

Insatisfeitos com a vida ou em risco de depressão? Um estudo com adolescentes do 3.º ciclo do ensino básico e do ensino secundário



**Rita Francisco¹, Cátia Branquinho², Catarina Noronha²,
Bárbara Moraes², Nuno Neto Rodrigues³ & Margarida Gaspar
de Matos^{1,2,4}**

¹ Universidade Católica Portuguesa/CRC-W

² Aventura Social, ISAMB/Universidade de Lisboa

³ Direção-Geral de Estatísticas da Educação e Ciência

⁴ ISPA Instituto Universitário/APPSICY

Insatisfeitos com a vida ou em risco de depressão? Um estudo com adolescentes do 3.º ciclo do ensino básico e do ensino secundário



A saúde mental dos jovens tem sido uma preocupação global, evidenciada após o início da pandemia de COVID-19 (Espada et al., 2020; Jansen et al., 2020). Importa notar que a ausência de doença mental, como a depressão ou ansiedade, não significa necessariamente presença de saúde mental, bem-estar, satisfação com a vida e capacidade de funcionamento psicossocial ou florescimento. Embora correlacionadas, saúde e doença mental podem ser consideradas duas dimensões distintas, enquadradas num modelo de “duplo *continuum*” (Keyes, 2002). Por saúde mental entende-se o *continuum* desde o estado em que o indivíduo considera que não está bem emocionalmente e que não tem um bom funcionamento (*languishing*), até ao extremo, que se caracteriza por uma combinação de bem-estar emocional e funcionamento positivo (*flourishing*). Por sua vez, o *continuum* da doença mental remete para um crescendo de sintomatologia psicológica que prejudica o funcionamento psicossocial, associada a sofrimento emocional. Numa amostra de adolescentes portugueses, por exemplo, a correlação entre níveis de florescimento e sintomatologia ansiosa-depressiva era apenas moderada, o que apoia a ideia de que a saúde mental e a capacidade de florescer não correspondem “apenas” à ausência de problemas ou à capacidade de adaptação ao contexto em que se está inserido (Francisco et al., 2018).

Se por um lado a doença mental, sobretudo a doença mental grave, está associada a menor qualidade de vida, pior saúde física e menor longevidade (Thornicroft, 2011), também se sabe que o bem-estar subjetivo é um importante preditor de sucesso em muitos domínios da vida, como melhor saúde física, relações interpessoais mais saudáveis, mais altruísmo e envolvimento na sociedade, e até maior longevidade (Maddux, 2018). Assim, especialmente após a crise de saúde pública que afetou de forma significativa o dia-a-dia e a saúde mental da população mundial, importa avaliar os níveis de bem-estar subjetivo e de satisfação com a vida da população adolescente, para além de identificar o risco de apresentação de doença mental. Sendo a

adolescência um período crítico para a manutenção de uma saúde mental positiva, com impacto nas gerações seguintes (Patton et al., 2018), é essencial o investimento de investigadores, decisores políticos e profissionais na definição de estratégias para mitigar o desenvolvimento de problemas psicológicos e para promover o bem-estar e a saúde mental dos adolescentes, numa perspetiva de promoção da saúde pública global.

Bem-estar subjetivo e satisfação com a vida

Desde 1948 que a Organização Mundial da Saúde (OMS) define saúde como uma “situação de completo bem-estar físico, psíquico e social, mais do que a mera ausência de doença”. Neste sentido, a saúde e o bem-estar estão cada vez mais associados e considerados interdependentes da investigação à prática, desde a promoção da saúde à sociologia médica (Chavez et al., 2005). O bem-estar subjetivo corresponde à perceção e avaliação que o indivíduo faz da sua vida em termos dos seus estados afetivos e do funcionamento psicológico e social, representando as suas crenças e sentimentos em relação ao facto de estar a viver uma vida desejável e gratificante (Diener, 2012; Keyes & Waterman, 2003). Envolve, por isso, três componentes-chave: especificamente, o bem-estar emocional, o bem-estar psicológico e o bem-estar social. É o bem-estar emocional que remete para a presença ou ausência de sentimentos positivos em relação à vida, i.e., para a perceção de satisfação com a vida (Keyes, 2002).

Apesar do bem-estar e da satisfação com a vida serem mais estudados na população adulta do que em adolescentes, alguns estudos têm vindo a identificar diversos fatores individuais e sociais com um papel relevante nestas variáveis, tais como capacidades de autorregulação, envolvimento escolar ou suporte familiar (e.g., Calmeiro et al., 2018; Morgan et al., 2012). Estes estudos, desenvolvidos em vários países, têm também revelado, de forma consistente, que são os rapazes (vs. raparigas) e adolescentes de níveis socioeconómicos mais elevados (vs. mais baixos) que apresentam níveis mais elevados de bem-estar e de satisfação com a vida, sendo que estes indicadores vão também diminuindo com a idade (e.g., Hendriks et al., 2020; Lin & Yi, 2019;

Insatisfeitos com a vida ou em risco de depressão? Um estudo com adolescentes do 3.º ciclo do ensino básico e do ensino secundário

Luijten et al., 2021). Obern e colaboradores (2022) argumentam que este decréscimo pode ser explicado pelos desafios inerentes ao período da adolescência, pautados por uma maior autonomia/insegurança e por transformações sucessivas em todas as dimensões da vida dos jovens (Matos, 2021).

O estudo colaborativo da OMS (*Health Behaviour in School-aged Children; HBSC*) em que Portugal participa desde 1998, mostra uma diminuição da satisfação com a vida e da perceção de felicidade dos adolescentes entre 2018 e 2022, a par de um aumento dos sintomas físicos e psicológicos (Gaspar et al., 2022).

Depressão na adolescência

Segundo a OMS (2021), a depressão é a principal causa de incapacidade a nível mundial, tendo grande parte dos casos origem na adolescência e uma incidência significativamente mais elevada em raparigas do que em rapazes (e.g., Frey et al., 2020; Gaspar et al., 2022; Luijten et al., 2021), sobretudo a partir dos 13 anos de idade (Frey et al., 2020). Um estudo com uma amostra muito alargada de adolescentes de 11 países da Europa, com idades entre os 14 e os 16 anos, mostrou uma prevalência de 10,5% de depressão e 29,2% de depressão subclínica, embora estes últimos fossem casos igualmente associados a elevado risco de comprometimento funcional e de suicídio (Balázs et al., 2013).

Apesar de diferentes trajetórias de desenvolvimento de sintomas depressivos poderem conduzir a resultados sociais e de saúde específicos, a depressão durante a adolescência afeta de forma negativa a saúde física e os hábitos de vida (e.g., consumo de substâncias, alimentação, sono, comportamento sexual), o bem-estar, os processos de socialização com os pares, as relações familiares e o desempenho escolar (e.g., Ames & Leadbeater, 2018; Bettge et al., 2008; Bulhões et al., 2021; Raposo & Francisco, 2022). Todas estas dimensões têm sido igualmente referidas como tendo sido afetadas durante a pandemia de Covid-19 (e.g., Branquinho et al., 2020; Francisco et al., 2020).

Efeitos da pandemia de Covid-19 na saúde mental e no bem-estar dos adolescentes

Considerando o caráter disruptivo do contexto pandémico, que colocou restrições ao contacto social e obrigou a um reajuste das rotinas (de Figueiredo et al., 2021), diversos estudos têm identificado impactos significativos ao nível da saúde mental de crianças e jovens, como maiores níveis de ansiedade e depressão, irritabilidade, sentimentos de solidão, e menor qualidade de vida e satisfação com a vida (e.g., Cooper et al., 2021; Francisco et al., 2020; Magson et al., 2021; Orgilés et al., 2022; Ravens-Sieberer et al., 2022). Apesar de reconhecerem este período como uma oportunidade para o desenvolvimento pessoal e interpessoal, os jovens consideraram que a pandemia foi penosa para a sua vida social, bem como para o domínio da sua saúde psicológica e do seu bem-estar (Branquinho et al., 2020).

Em estudos realizados no período anterior à pandemia já se havia observado uma maior prevalência de problemas de saúde mental nos jovens, em períodos de crise (Frasquilho et al., 2016). Todavia, a crise pandémica parece ter tido consequências sem precedentes, em especial na população mais jovem. O mais recente relatório da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OECD) sobre saúde, refere que os sintomas de ansiedade e depressão são o dobro dos níveis pré-pandémicos em vários países, tendo-se acentuado a relação entre problemas de saúde mental e desigualdades socioeconómicas (OECD/European Union, 2020). Em 2022, os dados nacionais do estudo “Saúde Psicológica e Bem-estar nas escolas Portuguesas” (Matos et al., 2022) permitiram concluir que cerca de um terço dos jovens revelava algum sinal de sofrimento psicológico e de competências socioemocionais pouco robustecidas.

Integrado no estudo “Saúde Psicológica e Bem-estar nas escolas Portuguesas” (Matos et al., 2022), o presente estudo tem como objetivos: a) analisar os níveis de bem-estar e de satisfação com a vida dos alunos do 3.º ciclo do ensino básico e do ensino secundário; b) identificar o risco de depressão entre os participantes; e c) analisar diferenças nos níveis de bem-estar, satisfação com a vida e risco de depressão, considerando o género, nível de ensino e zona de residência.

Insatisfeitos com a vida ou em risco de depressão? Um estudo com adolescentes do 3.º ciclo do ensino básico e do ensino secundário



Método

Procedimento

Disponível para consulta na [página 55](#).

Participantes

Participaram no estudo 3235 adolescentes (50% género feminino; 46,1% género masculino; 3,9% preferiu não responder/identificou-se como “outro”), com idades entre 11 e 20 anos ($M = 14,47$, $DP = 1,91$). Os participantes frequentam escolas públicas do 3.º ciclo do ensino básico (47,9%) e do ensino secundário (52,1%), das várias regiões de Portugal continental (NUTS II), especificamente: Centro (36,9%), Norte (34,8%), Alentejo (18,2%), Área Metropolitana de Lisboa (6,8%) e Algarve (3,4%). O nível de escolaridade dos progenitores ou cuidadores principais corresponde maioritariamente ao ensino secundário, tanto para os pais (38,9%, seguido do 3.º ciclo do ensino básico ou inferior 38,1%) como para as mães (39,1%, seguido do ensino superior 33,9%).

Informações detalhadas dos participantes do estudo na [página 62](#).

Medidas

O estudo “Saúde Psicológica e Bem-estar nas escolas Portuguesas” (Matos et al., 2022) incluiu quatro protocolos de recolha de dados: (i) crianças da educação pré-escolar e alunos do 1.º ciclo; (ii) alunos do 2.º ciclo do ensino básico; (iii) alunos do 3.º ciclo do ensino básico e secundário; e (iv) docentes. No relatório do estudo é possível consultar informações detalhadas sobre os instrumentos utilizados (Matos et al., 2022).

No presente estudo, considera-se o protocolo dirigido ao 3.º ciclo e ao ensino secundário. Neste, foram incluídas questões relacionadas com dados sociodemográficos e um conjunto de indicadores

de saúde psicológica e bem-estar, referentes à (i) satisfação e (ii) qualidade de vida, (iii) sintomas de mal-estar psicológico, (iv) competências emocionais, (v) impacto da pandemia e (vi) rotinas durante a semana. Foram ainda integrados indicadores referentes ao (vi) stresse, ansiedade e depressão; e (vii) desenvolvimento positivo. No presente estudo, foram usadas apenas as medidas sobre bem-estar e satisfação com a vida, para além dos dados sociodemográficos.

Bem-estar

O Índice de Bem-estar WHO-5 (OMS, 1998) mede o bem-estar psicológico dos participantes, identificando outros aspetos que vão para além da ausência de sintomas depressivos. É constituído por 5 itens (e.g., “Senti-me alegre e bem-disposto”), respondidos numa escala de Likert que varia entre 5 (“Todo o tempo”) a 0 (“Nunca”), e que pretendem refletir o modo como o participante se tem sentido nas últimas 2 semanas.

A pontuação é calculada através da soma dos valores dos 5 itens, sendo a pontuação mínima 0 (pior bem-estar) e a pontuação máxima 25 (melhor bem-estar). Quanto maior a pontuação maior o bem-estar relatado pelo participante, sendo que uma pontuação inferior a 13 revela um baixo nível de bem-estar. No presente estudo, o WHO-5 apresentou um nível de consistência interna adequado ($\alpha \leq 0,86$).

Considerando a utilidade do WHO-5 como ferramenta de *screening* de depressão, amplamente utilizada em contextos clínicos e não-clínicos a nível internacional, considerou-se o ponto de corte definido por Allgaier et al. (2012) para adolescentes, que corresponde a um valor igual ou inferior a 9.

Satisfação com a vida

Foi utilizada a escala de Cantril (1965), que corresponde a uma escada de 11 degraus, com a seguinte instrução dada aos participantes: “O topo da escada é “10” e representa a melhor vida possível para ti, o fundo da escada é “0” e representa a pior vida possível para ti. Neste momento,

onde achas que te situas na escada?”. Quanto maior a pontuação, melhor a satisfação com a vida.

Para calcular os níveis de satisfação com a vida, considerou-se o valor médio da variável e o respetivo desvio-padrão (*DP*): $M = 7,0140$, $DP = 1,8677$. Assim, o nível baixo de bem-estar é menor ou igual que a média menos 1 *DP*; nível médio de bem-estar é menor que M mais 1 *DP* e maior que a média menos 1 *DP*; e o nível elevado de bem-estar corresponde a valores maiores ou iguais à média mais 1 *DP*.

Informações detalhadas sobre as medidas utilizadas no estudo na [página 78](#).

Análise dos Dados

Para a análise de dados, começou-se por realizar a estatística descritiva para as principais variáveis em estudo. Para a comparação dos valores médios nas principais variáveis entre géneros e nível de ensino foi usado o teste-t, e para comparação entre as regiões de residência recorreu-se à *one-way* ANOVA (e teste *post-hoc* Bonferroni). Para comparação das percentagens de participantes com níveis baixos de bem-estar e de satisfação com a vida, e de risco de depressão, tendo em conta o género e o nível de ensino, recorreu-se ao teste do Qui-quadrado. Todas as análises foram realizadas com recurso ao IBM SPSS Statistics (versão 26), considerando-se o valor de significância estatística $p < 0,05$.

Insatisfeitos com a vida ou em risco de depressão? Um estudo com adolescentes do 3.º ciclo do ensino básico e do ensino secundário



Resultados

Níveis de Bem-estar, Satisfação com a Vida e Risco de Depressão

A estatística descritiva das variáveis bem-estar e satisfação com a vida para a população global do estudo é apresentada na Tabela 1.

Tabela 1

Estatística descritiva das principais variáveis em estudo (N = 3223)

Variáveis	Mínimo	Máximo	Média	DP	Moda	Mediana
Bem-estar	0	25	14,285	5,367	15	15
Satisfação com a vida	0	10	7,014	1,868	7	7

Nota. DP = desvio-padrão

A análise dos dados tendo em conta os níveis de bem-estar e de satisfação com a vida anteriormente definidos, revelam que a maioria dos adolescentes apresenta um nível médio de satisfação com a vida (58,5%; vs. baixo 20,8% vs. elevado 20,7%), mas um nível baixo de bem-estar (51,1%).

Considerando o ponto de corte do WHO-5 usado em amostras clínicas com adolescentes, verificou-se que 19,6% dos participantes no presente estudo apresentaram valores indicativos de risco de depressão.

Diferenças de acordo com Género, Nível de Ensino e Zona de Residência

Os resultados da comparação de médias entre géneros mostraram que os rapazes apresentam níveis significativamente mais elevados de bem-estar e de satisfação com a vida do que as raparigas. A comparação por nível de ensino revelou que os participantes do 3.º ciclo do ensino básico apresentam também valores médios mais elevados do que os participantes do ensino secundário (Tabela 2).

Tabela 2

Comparação de valores médios de bem-estar e satisfação com a vida entre géneros e níveis de ensino (N = 3223)

Variáveis	Género		t-test	Nível de ensino		t-test
	Feminino (n = 1615)	Masculino (n = 1483)		3.º ciclo (n = 1542)	Secundário (n = 1682)	
	M (DP)	M (DP)		M (DP)	M (DP)	
Bem-estar	12,835 (5,176)	16,078 (4,951)	17,786***	15,042 (5,509)	13,593 (5,139)	7,724***
Satisfação com a vida	6,746 (1,842)	7,377 (1,809)	9,625***	7,241 (1,847)	6,805 (1,863)	6,665***

Nota. M = média, DP = desvio-padrão; *** $p < 0,001$

A comparação dos valores médios por região revelou também diferenças estatisticamente significativas entre algumas regiões em ambas as variáveis em estudo (Tabela 3).

Tabela 3

Comparação de valores médios de bem-estar e satisfação com a vida entre regiões NUTS II (N = 3223)

	Norte (n = 1119)	Centro (n = 1189)	AML (n = 220)	Alentejo (n = 586)	Algarve (n = 109)	
Variáveis	M (DP)	M (DP)	M (DP)	M (DP)	M (DP)	F
Bem-estar	14,781 (5,254)	13,862 (5,320)	14,109 (5,230)	14,701 (5,607)	11,936 (5,037)	10,520***
Satisfação com a vida	7,155 (1,869)	6,849 (1,829)	6,868 (1,842)	7,251 (1,871)	6,395 (2,000)	9,716***

Nota. AML = Área Metropolitana de Lisboa; M = média, DP = desvio-padrão; *** $p < 0,001$

Especificamente, o teste *post-hoc* com correção de Bonferroni ($p < 0,05$) revelou que os participantes da região do Algarve apresentam níveis de bem-estar significativamente mais baixos do que os participantes de todas as outras regiões; tanto os participantes da região Norte, como os do Alentejo, apresentam valores significativamente mais elevados de bem-estar do que os da região Centro. No que se refere à satisfação com a vida, o padrão de diferenças entre regiões é semelhante ao encontrado para a variável do bem-estar, à exceção da AML, que não apresenta diferenças estatisticamente significativas com nenhuma outra região. Todavia, há que referir que as análises mais detalhadas considerando as regiões NUTS III (que não podem aqui ser apresentadas por razões de parcimónia) revelam grande heterogeneidade entre as mesmas, pelo que as análises por região NUTS II devem ser interpretadas com cautela.

Considerando especificamente as frequências dos indicadores de menor saúde mental (baixo nível de satisfação com a vida e de bem-estar) e de maior doença mental (risco de depressão), as análises comparativas por género e nível de ensino (Tabela 4) e por região (Tabela 5), apontam para diferenças no mesmo sentido do reportado anteriormente. Ou seja, a percentagem de raparigas e de estudantes do ensino secundário a apresentar níveis baixos de bem-estar e de satisfação com a vida, bem como risco de depressão, é significativamente mais elevada do que a respetiva percentagem de rapazes e de alunos do 3.º ciclo do ensino básico. Todavia, a amplitude dessas diferenças é maior na comparação por géneros, sobretudo no que se refere ao risco de depressão e baixo nível de bem-estar. No que se refere às regiões de Portugal continental em que residem os participantes, é na região do Algarve, seguida da região Centro, que os três indicadores em análise apresentam percentagens mais elevadas.

Tabela 4

Comparação das frequências de níveis baixos de bem-estar, níveis baixos de satisfação com a vida e risco de depressão, entre géneros e níveis de ensino

Variáveis	Género		χ^2	Nível de ensino		χ^2
	Feminino n (%)	Masculino n (%)		3.º ciclo n (%)	Secundário n (%)	
Nível baixo de bem-estar	979 (61,1%)	565 (38,5%)	156,415***	692 (45,4%)	940 (56,3%)	37,533***
Nível baixo de satisfação com a vida	418 (25,9%)	206 (13,9%)	85,854***	291 (18,9%)	378 (22,5%)	43,550***
Risco de depressão	436 (27,0%)	146 (9,8%)	149,070***	274 (17,8%)	357 (21,2%)	6,059*

Nota. *** $p < 0,001$, * $p < 0,05$

Tabela 5

Comparação das frequências de níveis baixos de bem-estar, níveis baixos de satisfação com a vida e risco de depressão, entre regiões (NUTS II)

	Norte	Centro	AML	Alentejo	Algarve	
Variáveis	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	 ²
Nível baixo de bem-estar	504 (45,4%)	647 (54,8%)	118 (54,1%)	283 (49,0%)	80 (74,1%)	45,563***
Nível baixo de satisfação com a vida	204 (18,2%)	274 (23,1%)	48 (21,8%)	111 (19,0%)	32 (29,4%)	38,201***
Risco de depressão	186 (16,6%)	263 (22,1%)	39 (17,7%)	112 (19,1%)	31 (28,4%)	17,084**

Nota. AML = Área Metropolitana de Lisboa; *** $p < 0,001$, ** $p < 0,01$.

Insatisfeitos com a vida ou em risco de depressão? Um estudo com adolescentes do 3.º ciclo do ensino básico e do ensino secundário



Discussão

O presente estudo teve como objetivos analisar os níveis de bem-estar e de satisfação com a vida dos alunos do 3.º ciclo do ensino básico e do ensino secundário, identificar o risco de depressão entre os participantes, bem como analisar diferenças nestas dimensões considerando características sociodemográficas (género, nível de ensino e zona de residência).

Os resultados mostraram que a maioria dos adolescentes que participaram no estudo apresentam nível baixo de bem-estar (51,1%), mas encontram-se medianamente satisfeitos com as suas vidas (58,5%). Apesar de parecerem dados contraditórios, indicam que se trata efetivamente de construtos distintos. O bem-estar é um construto mais amplo, que inclui na sua definição a satisfação com a vida (e as emoções positivas, por exemplo), considerando a conceção hedónica do bem-estar, embora esta seja combinada com uma conceção eudaimónica, que remete para um bom funcionamento individual e social (Diener, 2012). É possível que os resultados encontrados ao nível do bem-estar sejam consequência das dificuldades psicossociais que os adolescentes têm vivido na sequência da pandemia de Covid-19 (e.g., Branquinho et al., 2020), o que não impede uma relativa satisfação com a sua vida em geral.

Por outro lado, verifica-se que cerca de 20% dos participantes se encontra em risco de depressão e com baixa satisfação com a vida, sendo que mais de metade apresenta nível baixo de bem-estar. Estes resultados suportam a ideia de que o bem-estar é mais abrangente do que a ausência de doença mental, bem como a teoria do duplo *continuum* de doença e de saúde mental (Keyes, 2002). A percentagem de adolescentes em risco de depressão é um resultado que deve ser visto com alguma preocupação, sobretudo num período de “rescaldo” da pandemia de Covid-19. Embora não tenhamos dados desta medida no período pré-pandémico, acredita-se que estes

valores estejam em linha com os estudos internacionais, que indicam que os sintomas de depressão entre os jovens mais do que duplicaram em vários países europeus (OECD/European Union, 2020).

Nas três dimensões avaliadas – bem-estar, satisfação com a vida e risco de depressão – os resultados confirmam a tendência identificada em estudos anteriores quanto às diferenças de género, apresentando as raparigas resultados menos positivos no domínio da saúde mental do que os rapazes (e.g., Frey et al., 2020; Gaspar et al., 2022; Luijten et al., 2021). O mesmo acontece em relação à evolução negativa de resultados de saúde mental ao longo da adolescência, identificada na literatura (e.g., Frey et al., 2020; Orben et al., 2022) e corroborada pelas diferenças encontradas entre os dois níveis de ensino analisados (3.º ciclo do ensino básico e ensino secundário). Assim, adolescentes do sexo feminino e de idades mais avançadas devem ser alvo de intervenções focadas no risco mais elevado que apresentam de desenvolverem problemas de internalização e reduzido bem-estar.

Foram ainda encontradas diferenças relevantes entre as regiões analisadas (NUTS II), apresentando os participantes residentes nas regiões do Algarve, seguida da região Centro, indicadores de saúde mental mais negativos. Estas diferenças podem resultar de idiosincrasias das regiões NUTS III em que se inserem as escolas que fizeram parte do estudo, considerando o carácter rural ou urbano, ou o nível socioeconómico da região em concreto. Sabe-se que os adolescentes de níveis socioeconómicos mais elevados apresentam níveis mais elevados de bem-estar e de satisfação com a vida, da mesma forma que o baixo nível socioeconómico é um preditor de pior saúde mental (Hendriks et al., 2020). Estes resultados, todavia, necessitam de uma exploração mais detalhada em estudos futuros.

Insatisfeitos com a vida ou em risco de depressão? Um estudo com adolescentes do 3.º ciclo do ensino básico e do ensino secundário



Conclusões

Quase um em cada cinco adolescentes apresentaram risco de depressão, sendo esse risco quase três vezes mais elevado nas raparigas do que nos rapazes. Sabendo-se que as pessoas com baixos níveis de bem-estar psicológico têm cerca de sete vezes mais probabilidade de desenvolver depressão nos 10 anos seguintes (Wood & Joseph, 2010), e considerando a globalidade dos resultados encontrados no presente estudo, torna-se urgente intervir de três formas distintas no contexto escolar: 1) avaliação psicológica para identificação de casos clínicos e subclínicos de depressão, e posterior encaminhamento para serviços de apoio psicológico próximos e de resposta breve; 2) promoção do bem-estar de forma global e de satisfação com a vida em particular; e 3) prevenção do desenvolvimento de quadros depressivos (e outros problemas de internalização) nos adolescentes portugueses. Particular atenção deve ser dada às raparigas e às zonas do país que apresentaram resultados menos positivos nas dimensões estudadas, nomeadamente o Algarve e a região Centro de Portugal continental. O recurso a programas de prevenção universais, implementados em contexto escolar, permitirá alcançar um significativo número de adolescentes, com custo-efetividade reduzido, e assumindo assim a escola um papel ativo na promoção do desenvolvimento positivo, saúde mental e bem-estar ao longo da vida, i.e., assumindo-se como escolas promotoras de saúde (WHO/UNESCO, 2021).

Recomendações

Diversos estudos mostram que há fatores de risco e de proteção para a depressão modificáveis pelos próprios adolescentes. Neste sentido, ações de educação para a saúde ou intervenções focadas na prevenção da depressão entre os adolescentes, poderão incluir a redução do consumo de substâncias (álcool, tabaco, cannabis, e outras drogas ilícitas) e de comportamentos de dieta, bem como poderão promover os padrões de sono e de alimentação saudáveis (ver revisão de Cairns et al., 2014). Por outro lado, a promoção da utilização de estratégias de autocuidado e de estratégias de *coping* positivas (Cairns et al., 2014), e de competências sociais e emocionais (Greenberg et al., 2017; Taylor et al., 2017), é igualmente relevante para a prevenção da sintomatologia depressiva e para a promoção do bem-estar. Assim, programas estruturados e cientificamente validados, de promoção do bem-estar, da resiliência, de saúde mental e de estilos de vida saudáveis (p.e. em WHO/UNESCO, 2021), são recursos importantes de que as escolas portuguesas podem beneficiar.



Referências

- Allgaier, A. K., Pietsch, K., Frühe, B., Prast, E., Sigl-Glöckner, J., & Schulte-Körne, G. (2012). Depression in pediatric care: Is the WHO-Five Well-Being Index a valid screening instrument for children and adolescents? *General Hospital Psychiatry, 34*(3), 234–241. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2012.01.007>
- Ames, M. E., & Leadbeater, B. J. (2018). Depressive symptom trajectories and physical health: Persistence of problems from adolescence to young adulthood. *Journal of Affective Disorders, 240*, 121–129. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.07.001>
- Balázs, J., Miklősi, M., Keresztény, Á., Hoven, C. W., Carli, V., Wasserman, C., Apter, A., Bobes, J., Brunner, R., Cosman, D., Cotter, P., Haring, C., Iosue, M., Kaess, M., Kahn, J. P., Keeley, H., Marusic, D., Postuvan, V., Resch, F., ... Wasserman, D. (2013). Adolescent subthreshold-depression and anxiety: Psychopathology, functional impairment and increased suicide risk. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 54*, 670–677. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12016>
- Bettge, S., Wille, N., Barkmann, C., Schulte-Markwort, M., & Ravens-Sieberer, U. (2008). Depressive symptoms of children and adolescents in a german representative sample: Results of the BELLA study. *European Child and Adolescent Psychiatry, 17*(SUPPL. 1), 71–81. <https://doi.org/10.1007/s00787-008-1008-x>
- Branquinho, C., Kelly, C., Arevalo, L. C., Santos, A., & Gaspar de Matos, M. (2020). “Hey, we also have something to say”: A qualitative study of Portuguese adolescents’ and young people’s experiences under COVID-19. *Journal of Community Psychology, 48*(8), 2740–2752. <https://doi.org/10.1002/jcop.22453>
- Bulhões, C., Ramos, E., Severo, M., Dias, S., & Barros, H. (2021). Trajectories of depressive symptoms through adolescence and young adulthood: Social and health outcomes. *European Child and Adolescent Psychiatry, 30*(1), 65–74. <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01493-9>
- Cairns, K. E., Yap, M. B. H., Pilkington, P. D., & Jorm, A. F. (2014). Risk and protective factors for depression that adolescents can modify: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Journal of Affective Disorders, 169*, 61–75. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.08.006>
- Calmeiro, L., Camacho, I., & de Matos, M. G. (2018). Life satisfaction in adolescents: The role of individual and social health assets. *The Spanish Journal of Psychology, 21*, e23. <https://doi.org/10.1017/sjp.2018.24>
- Cefai, C., Simões, C., & Caravita, S. C. S. (2021). *A systemic, whole-school approach to mental health and well-being in schools in the EU. Analytical Report*. Publications Office of the European Union. <https://doi.org/10.2766/50546>

- Chavez, A. C. de, Backett-Milburn, K., Parry, O., & Platt, S. (2005). Understanding and researching wellbeing: Its usage in different disciplines and potential for health research and health promotion. *Health Education Journal*, 64(1), 70–87. <https://doi.org/10.1177/001789690506400108>
- Cooper, K., Hards, E., Moltrecht, B., Reynolds, S., Shum, A., McElroy, E., & Loades, M. (2021). Loneliness, social relationships, and mental health in adolescents during the COVID-19 pandemic. *Journal of Affective Disorders*, 289, 98–104. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.04.016>
- de Figueiredo, C. S., Sandre, P. C., Portugal, L. C. L., Mázala-de-Oliveira, T., da Silva Chagas, L., Raony, Í., Ferreira, E. S., Giestal-de-Araujo, E., dos Santos, A. A., & Bomfim, P. O. S. (2021). COVID-19 pandemic impact on children and adolescents' mental health: Biological, environmental, and social factors. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 106, 110171. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2020.110171>
- Diener, E. (2012). New findings and future directions for subjective well-being research. *American Psychologist*, 590–597. <https://doi.org/10.1037/a0029541>
- Espada, J. P., Orgilés, M., Piqueras, J. A., & Morales, A. (2020). Las buenas prácticas en la atención psicológica infanto-juvenil ante el COVID-19. *Clinica y Salud*, 31(2), 109–113. <https://doi.org/10.5093/clysa2020a14>
- Francisco, R., Pedro, M., Delvecchio, E., Espada, J. P., Morales, A., Mazzeschi, C., & Orgilés, M. (2020). Psychological symptoms and behavioral changes in children and adolescents during the early phase of COVID-19 quarantine in three european countries. *Frontiers in Psychiatry*, 11, Article 570164. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.570164>
- Francisco, R., Raposo, B., & Sesifredo, M. (2018). A promoção da saúde e do bem-estar dos adolescentes: Uma via para o florescimento? *The Psychologist: Practice & Research Journal*, 1(Supplement 2), 176–179. <https://doi.org/10.33525/pprj.v1i1.70>
- Frasquilho, D., Matos, M. G., Salonna, F., Guerreiro, D., Storti, C. C., Gaspar, T., & Caldas-de-Almeida, J. M. (2016). Mental health outcomes in times of economic recession: A systematic literature review. *BMC Public Health*, 16, 115. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-2720-y>
- Frey, M., Obermeier, V., von Kries, R., & Schulte-Körne, G. (2020). Age and sex specific incidence for depression from early childhood to adolescence: A 13-year longitudinal analysis of German health insurance data. *Journal of Psychiatric Research*, 129(June), 17–23. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.06.001>
- Gaspar, T., Guedes, F. B., Cerqueira, A., Matos, M. G. de, & Equipa Aventura Social. (2022). *A saúde dos adolescentes portugueses em contexto de pandemia - Dados nacionais do estudo HBSC 2022*. https://aventurasocial.com/wp-content/uploads/2022/12/HBSC_RelatórioNacional_2022-1.pdf
- Greenberg, M. T., Domitrovich, C. E., Weissberg, R. P., & Durlak, J. A. (2017). Social and emotional learning as a public health approach to education. *Future of Children*, 27(1), 13–32. <https://doi.org/10.1353/foc.2017.0001>

- Hendriks, A. M., Bartels, M., Stevens, G. W. J. M., Walsh, S. D., Torsheim, T., Elgar, F. J., & Finkenauer, C. (2020). National child and adolescent health policies as indicators of adolescent mental health: A multilevel analysis of 30 European countries. *Journal of Early Adolescence, 40*(4), 537–565. <https://doi.org/10.1177/0272431619858413>
- Jansen, D., Kosola, S., Arevalo, L. C., Gaspar de Matos, M., Boode, K., Saxena, S., & Dratva, J. (2020). Child and adolescent health needs attention now, and in the aftermath of the COVID-19 pandemic. *International Journal of Public Health, 65*(6), 723–725. <https://doi.org/10.1007/s00038-020-01446-8>
- Keyes, C. (2002). The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Behavior, 43*(2), 207–222. <https://doi.org/10.2307/3090197>
- Keyes, C., & Waterman, M. B. (2003). Dimensions of well-being and mental health in adulthood. In M. Bornstein, L. Davidson, C. Keyes, & K. Moore (Eds.), *Well-being: Positive development across the life course*. Lawrence Erlbaum Associates.
- Lin, W.-H., & Yi, C.-C. (2019). Subjective Well-Being and Family Structure During Early Adolescence: A Prospective Study. *Journal of Early Adolescence, 39*(3), 426–452. <https://doi.org/10.1177/0272431618770785>
- Luijten, C. C., van de Bongardt, D., Jongerling, J., & Nieboer, A. P. (2021). Associations between adolescents' internalizing problems and well-being: is there a buffering role of boys' and girls' relationships with their mothers and fathers? *BMC Public Health, 21*(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11920-4>
- Maddux, J. E. (2018). Subjective well-being and life satisfaction: An introduction to conceptions, theories, and measures. In J. E. Maddux (Ed.), *Subjective well-being and life satisfaction* (pp. 3–31). Routledge.
- Magson, N. R., Freeman, J. Y. A., Rapee, R. M., Richardson, C. E., Oar, E. L., & Fardouly, J. (2021). Risk and protective factors for prospective changes in adolescent mental health during the COVID-19 pandemic. *Journal of Youth and Adolescence, 50*(1), 44–57. <https://doi.org/10.1007/s10964-020-01332-9>
- Matos, M. G. (2021). *Adolescentes*. Oficina do Livro.
- Matos, M. G., Branquinho, C., Noronha, C., Moraes, B., Santos, O., Carvalho, M., Simões, C., Marques, A., Simões, C., Tomé, G., Guedes, F. B., Cerqueira, A., Francisco, R., & Gaspar, T. (2022). *Saúde psicológica e bem-estar | Observatório de saúde psicológica e bem-estar: Monitorização e ação*. [https://www.dgeec.mec.pt/np4/%7B\\$clientServletPath%7D/?newsId=1357&fileName=SaudePsi_final.pdf](https://www.dgeec.mec.pt/np4/%7B$clientServletPath%7D/?newsId=1357&fileName=SaudePsi_final.pdf)
- Morgan, A. R., Rivera, F., Moreno, C., & Haglund, B. J. A. (2012). Does social capital travel? Influences on the life satisfaction of young people living in England and Spain. *BMC Public Health, 12*(1), 138. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-138>
- OECD/European Union. (2020). *Health at a glance: Europe 2022. State of health in the EU Cycle*. <https://doi.org/10.1787/507433b0-en>

- Orben, A., Lucas, R. E., Fuhrmann, D., & Kievit, R. A. (2022). Trajectories of adolescent life satisfaction. *Royal Society Open Science*, 9(8), 211808. <https://doi.org/10.1098/rsos.211808>
- Orgilés, M., Francisco, R., Delvecchio, E., Espada, J. P., Mazzeschi, C., Pedro, M., & Morales, A. (2022). Psychological symptoms in Italian, Spanish and Portuguese youth during the COVID-19 health crisis: A longitudinal study. *Child Psychiatry and Human Development*, 53(5), 853–862. <https://doi.org/10.1007/s10578-021-01211-9>
- Patton, G. C., Olsson, C. A., Skirbekk, V., Saffery, R., Wlodek, M. E., Azzopardi, P. S., Stonawski, M., Rasmussen, B., Spry, E., Francis, K., Bhutta, Z. A., Kassebaum, N. J., Mokdad, A. H., Murray, C. J. L., Prentice, A. M., Reavley, N., Sheehan, P., Sweeny, K., Viner, R. M., & Sawyer, S. M. (2018). Adolescence and the next generation. *Nature*, 554(7693), 458–466. <https://doi.org/10.1038/nature25759>
- Raposo, B., & Francisco, R. (2022). Emotional (dys)regulation and family environment in (non)clinical adolescents' internalizing problems: The mediating role of well-being. *Frontiers in Psychology*, 13, 703762. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.703762>
- Ravens-Sieberer, U., Kaman, A., Erhart, M., Devine, J., Schlack, R., & Otto, C. (2022). Impact of the COVID-19 pandemic on quality of life and mental health in children and adolescents in Germany. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 31(6), 879–889. <https://doi.org/10.1007/s00787-021-01726-5>
- Taylor, R. D., Oberle, E., Durlak, J. A., & Weissberg, R. P. (2017). Promoting positive youth development through school-based social and emotional learning interventions: A meta-analysis of follow-up effects. *Child Development*, 88(4), 1156–1171. <https://doi.org/10.1111/cdev.12864>
- Thornicroft, G. (2011). Physical health disparities and mental illness: The scandal of premature mortality. *British Journal of Psychiatry*, 199(6), 441–442. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.111.092718>
- Wood, A. M., & Joseph, S. (2010). The absence of positive psychological (eudemonic) well-being as a risk factor for depression: A ten year cohort study. *Journal of Affective Disorders*, 122(3), 213–217. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.06.032>
- World Health Organisation. (2021). *Depression. Fact sheets*. <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- World Health Organisation. (1998). *Wellbeing measures in primary health care/ The DepCare Project: Report on a WHO meeting, Stockholm, Sweden 12-13 February 1998*. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0016/130750/E60246.pdf
- World Health Organisation and United Nations Educational Scientific and Cultural Organization. (2021). *Making every school a health-promoting school: Global standards and indicators for health-promoting schools and systems*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240025059>