mestrado deixa também em aberto diversas questões. Estas poderão constituir-se como sugestões para pesquisas a levar a cabo no futuro, que complementem os dados aqui apresentados. Entre estas, destacamos a necessidade de estudos: (i) com amostras mais amplas e representativas da realidade nacional; (ii) que considerem outras variáveis psicológicas, sociais e académicas (e.g. autoconceito e autoestima, relação com os pares, rendimento académico, percurso formativo, entre outras); iv) que contemplem desenhos de investigação longitudinais e sequenciais, de modo a perceber melhor as diferenças em função de variáveis desenvolvimentais, como é o caso da idade ou fase da adolescência; v) que utilizem metodologias experimentais ou quase-experimentais que permitam estabelecer relações de causa-efeito, de natureza mais explicativa das relações entre prática desportiva e saúde mental; e, v) que avaliem o impacto de programas de exercício físico e desportivo na prevenção e/ou tratamento de adolescentes com problemas de saúde mental.

Conscientes de que muito haverá ainda a fazer, esperamos ter contribuído de alguma forma para um conhecimento mais abrangente da saúde mental e da prática desportiva na adolescência (e sua relação), bem como ter proporcionado algumas pistas que orientem a intervenção junto desta população.

REFERÊNCIAS

- Almeida, L.S. & Freire, T. (2003). *Metodologia da investigação em psicologia e educação* (3ª edição revista e ampliada). Braga: Psiquilíbrios.
- Almeida, L., Pereira, H. & Fernandes H. M. (2018). Efeitos de diferentes tipos de prática desportiva no bem-estar psicológico de jovens estudantes do ensino profissional. *Revista Iberoamericana de Psicología del Ejercicio y el Deporte*, 13(1), 15-21.
- American Psychological Association (2017). Ethical principles of psychologists and code of conduct. Recuperado de: <https://www.apa.org/ethics/code/>
- American Psychiatric Association (2010). Understanding Anxiety Disorders and Effective Treatment. Recuperado de: <http://www.apapracticecentral.org/outreach/anxiety-disorders.pdf>.
- American Psychiatric Association (2014). *DSM V: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (5ªed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Barros, L. P., Gropo, L. N., Petribú, K. & Colares, V. (2008). Avaliação da qualidade de vida em adolescentes: revisão da literatura. *Jornal Brasileiro Psiquiátrico*, 57 (3), 212-217. doi: 10.1590/S0047-20852008000300009
- Bernardes, A., Yamaji, B. & Guedes, D. (2015). Motivos para prática de esporte em idades jovens: um estudo de revisão. *Motricidade*, 11(2), 163-173. doi: 10.6063/motricidade.3066
- Biçer, S., Asghari, A., Kharazi, P., & Asl, N. (2012). The effect of exercise on depression and anxiety of students. *Annals of Biological Research*, 3(1), 270-274. Recuperado de: [http://www.scirp.org/\(S\(351jmbntvnsjt1aadkposzje\)\)/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=1669567](http://www.scirp.org/(S(351jmbntvnsjt1aadkposzje))/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=1669567)
- Biddle, S.J. & Asare, M. (2011). Physical activity and mental health in children and adolescents: a review of reviews. *British Journal of Sports*, 45, 886-895. doi: 10.1136/bjsports-2011-090185887

- Bizarro, L. (1999). *O bem-estar psicológico durante a adolescência*. Tese de Doutoramento não publicada. Lisboa: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade Lisboa.
- Borges, A., Manso, D., Tomé, G. & Matos, MG. (2008). Ansiedade e *coping* em crianças e adolescentes: diferenças relacionadas com a idade e género. *Análise Psicológica*, 26, 551-561.
- Braconnier, A. & Marcelli, D. (2000). *As mil faces da adolescência*. Lisboa: Climepsi.
- Braga, L. & Dell' Aglio, D. (2013). Suicídio na adolescência: fatores de risco, depressão e género. *Contextos clínicos*, 6 (1), 2-14. Doi: 10.4013/ctc.2013.61.01
- Brito, I. (2011). Ansiedade e depressão na adolescência. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 27(2), 208-214. Recuperado de: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-71032011000200010&lng=pt&tlng=pt
- Caires, S. & Silva, C. (2011). Fatores de stress e estratégias de *coping* entre adolescentes no 12º ano de escolaridade. *Estudos de Psicologia*, 28 (3), 295-306.
- Caldas de Almeida, J. (2018). *A saúde mental dos portugueses*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Caldas de Almeida, J. & Xavier, M. (2013). *Estudo epidemiológico nacional de saúde mental - 1º Relatório*. Lisboa: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Lisboa.
- Candel, N., Olmedilla, A., & Blas, A. (2008). Relaciones entre la práctica de actividad física y el autoconcepto, la ansiedad y la depresión en chicas adolescentes. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 8(1), 61-78.
- Cardoso, P., Rodrigues, C. & Vilar, A. (2004). Prevalência de sintomas depressivos em adolescentes portugueses. *Análise Psicológica*, 4 (XXII), 667-675.
- Carreto, C. (2012). *Ajustamento psicológico na adolescência: Relação entre autoeficácia social e pensamentos automáticos*. Dissertação de mestrado não publicada. Lisboa: Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa.

- Carter, T., Morres, I., Repper, J., & Callaghan, P. (2016). Exercise for Adolescents with depression: valued aspects and perceived change. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 23 (1), 37-44. doi: 10.1111/jpm.12261.
- Caspersen, C. J., Powell, K. E., & Christenson, G. M. (1985). Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Reports*, 100(2), 126–131. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1424733/>
- Conceição, C. (2016). *Distress Psicológico*. Recuperado de: <http://know.net/ciencsocioishuman/psicologia/distress-psicologico/>
- Costa, A. (2007). *Prática desportiva e rendimento académico: um estudo com alunos do ensino secundário*. Dissertação de Mestrado não publicada. Coimbra: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Costa, V. S., Serôdio-Fernandes, A., & Maia, M. (2009). Hábitos desportivos dos jovens do interior norte e litoral norte de Portugal. *Revista Portuguesa de Ciências do Desporto*, 9 (2), 46-55.
- Cruz, J. (1996). *Manual de Psicologia do Desporto*. Braga: Sistemas Humanos e Organizacionais, SHO.
- Direção Geral de Saúde (2016a). *Portugal -Saúde Mental em Números 2015*. Recuperado de: <https://www.dgs.pt/em-destaque/portugal-saude-mental-em-numeros-201511.aspx>
- Direção Geral de Saúde (2016b). *Estratégia nacional para a promoção da atividade física, da saúde e do bem-estar 2016-2025*. Recuperado de: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/estrategia-nacional-para-a-promocao-da-atividade-fisica-da-saude-e-do-bem-estar.aspx>
- Direção Geral de Saúde (2017a). *Relatório do Programa Nacional para a Saúde Mental 2017*. Recuperado de: <https://www.dgs.pt/em-destaque/relatorio-do-programa-nacional-para-a-saude-mental-2017.aspx>
- Direção Geral de Saúde (2017b). *Depressão e outras perturbações mentais comuns*. Recuperado de: <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/dms2017-depressao-e-outras-perturbacoes-mentais-comuns.aspx>
- Direção Geral de Saúde (2018). *A atividade física e o desporto: um meio para melhorar a saúde e o bem-estar*. Recuperado de:

<https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/a-atividade-fisica-e-o-desporto-um-meio-para-melhorar-a-saude-e-o-bem-estar.aspx>

- Dishman, R. K., Hales, D. P., Pfeiffer, K. A., Felton, G. A., Saunders, R., Ward, D. S., . . . Pate, R. R. (2006). Physical self-concept and self-esteem mediate cross-sectional relations of physical activity and sport participation with depression symptoms among adolescent girls. *Health Psychology, 25*(3), 396-407. doi: 10.1037/0278-6133.25.3.396
- Dosil, J. (2004). *Psicologia de la actividad física y del deporte*. Madrid: McGraw-Hill.
- Drapeau, A., Marchand, A., & Beaulieu-Prévost, D. (2012). Epidemiology of psychological distress. In L. L'Abate (Ed.), *Mental illnesses – Understanding, prediction and control*. InTech Open. doi: 10.5772/30872.
- Elias, J. (2014). *Prática desportiva, qualidade de vida, violência escolar, composição e satisfação corporal dos adolescentes algarvios*. Tese de Doutoramento não-publicada, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade do Algarve.
- Fernandes, H. M. (2007). *O bem-estar psicológico em adolescentes. Uma abordagem centrada no florescimento humano*. Tese de Doutoramento não-publicada, Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real.
- Fernandes, H. M., Vasconcelos-Raposo, J., Bertelli, R., & Almeida, L. (2011). Satisfação escolar e bem-estar psicológico em adolescentes portugueses. *Revista Lusófona de Educação, 18*, 155-170.
- Fernandes, H. M., Vasconcelos-Raposo, J. & Teixeira, C. M. (2010). Preliminary analysis of the psychometric properties of Ryff's scales of psychological well-being in Portuguese adolescents. *The Spanish Journal of Psychology, 13*(2), 1032-1043. doi:10.1017/S1138741600002675
- Ferreira, C. (2015). *Caraterização da Saúde Mental numa população jovem do concelho da Póvoa de Varzim: da psicopatologia ao bem-estar*. Dissertação de Mestrado não publicada, Universidade Fernando Pessoa, Porto.
- Fleming, M. (2010). *Entre o medo e o desejo de crescer: psicologia da adolescência (2ª Ed.)*. Porto: Edições Afrontamento.
- Freire, T., Zenhas, F., Tavares, D., & Iglésias, C. (2013). Felicidade hedónica e eudaimónica: um estudo com adolescentes portugueses. *Análise Psicológica, 4* (XXXI), 329-342.

- Galinha, I. & Ribeiro, P. (2005). História e evolução do conceito de bem-estar subjetivo. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 6 (2), 203-214.
- Giesta, L. (2016). *Saúde Mental e nível de Atividade Física em estudantes do Ensino Superior*. Dissertação de Mestrado não publicada, Universidade Fernando Pessoa, Porto.
- Gomes, R., Gonçalves, R. & Costa, J. (2015). Exercise, eating disordered behaviors and psychological well-being: a study with Portuguese adolescents. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 47(1), 66-74.
- Gonzalés, J. & Portolés, A. (2014). Actividad física extraescolar: Relaciones con la motivación educativa, rendimiento académico y conductas asociadas a la salud. *Revista Iberoamericana de Psicología del Ejercicio e el Deporte*, 9 (1), 51-65.
- González, J., Fayos, J. G. & Dantas, A. G. (2012). Indicadores de bienestar psicológico percibido en alumnos de educación física. *Revista de Psicología del Deporte*, 21 (1), 183-187
- Gotava, Z. (2015). Sport for all, a prerequisite for longevity, health and wellbeing of allage people. *Activities in Pysical Education and Sport*, 5 (1), 117-120.
- Januário, N., Colaço, C., Rosado, A., Ferreira, V, & Gil, R. (2012). Motivação para a prática desportiva nos alunos do Ensino Básico e Secundário: Influência do género, idade e nível de escolaridade. *Motricidade*, 8(4), 38-51. doi: 10.6063/motricidade.8(4).1551
- Keyes, C. L. (2002). The mental health continuum: from languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Research*, 43(2), 207-222.
- Keyes, C. L. (2005). Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(3), 539-548.
- Keyes, C., Dhingra, S. & Simoes, E. (2010). Change in level of positive mental health as a predictor of future risk of mental illness. *American Journal of Public Health*, 100(12), 2366-2371. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2978199/>
- Kline, R. B. (2011). *Principles and practice of structural equation modeling* (3rd d.). New York: The Guilford Press.

- Lapa, T. Y. (2015). Physical Activity Levels and psychological Well-Being: A case study of university students. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*, 1986, 739-743. Recuperado de: <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2015.04.122>
- Leal, I., Antunes, R., Passos, T., Pais Ribeiro, J., & Maroco, J. (2009). Estudo da escala de depressão, ansiedade e stresse para crianças (EADS-C). *Psicologia, Saúde & Doenças*, 10 (2), 277-284. Recuperado de: <https://www.researchgate.net/publication/262586419> Estudo da escala de de pressão ansiedade e stresse para crianças EADS-C
- Lemos, I. (2007). *Família, psicopatologia e resiliência na adolescência: do risco psicossocial ao percurso delinquente*. Tese de Doutoramento não publicada, Universidade do Algarve, Faro.
- Lee, F. S., Heimer, H., Giedd, J. N., Lein, E. S., Šestan, N., Weinberger, D. R., & Casey, B. J. (2014). Adolescent mental health—Opportunity and obligation: Emerging neuroscience offers hope for treatments. *Science (New York, N.Y.)*, 346(6209), 547–549. <http://doi.org/10.1126/science.1260497>
- Loureiro, N. (2011). *A prática de atividade desportiva e a atividade física dos adolescentes portugueses (género, ambiente e lazer)*. Tese de Doutoramento não publicada, Faculdade de Motricidade Humana, Lisboa.
- Loureiro, N., & Matos, M. G. (2012). A atividade física dos jovens. In M.G. Matos & G. Tomé (Eds), *Aventura Social: Promoção de Competências e do Capital Social para um Empreendedorismo com Saúde na escola e na Comunidade*, Vol. 1 (pp.140-186). Lisboa: Placebo (E-book).
- Lovibond, P., & Lovibond, S. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behavior Research and Therapy*, 33(3), 335-343. doi: 10.1016/0005-7967(94)00075-U
- Lucas, C., Freitas, C., Oliveira, C. & Machado, M. (2012). Exercício físico e satisfação com a vida: um estudo com adolescentes. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 13 (1), 78-86. Recuperado de: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862012000100007
- Machado, W. & Bandeira, D. (2012). Bem-estar psicológico: definição, avaliação e principais correlatos. *Estudos de Psicologia*, 29(4), 587-595.

- Manso, D. & Matos, M. G. (2006). Depressão, ansiedade e consumo de substâncias em adolescentes. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 2(1), 73-84. Recuperado em 17 de junho de 2018, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872006000100008&lng=pt&tlng=pt
- Marques, C. & Cepêda, T. (2009). *Recomendações para a prática clínica da saúde mental infantil e juvenil nos cuidados de saúde primários*. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde - Coordenação Nacional para a Saúde Mental. Recuperado de: <http://nocs.pt/saude-mental-infantil-e-juvenil-nos-cuidados-de-saude-primarios/>
- Marques, A. & Costa, F. (2013). Levels of physical activity of urban adolescents according to age and gender. *International Journal of Sports Science*, 3 (1), 23-27.
- Matos, M. G. & Carvalhosa, S. (2001). A saúde dos adolescentes: ambiente escolar e bem-estar. *Psicologia, Saúde & Doença*, 2(2), 43-53.
- Matos, M.G., Tomé, G., Borges, A., Manso, D., Simões, C. & Ferreira, A. (2012). Anxiety, Depression and Coping: CDI, MASC and CRI-Y for Screening Purposes in Schools. *The Spanish Journal of Psychology*, 15 (1), 348-356
- Matos, M.G., Simões, C., Camacho, I., Reis, M. & Equipa Aventura Social (2015a). *A saúde dos adolescentes portugueses em tempos de recessão – Relatório do estudo HBSC 2014*. Lisboa: CMDT/IHMT/UNL/FMH. Recuperado de: http://aventurasocial.com/verartigo.php?article_id=238
- Matos, M.G., Reis, M., Camacho, I., Simões, C., Gomez-Baya, D, Mota, C., Tomé, G., Gaspar, T., Machado, M. C, & Equipa Aventura Social (2015b). Em tempo de recessão, os adolescentes portugueses continuam saudáveis e felizes ou são ainda saudáveis mas já não são felizes? *Arquivos de Medicina*, 29(5), 116-122.
- Mikkelsen, K., Stojanovska, L., Polenakovic, M., Bosevski, M. & Apostolopoulos, V. (2017). Exercise and mental health. *Maturitas*, 106, 48-56. doi: <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2017.09.003>
- Moraes, M. M., Corte-Real, N., Dias, C., & Fonseca, A. M (2009). Satisfação com a vida, exercício físico e consumo de tabaco em adolescentes em diferentes áreas geográficas do país. *Revista Brasileira de Ciências do Esporte*, 30(2), 137-149.

- Morgan, A. J.; Parker, A. G.; Alvarez-Jimenez, M. & Jorm, A. F. (2013). Exercise and Mental Health: An Exercise and Sports Science Australia Commissioned Review. *Journal of the American Society of Exercise Physiologists online*, 16 (4), 64-73.
- Mota, J. & Sallis, J. S. (2002). *A atividade física e a saúde: fatores de influência da atividade física nas crianças e adolescentes*. Porto: Campo das Letras.
- Ordem dos Psicólogos Portugueses (2016). *Código deontológico*. Recuperado de: https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/web_cod_deontologico_pt_revisao_2016.pdf
- Pais Ribeiro, J., Honrado, A. & Leal, I. (2004a). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de Ansiedade, Depressão e Stress de Lovibond e Lovibond. *Psychologica*, 36, 235-246.
- Pais Ribeiro, J., Honrado, A. & Leal, I. (2004b). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 5 (2), 229-239.
- Papalia, D., Olds, S. & Feldman, R. (2009). *Desarrollo humano* (10ª Ed.). Madrid: McGraw-Hill.
- Paupério, T. (2013). *Desporto, estilos de vida e satisfação com a vida dos adolescentes. Um estudo realizado em diferentes contextos com alunos do 3º ciclo do ensino básico*. Tese de Doutoramento não-publicada, Faculdade de Desporto da Universidade do Porto, Porto.
- Pavot, W. G., & Diener, E. (1993). Review of the Satisfaction with Life Scale. *Psychological Assessment*, 5, 164-172. doi: 10.1037/1040-3590.5.2.164
- Pereira, A. (2016). Atividade física extracurricular dos adolescentes. *Revista de Desporto e Atividade Física*, 8 (1), 23-35.
- Pestana, M. & Gageiro, J. (2014). *Análise de dados para ciências sociais. A complementaridade do SPSS* (6ª Ed. Revista, Atualizada e Aumentada). Lisboa: Edições Sílabo.

- Pinto, J. C., Martins, P., Pinheiro, T. B., & Oliveira, A. C. (2015). Ansiedade, Depressão e Stresse: um estudo com jovens adultos e adultos portugueses. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 16(2), 148-163.
- Portolés, A. (2014). *Orientación de metas y práctica de actividad física en adolescentes. Implicaciones sobre el rendimiento académico y el burnout*. Tesis Doctoral, Universidad de Murcia. Recuperado de: <https://digitum.um.es/xmlui/handle/10201/39908>
- Rebelo, J. (2017). *Prática desportiva: impacto no rendimento académico e no bem-estar psicológico de adolescentes do ensino secundário*. Relatório de Estágio para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Comunitária não-publicado, Instituto Politécnico de Bragança, Escola Superior de Saúde, Bragança.
- Reigal-Garrido, R., Videra-García, A., Parra-Flores, J., & Ruiz de Mier, R. (2012). Actividad físico deportiva, autoconcepto físico y bienestar psicológico en la adolescencia. *RETOS. Nuevas Tendencias en Educación Física, Deporte y Recreación*, (22), 19-23.
- Robles, F., Sánchez, A., & Galicia, I. (2011). Relación del Bienestar Psicológico, Depresión y Rendimiento Académico en Estudiantes de Secundaria. *Psicología Iberoamericana*, 19 (2), 27-37.
- Romero Carrasco, A., & García-Mas, A., & Brustad, R. (2009). Estado del arte, y perspectiva actual del concepto de bienestar psicológico en psicología del deporte. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 41 (2), 335-347.
- Rosa, V. (2016). *Impacto da prática de exercício físico em adolescentes: bem-estar, autoestima e rendimento escolar*. Dissertação de mestrado não publicada. Évora: Universidade de Évora.
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everthing, o ris it? Explorations on the Meaning of Psychological Well-Being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069-1081.
- Ryff, C. D. & Keyes, C. L. (1995). The structure of Psychological Well-Being Revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(4), 719-727.
- Santos, M. C. (2015). *Problemas de saúde mental em crianças e adolescentes. Identificar, avaliar e intervir* (2ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.

- Seabra, A. (2007). *Níveis de atividade e prática desportiva. Um estudo epidemiológico em crianças, jovens e famílias nucleares*. Tese de Doutoramento não publicada, Faculdade de Desporto, Universidade do Porto.
- Silveira, H., Moraes, H., Oliveira, N., Coutinho, E., Laks, J. & Deslandes, A. (2013). Physical exercise and clinically depressed patients: a systematic review and meta-analysis. *Neuropsychobiology*, 67 (2), 61-68. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23295766>
- Seabra, A., Mendonça, D., Thomis, M., Anjos, L. & Maia, J.. (2008). Determinantes biológicos e sócio-culturais associados à prática de atividade física de adolescentes. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(4), 721-736. doi: 10.1590/S0102-311X2008000400002
- Silva, J., Rosado, A., Silva, C. & Serpa, S. (2014). Relação entre Inteligência Emocional, Satisfação com a Vida e Prática Desportiva. *Revista Iberoamericana de Psicología del Ejercicio y el Deporte*, 9(1), 93-109.
- Silva, P., Sousa, M., Aires, L., Seabra, A. Ribeiro, J. Welk, & Mota, J. (2010). Physical activity patterns in Portuguese adolescents: The contribution of extracurricular sports. *European Physical Education Review*, 16(2), 181-181. doi: 10.1177/1356336X10381305
- Singh, A., Uidewilligen, L, Twisk, L., Mechelen, W. & Chinapaw, M. (2012). Physical activity and performance at school. A systematic review of the literature including a methodological quality assessment. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 166 (1), 49-55.
- Spruit, A., Assink, M., van Vugt, E. van der Put, C. & Stams, G.J. (2016). The effects of physical activity interventions on psychological outcomes in adolescents: a meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 45, 56-71. doi: 10.1016/j.cpr.2016.03.006
- Tay, L. & Diener, E. (2011). Needs and subjective well-being around the world. *Personality Processes and Individual Differences*, 101(2), 354-365.
- Varela, A., Pereira, A., Pereira A. & Santos, J. C. (2017). Distress psicológico: contributos para a adaptação portuguesa do SQ-48. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 18(2), 278-296. doi: 10.15309/17psd180201.

- Vasconcelos, M.A. & Maia, J. (2001). Atividade física de crianças e jovens – haverá um declínio? Estudo transversal em indivíduos dos dois sexos dos 10 aos 19 anos de idade. *Revista Portuguesa de Ciências do Desporto*, 1(3), 44-52
- Vaz Serra, A. (2000). A vulnerabilidade ao stress. *Psiquiatria Clínica*, 21(4), 261-278.
- Vaz Serra, A. (2007). *O stress na vida de todos os dias* (3ª ed.). Coimbra: Edição do autor, Distribuidora Dinapress.
- Veigas, J., & Gonçalves, M. (2009). A influência do exercício físico na Ansiedade, Depressão e Stress. Recuperado de: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0485.pdf>.
- Veloso, S. (2005). *Determinantes da actividade física dos adolescentes: Estudo de uma população escolar do concelho de Oeiras*. Dissertação de Mestrado não publicada, Universidade do Minho, Braga.
- Ventura, C. (2016). *Associações entre o bem-estar psicológico e o sentimento de pertença à escola na adolescência*. Dissertação de Mestrado não publicada, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade de Coimbra.
- Vilas Boas, D. (2016). *Escala de felicidade subjetiva: validação em adolescentes portugueses*. Dissertação de Mestrado não publicada, Universidade do Minho, Braga.
- Westerhof, G., J. & Keyes, C. L. M. (2010). Mental illness and mental health: the two continua model across the lifespan. *Journal of Adult Development*, 17, 110-119. <https://doi.org/10.1007/s10804-009-9082-y>
- World Health Organizadtion. (1994). *The ICD-10: Classification of mentl and behavioural disorders*. Genebra: Author.
- World Health Organization (2002). *Adolescent friendly health services – an agenda for change*. WHO/FCH/CAH/02.14. Recuperado de: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/fch_cah_02_14/en/
- World Health Organization. (2005). *Promoting mental health: concepts, emerging practice*. Geneva: World Health Organization. Recuperado de: http://www.who.int/mental_health/evidence/MH_Promotion_Book.pdf
- World Health Organization (2010). *Global recommendations on physical activity for health*. Recuperado de:

http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_recommendations/en/

World Health Organization (2013a). *Investing in mental health: evidence for action*. Geneva: World Health Organization. Recuperado de: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/87232/9789241564618_eng.pdf;jsessionid=612C82F86F7AE9086D1E489FF27F9832?sequence=1

World Health Organization (2013b). *Mental Health Action Plan 2013-2020*. Recuperado de: http://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/en/

World Health Organization (2014). *Health for the world's adolescents: A second chance in the second decade*. Recuperado de: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/second-decade/en/

World Health Organization (2017). *Depression and other Common Mental Disorders. Global Health Estimates*. Recuperado de: http://www.who.int/mental_health/management/depression/prevalence_global_health_estimates/en/

World Health Organization (2018a). *Child and adolescent mental health*. Recuperado de: http://www.who.int/mental_health/maternal-child/child_adolescent/en/

World Health Organization (2018b). *Adolescents: health risks and solutions*. Recuperado de: <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions>

World Health Organization (2018c). *Depression: let's talk*. Recuperado de: http://www.who.int/mental_health/management/depression/en/

ANEXOS

Caraterização da Amostra em função de variáveis de natureza académica

Tabela A1

Caracterização da amostra em função de variáveis de natureza académica, tomando o género e a amostra total

| VARIÁVEIS | GÉNERO | | | | AMOSTRA TOTAL | |
|-------------------------------|-----------------------|------|----------------------|------|---------------|------|
| | Masculino (n= 264) | | Feminino (n= 264) | | (n=528) | |
| | N | (%) | N | (%) | N | (%) |
| Sentimento pela Escola | M=3.17±.93 | | M=3.44±.86 | | M=3.30±.90 | |
| Não gosto nada | 16 | 6.1 | 11 | 4.2 | 27 | 5.1 |
| Gosto pouco | 41 | 15.5 | 21 | 8.0 | 62 | 11.7 |
| Indiferente | 96 | 36.4 | 83 | 31.4 | 179 | 33.9 |
| Gosto | 105 | 39.8 | 139 | 52.7 | 244 | 46.2 |
| Gosto muito | 6 | 2.3 | 10 | 3.8 | 16 | 3.0 |
| Nº de retenções | M=.37±.70 | | M=.23±.50 | | M=.30±.61 | |
| 0 | 193 | 73.1 | 210 | 79.5 | 403 | 76.3 |
| 1 | 50 | 18.9 | 47 | 17.8 | 97 | 18.4 |
| 2 | 18 | 6.8 | 6 | 2.3 | 24 | 4.5 |
| 3 | 1 | .4 | 1 | .4 | 2 | .4 |
| 4 | 2 | .8 | 0 | 0 | 2 | .4 |
| Rendimento Académico | M=.36±.71 | | M=3.44±.70 | | M=3.40±.70 | |
| Muito insuficiente | 1 | .4 | 2 | .8 | 3 | .6 |
| Insuficiente | 22 | 8.3 | 13 | 4.9 | 35 | 6.6 |
| Suficiente | 132 | 50.0 | 128 | 48.5 | 260 | 49.2 |
| Bom | 99 | 37.5 | 108 | 40.9 | 207 | 39.2 |
| Muito bom | 10 | 3.8 | 13 | 4.9 | 23 | 4.4 |
| Planos para o futuro | | | | | | |
| 12º ano | 40 | 15.2 | 16 | 6.1 | 56 | 10.6 |
| Curso Superior | 202 | 76.5 | 236 | 89.4 | 438 | 83.0 |
| Outros | 22 | 8.3 | 12 | 4.5 | 34 | 6.4 |

Nota: As diferenças de género revelaram-se estatisticamente significativas nas seguintes variáveis: Sentimento pela Escola ($t=-3.630$, $p<.001$), Nº de Retenções ($t=2.516$, $p<.05$) e Planos para o Futuro ($\chi^2 = 15.866$, $p<.001$).

Questionário

Parte I. Questionário Sociodemográfico

Lê com atenção e preenche com a informação que te é solicitada.

1. DADOS PESSOAIS

Sexo: Masculino Feminino

Idade: _____ **Ano de Escolaridade:** _____

Como caracterizas o teu sentimento pela escola?

Não gosto Gosto pouco É-me indiferente Gosto Gosto muito

Já ficaste retido nalgum ano de escolaridade?

Não Sim - Quantas vezes: _____

Presentemente, como avalias o teu rendimento académico (notas escolares)?

Muito Insuficiente Insuficiente Suficiente Bom Muito Bom

Quais são os teus planos para o futuro?

Deixar a escola depois de concluir o 12º ano Completar um Curso Superior

Outra opção – Qual: _____

De 0 a 10, assinala com uma cruz (X), **o quão satisfeito(a) te sentes relativamente à tua vida escolar e à tua vida em geral**, em que 0 significa nada satisfeito e 10 significa totalmente satisfeito.

| | | | | | | | | | | | |
|--------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| Satisfação com a vida escolar | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|--------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

| | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| Satisfação com a vida em geral | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

2. DADOS RELATIVOS À PRÁTICA DESPORTIVA

Qual o teu interesse pela disciplina de Educação Física?

- Nenhum interesse Pouco interesse Algum interesse Muito Interesse

Indica a nota que obtiveste na disciplina de Educação Física no último período: _

Na última semana, para além das aulas de Educação Física, quantos dias fizeste exercício físico durante pelo menos 60 minutos?

- 0 dias 1 a 2 dias 3 a 4 dias 5 a 6 dias Todos os dias

Sem contar com as aulas de Educação Física, praticas algum desporto com regularidade?

- Sim Não

(Se respondeste “Não” passa diretamente para a Parte II, página 3)

Qual a modalidade desportiva que praticas? _____

(No caso de praticares mais do que uma modalidade indica apenas aquela que praticas com maior regularidade)

Há quanto tempo praticas essa modalidade desportiva? _____

Em média, quantos dias por semana praticas essa modalidade desportiva? _____

Qual a duração média de cada sessão de treino? _____

Em que contexto realizas essa modalidade desportiva? (Considera apenas a modalidade que praticas de modo mais regular)

- Federado(a). A que nível? _____
 Organizado, mas não federado (por exemplo, Associações Recreativas)
 Desporto Escolar
 Informal

Se és federado, há quantos anos pertences à mesma federação desportiva?

- Há menos de 1 ano Entre 1 a 3 anos Há mais de 3 anos

O que é que te motiva para a prática desportiva? Indica apenas uma opção, aquela que for mais importante para ti.

- Divertimento/ prazer Competição
 Estar em boa condição física Melhorar o rendimento desportivo
 Pertencer a uma Equipa/ Clube Fazer novas amizades/ estar com os amigos
 Outra razão. Indica qual? _____

Pedido de Autorização à Direção do Agrupamento de Escolas

Exa. Senhora Diretora do Agrupamento de Escolas

Eu, Francisco dos Santos Alves do Rosário, venho por este meio solicitar a colaboração da V. prestigiada instituição, no sentido de realizar a recolha de dados para fins de investigação relativa ao Mestrado em Psicologia – Especialização em Psicologia Clínica, da Universidade de Évora, sob a orientação da Professora Doutora Catarina Vaz Velho. O estudo que me proponho realizar tem por objetivo apreciar eventuais benefícios psicológicos da prática desportiva na adolescência, pressupondo a aplicação dum Questionário Sociodemográfico e duas Escalas que pretendem avaliar o bem-estar e o *distress* psicológicos em estudantes do 8º ao 12º anos de escolaridade. Os dados recolhidos serão confidenciais e, em momento algum, os participantes serão identificados, acrescentando ainda sob compromisso de honra que o funcionamento da instituição não será posto em causa.

Considerando que este estudo poderá ser útil na identificação de necessidades e no delineamento de propostas de intervenção dirigidas aos diferentes intervenientes da comunidade educativa (alunos, pais e professores), nomeadamente no âmbito da Promoção da Educação para a Saúde, desde já me comprometo a divulgar os resultados que venham a ser obtidos e em colaborar na dinamização de projetos neste âmbito.

Em anexo remeto o projeto de investigação e encontro-me disponível para qualquer esclarecimento adicional.

Agradecendo a atenção dispensada por Vossa Excelência e aguardando uma resposta, despeço-me com as mais cordiais saudações.

Évora, 29 de dezembro de 2016

O Mestrando,



(Francisco dos Santos Alves do Rosário)

Pedido de Autorização aos Pais/ Encarregados de Educação

Exmo(a) Senhor(a) Encarregado(a) de Educação

Eu, Francisco dos Santos Alves do Rosário, no âmbito da minha dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, encontro-me a desenvolver um estudo que tem por objetivo apreciar eventuais benefícios psicológicos da prática desportiva na adolescência.

Para a concretização deste estudo é importante a colaboração do(a) Vosso(a) educando(a), motivo pelo qual venho solicitar a Vossa autorização.

A participação é **voluntária** e **anónima**, consistindo no preenchimento de três questionários breves, nomeadamente: um Questionário Sociodemográfico e duas escalas que pretendem avaliar o bem-estar e o *distress* psicológicos. A aplicação dos questionários ocorrerá num momento inicial ou final duma aula, a acordar com o(a) respetivo(a) Diretor(a) de Turma. Mais se acrescenta que os objetivos do estudo serão previamente apresentados aos participante e que estes poderão, em qualquer momento, desistir de colaborar se assim o desejarem.

Comprometo-me a salvaguardar os interesses dos participantes, assegurando uma rigorosa confidencialidade da informação recolhida e revelando a minha total disponibilidade para qualquer esclarecimento que julgue necessário.

Na expectativa de poder contar com a Vossa colaboração, apresento os meus respeitosos cumprimentos.

Contactos:

Telemóvel – XXXXXX

E-mail – XXXXXXXX

.....
Declaro que **autorizo/ não autorizo** (riscar o que não interessa) o(a) meu(minha) educando(a) _____, aluno(a) do ____ ano, da turma ____, a participar na investigação relativa aos benefícios psicológicos da prática desportiva na adolescência.

Évora, ____/ ____/ 2017

(Assinatura do(a) Encarregado(a) de Educação)

**Autorização da DGIDC - Monitorização de
Inquéritos em Meio Escolar (MIME)**

**Monotorização de Inquéritos em Meio Escolar: Inquérito nº
0583400002**

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

O pedido de autorização do inquérito n.º 0583400002, com a designação *Saúde Mental e Prática Desportiva na Adolescência*, registado em 22-02-2017, foi aprovado.

Com os melhores cumprimentos,

José Vítor Pedroso

Diretor-Geral DGE

Pode consultar na Internet toda a informação referente a este pedido no endereço <http://mime.gepe.min-edu.pt>.

Análise dos itens da EBEP

Tabela F1

Análise dos itens da EBEP (total da escala)

| EBEP/itens | Min-Máx | Média | DP | Correlação Item-total | Alpha se o item for eliminado |
|---|---------|-------|------|--------------------------|-------------------------------------|
| EBEP ($\alpha = .86$) | | | | | |
| Item 01 | 1 - 5 | 4.35 | .77 | .26 | .85 |
| Item 02 | 1 - 5 | 2.29 | .93 | .11 | .85 |
| Item 03 | 1 - 5 | 4.30 | .70 | .51 | .84 |
| Item 04 | 1 - 5 | 3.97 | .79 | .25 | .85 |
| Item 05 | 1 - 5 | 2.98 | 1.27 | .27 | .85 |
| Item 06 | 1 - 5 | 3.79 | .95 | .55 | .84 |
| Item 07 | 1 - 5 | 4.17 | .80 | .35 | .85 |
| Item 08 | 1 - 5 | 4.11 | .81 | .20 | .85 |
| Item 09 | 1 - 5 | 4.52 | .66 | .41 | .85 |
| Item 10 | 1 - 5 | 4.14 | .82 | .18 | .85 |
| Item 11 | 1 - 5 | 3.35 | 1.07 | .37 | .85 |
| Item 12 | 1 - 5 | 3.82 | .82 | .50 | .84 |
| Item 13 | 1 - 5 | 3.88 | 1.14 | .27 | .85 |
| Item 14 | 1 - 5 | 3.68 | .98 | .53 | .84 |
| Item 15 | 1 - 5 | 4.45 | .66 | .33 | .85 |
| Item 16 | 1 - 5 | 4.32 | .78 | .38 | .85 |
| Item 17 | 1 - 5 | 3.68 | .91 | .60 | .84 |
| Item 18 | 1 - 5 | 3.98 | .85 | .62 | .84 |
| Item 19 | 1 - 5 | 3.26 | 1.18 | .05 | .86 |
| Item 20 | 1 - 5 | 4.09 | .83 | .32 | .85 |
| Item 21 | 1 - 5 | 4.36 | .73 | .42 | .84 |
| Item 22 | 1 - 5 | 4.11 | .82 | .41 | .84 |
| Item 23 | 1 - 5 | 4.23 | .82 | .50 | .84 |
| Item 24 | 1 - 5 | 3.93 | .92 | .56 | .84 |
| Item 25 | 1 - 5 | 4.16 | .78 | .36 | .85 |
| Item 26 | 1 - 5 | 3.68 | .86 | .45 | .84 |
| Item 27 | 1 - 5 | 4.23 | .86 | .24 | .85 |
| Item 28 | 1 - 5 | 3.81 | 1.07 | .38 | .85 |
| Item 29 | 1 - 5 | 4.26 | .82 | .45 | .84 |
| Item 30 | 1 - 5 | 3.66 | .98 | .50 | .84 |

Tabela F2

Análise dos itens da EBEP (por dimensão)

| Dimensões/Itens | Min-Máx | Média | DP | Correlação Item-total | Alpha se o item for eliminado |
|--|----------------|--------------|-----------|------------------------------|--------------------------------------|
| Autonomia ($\alpha = .52$) | | | | | |
| Item 01 | 1 - 5 | 4.35 | .77 | .40 | .35 |
| Item 07 | 1 - 5 | 4.17 | .80 | .33 | .39 |
| Item 13 | 1 - 5 | 3.88 | 1.14 | .18 | .49 |
| Item 19 | 1 - 5 | 3.26 | 1.18 | .20 | .48 |
| Item 25 | 1 - 5 | 4.16 | .78 | .28 | .41 |
| Domínio do Meio ($\alpha = .39$) | | | | | |
| Item 02 | 1 - 5 | 2.29 | .93 | .06 | .45 |
| Item 08 | 1 - 5 | 4.11 | .81 | .08 | .42 |
| Item 14 | 1 - 5 | 3.68 | .98 | .40 | .15 |
| Item 20 | 1 - 5 | 4.09 | .83 | .17 | .37 |
| Item 26 | 1 - 5 | 3.68 | .86 | .31 | .25 |
| Crescimento Pessoal ($\alpha = .71$) | | | | | |
| Item 03 | 1 - 5 | 4.30 | .70 | .47 | .64 |
| Item 09 | 1 - 5 | 4.52 | .66 | .49 | .64 |
| Item 15 | 1 - 5 | 4.45 | .66 | .47 | .65 |
| Item 21 | 1 - 5 | 4.36 | .73 | .53 | .62 |
| Item 27 | 1 - 5 | 4.23 | .86 | .35 | .71 |
| Relações Positivas ($\alpha = .66$) | | | | | |
| Item 04 | 1 - 5 | 3.97 | .79 | .30 | .64 |
| Item 10 | 1 - 5 | 4.14 | .82 | .31 | .64 |
| Item 16 | 1 - 5 | 4.32 | .78 | .57 | .52 |
| Item 22 | 1 - 5 | 4.11 | .82 | .54 | .53 |
| Item 28 | 1 - 5 | 3.81 | 1.07 | .35 | .64 |
| Objetivos na Vida ($\alpha = .70$) | | | | | |
| Item 05 | 1 - 5 | 2.98 | 1.27 | .50 | .64 |
| Item 11 | 1 - 5 | 3.35 | 1.07 | .64 | .56 |
| Item 17 | 1 - 5 | 3.68 | .91 | .36 | .69 |
| Item 23 | 1 - 5 | 4.23 | .82 | .37 | .68 |
| Item 29 | 1 - 5 | 4.26 | .82 | .45 | .66 |
| Aceitação de Si ($\alpha = .81$) | | | | | |
| Item 06 | 1 - 5 | 3.79 | .95 | .62 | .76 |
| Item 12 | 1 - 5 | 3.82 | .82 | .54 | .79 |
| Item 18 | 1 - 5 | 3.98 | .85 | .68 | .75 |
| Item 24 | 1 - 5 | 3.93 | .92 | .55 | .79 |
| Item 30 | 1 - 5 | 3.66 | .98 | .59 | .77 |

Análise dos itens da EADS-C

Tabela G1

Análise dos itens da EADS-C (total da escala)

| EBEP/itens | Min-Máx | Média | DP | Correlação Item-total | <i>Alpha</i> se o item for eliminado |
|---|---------|-------|-----|--------------------------|--|
| EADS-C ($\alpha = .93$) | | | | | |
| Item 01 | 0 - 3 | .86 | .89 | .59 | .92 |
| Item 02 | 0 - 3 | .56 | .77 | .36 | .93 |
| Item 03 | 0 - 3 | .34 | .70 | .62 | .92 |
| Item 04 | 0 - 3 | .32 | .67 | .47 | .92 |
| Item 05 | 0 - 3 | .76 | .92 | .52 | .92 |
| Item 06 | 0 - 3 | .62 | .92 | .48 | .92 |
| Item 07 | 0 - 3 | .48 | .79 | .54 | .92 |
| Item 08 | 0 - 3 | .80 | .94 | .67 | .92 |
| Item 09 | 0 - 3 | .39 | .77 | .55 | .92 |
| Item 10 | 0 - 3 | .68 | .96 | .59 | .92 |
| Item 11 | 0 - 3 | .72 | .87 | .67 | .92 |
| Item 12 | 0 - 3 | .64 | .88 | .62 | .92 |
| Item 13 | 0 - 3 | .88 | .92 | .67 | .92 |
| Item 14 | 0 - 3 | .62 | .88 | .45 | .92 |
| Item 15 | 0 - 3 | .29 | .67 | .60 | .92 |
| Item 16 | 0 - 3 | .45 | .79 | .65 | .92 |
| Item 17 | 0 - 3 | .66 | .93 | .70 | .92 |
| Item 18 | 0 - 3 | .70 | .95 | .70 | .92 |
| Item 19 | 0 - 3 | .45 | .80 | .52 | .92 |
| Item 20 | 0 - 3 | .23 | .61 | .60 | .92 |
| Item 21 | 0 - 3 | .57 | .92 | .71 | .92 |

Tabela G2

Análise dos itens da EADS-C, organizados por dimensão

| Dimensões | Min-Máx | Média | DP | Correlação Item-total | Alpha se o item for eliminado |
|--|----------------|--------------|-----------|----------------------------------|--|
| Ansiedade ($\alpha=.79$) | | | | | |
| Item 02 | 0 - 3 | .56 | .77 | .36 | .79 |
| Item 04 | 0 - 3 | .32 | .67 | .48 | .76 |
| Item 07 | 0 - 3 | .48 | .79 | .56 | .75 |
| Item 09 | 0 - 3 | .39 | .77 | .51 | .76 |
| Item 15 | 0 - 3 | .29 | .67 | .60 | .74 |
| Item 19 | 0 - 3 | .45 | .80 | .52 | .76 |
| Item 20 | 0 - 3 | .23 | .61 | .57 | .75 |
| Depressão ($\alpha=.87$) | | | | | |
| Item 03 | 0 - 3 | .34 | .70 | .61 | .86 |
| Item 05 | 0 - 3 | .76 | .92 | .55 | .87 |
| Item 10 | 0 - 3 | .68 | .96 | .64 | .86 |
| Item 13 | 0 - 3 | .88 | .92 | .68 | .85 |
| Item 16 | 0 - 3 | .45 | .79 | .67 | .85 |
| Item 17 | 0 - 3 | .66 | .93 | .70 | .85 |
| Item 21 | 0 - 3 | .57 | .92 | .72 | .84 |
| Stresse ($\alpha=.83$) | | | | | |
| Item 01 | 0 - 3 | .86 | .89 | .60 | .80 |
| Item 06 | 0 - 3 | .62 | .92 | .46 | .82 |
| Item 08 | 0 - 3 | .80 | .94 | .66 | .79 |
| Item 11 | 0 - 3 | .72 | .87 | .66 | .79 |
| Item 12 | 0 - 3 | .64 | .88 | .60 | .80 |
| Item 14 | 0 - 3 | .62 | .88 | .43 | .83 |
| Item 18 | 0 - 3 | .70 | .95 | .60 | .80 |

Resultados nas medidas de saúde mental em função do ano de escolaridade

Tabela H1

Médias e desvios-padrão das medidas de saúde mental em função do ano de escolaridade

| | 8º ano (G1, n=92) <i>M±DP</i> | 9º ano (G2, n=91) <i>M±DP</i> | 10º ano (G3, n=123) <i>M±DP</i> | 11º ano (G4, n=105) <i>M±DP</i> | 12º ano (G5, n=117) <i>M±DP</i> |
|--------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| EBEP_Total | 118.32±12.53 | 119.70±10.92 | 114.94±11.00 | 117.97±11.15 | 117.54±11.76 |
| Crescimento Pessoal | 21.87±2.14 | 21.93±2.55 | 21.19±2.58 | 22.15±2.56 | 22.23±2.17 |
| Relações Positivas | 20.38±2.85 | 20.68±2.60 | 20.15±2.85 | 20.42±2.50 | 20.20±3.02 |
| Objetivos na Vida | 18.59±3.15 | 19.01±3.20 | 18.14±3.05 | 18.74±3.49 | 18.16±3.72 |
| Aceitação de Si | 19.72±3.85 | 19.73±2.98 | 18.89±3.36 | 18.89±3.35 | 18.89±3.40 |
| EADS_Total | 11.58±10.44 | 13.21±12.67 | 12.63±10.63 | 11.89±11.20 | 10.87±11.02 |
| Ansiedade | 2.61±2.75 | 3.25±3.72 | 3.11±3.44 | 2.54±3.32 | 2.15±3.44 |
| Depressão | 3.86±4.31 | 4.49±5.03 | 4.55±4.49 | 4.42±4.74 | 4.27±4.68 |
| Stresse | 5.11±4.57 | 5.46±4.92 | 4.97±4.32 | 4.92±4.21 | 4.46±4.27 |
| Satisfação_Vida | 7.92±1.91 | 7.89±1.57 | 7.54±1.63 | 7.23±2.11 | 7.49±1.99 |
| Satisfação_Escola | 6.38±1.98 | 5.82±1.78 | 6.05±1.58 | 5.89±1.77 | 6.24±1.78 |

Tabela H2

Análise de diferenças na saúde mental em função do ano de escolaridade

| | <i>F</i> | <i>p</i> | Post-hoc |
|--------------------------|----------|----------|-----------------|
| EBEP_Total | 2.530* | .040 | G3<G2* |
| Crescimento Pessoal | 3.499** | .008 | G3<G4*, G3<G5** |
| Relações Positivas | .594 | .667 | (ns) |
| Objetivos na Vida | 1.348 | .251 | (ns) |
| Aceitação de Si | 1.791 | .129 | (ns) |
| EADS_Total | .699 | .593 | (ns) |
| Ansiedade | 1.950 | .101 | (ns) |
| Depressão | .351 | .843 | (ns) |
| Stresse | .687 | .601 | (ns) |
| Satisfação_Vida | 2.450* | .045 | (ns) |
| Satisfação_Escola | 1.700 | .148 | (ns) |

Índices de Participação Desportiva em função de variáveis desenvolvimentais e académicas

Tabela I1

Participação Desportiva, em função de variáveis desenvolvimentais e académicas

| Variáveis | N | Participação Desportiva | |
|-----------------------------|-----|-------------------------|--------|
| | | Sim | Não |
| Idade | | | |
| 13 | 70 | 68.6 % | 31.4 % |
| 14 | 72 | 59.7 % | 40.3 % |
| 15 | 106 | 59.4 % | 40.6 % |
| 16 | 108 | 60.2 % | 39.8 % |
| 17 | 111 | 66.7 % | 33.3 % |
| 18 | 41 | 58.5 % | 41.5 % |
| 19 | 20 | 60.0 % | 40.0 % |
| Fase da Adolescência | | | |
| Inicial (13-14 anos) | 142 | 64.1 % | 35.9 % |
| Média (15-17 anos) | 325 | 62.2 % | 37.8 % |
| Final (18-19 anos) | 61 | 59.0 % | 41.0 % |
| Ano de escolaridade | | | |
| 8º ano | 92 | 62.0 % | 38.0 % |
| 9º ano | 91 | 58.2 % | 41.8 % |
| 10º ano | 123 | 65.0 % | 35.0 % |
| 11º ano | 105 | 64.8 % | 35.2 % |
| 12º ano | 117 | 60.7 % | 39.3 % |
| Nível de Ensino | | | |
| Básico | 183 | 60.1 % | 39.9 % |
| Secundário | 345 | 63.5 % | 36.5 % |