



UNIVERSIDADE
CATÓLICA
PORTUGUESA

**IMPLEMENTAÇÃO E AVALIAÇÃO DO PROGRAMA
#ENTREVIAGENSEAPRENDIZAGENS: IMPACTO NOS ESTILOS
DE VIDA, REGULAÇÃO EMOCIONAL E BEM-ESTAR DOS
ADOLESCENTES**

**Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de mestre em Psicologia do Bem-estar
e Promoção da Saúde**

Por

Mafalda Gonçalves Hormigo

Faculdade de Ciências Humanas

Setembro 2019



UNIVERSIDADE
CATÓLICA
PORTUGUESA

**IMPLEMENTAÇÃO E AVALIAÇÃO DO PROGRAMA
#ENTREVIAGENSEAPRENDIZAGENS: IMPACTO NOS ESTILOS
DE VIDA, REGULAÇÃO EMOCIONAL E BEM-ESTAR DOS
ADOLESCENTES**

**Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de mestre em Psicologia do Bem-estar
e Promoção da Saúde**

Por

Mafalda Gonçalves Hormigo

Faculdade de Ciências Humanas

Sob orientação da Professora Doutora Rita Francisco

Setembro 2019

*“Não somos apenas o que pensamos ser.
Somos mais, somos também o que lembramos,
e aquilo que nos esquecemos.”*

Freud

Agradecimentos

Primeiramente gostaria de agradecer à minha orientadora, professora Doutora Rita Francisco. Agradeço a disponibilidade, a serenidade, a atenção, as sugestões, o rigor e a sabedoria que foi partilhando comigo. Mas acima de tudo, agradeço o interesse, o apoio e o incentivo constantes e a compreensão das minhas inseguranças ao longo deste percurso. Por me incentivar sempre a fazer mais e melhor. Muito obrigada por ter sido uma orientadora no verdadeiro sentido da palavra.

À minha mãe por acreditar sempre em mim (mesmo quando eu não acredito), por ser um apoio constante na minha vida, por estar presente em todas as minhas conquistas, mas sobretudo por me ajudar sempre a ultrapassar os momentos de desânimo. Por apostar e investir no meu futuro, e por ser o meu grande exemplo a seguir.

À minha irmã, pela cumplicidade, sinceridade, apoio incondicional e confiança. Ao meu irmão Pedro por me apoiar e acreditar em mim (à maneira dele), e ao meu irmão David por ser a pessoa mais doce, calma, e compreensiva que conheço.

Ao Cláudio, pela paciência, companheirismo, compreensão e ajuda ao longo de toda esta caminhada.

À equipa, por serem os melhor amigos do mundo! Um obrigado especial à Teresa, por ser uma amiga que é como irmã, pela prontidão, paciência e por ser um apoio incondicional.

E, por fim, às escolas, que possibilitaram que esta investigação acontecesse, mas sobretudo aos participantes com quem tanto aprendi!

Resumo

As abordagens dirigidas para problemas de saúde física e mental na adolescência têm dado mais ênfase à remediação do que à prevenção. Da mesma forma, as intervenções também são mais frequentemente focadas na saúde física ou na saúde mental e raramente integram as duas dimensões. O "#EntreViagenseAprendizagens" é um programa de intervenção em grupo concebido para promover o bem-estar global e estilos de vida saudáveis entre os adolescentes do 8º e 9º anos. Este trabalho pretende avaliar o seu impacto em algumas dimensões (dificuldades de regulação emocional, bem-estar e hábitos de vida) e explorar as percepções e a avaliação dos participantes sobre o programa e suas sessões, utilizando metodologias quantitativas e qualitativas. Participaram no programa 54 adolescentes (13 a 21 anos de idade), de duas escolas (uma de ensino básico recorrente e uma de ensino regular), dos quais 38 completaram os questionários de autorrelato pré e pós-intervenção, bem como as fichas de avaliação do funcionamento e satisfação relativas a cada sessão e ao programa.

Foram usados testes não-paramétricos para amostras emparelhadas para comparar os resultados dos participantes (separadamente em cada escola) pré e pós intervenção, através das versões portuguesas da Escala de Dificuldades na Regulação Emocional (EDRE), a Medida EPOCH do Bem-estar nos adolescentes, e de alguns itens do questionário HBSC (hábitos de vida dos adolescentes). Os resultados mostraram melhorias estatisticamente significativas na escola de ensino regular nos níveis de otimismo (EPOCH) e clareza emocional (EDRE), e na escola de ensino recorrente no nível de *connectedness* (EPOCH). Também se verificaram melhorias gerais (valores próximos de significância estatística) nas dimensões relacionadas com a alimentação saudável (e.g., maior consumo de sopa) e ambiente escolar (e.g., maior aceitação de outros colegas). Os resultados qualitativos mostraram níveis altos de satisfação dos participantes e identificação de resultados relevantes (e.g, conhecerem-se melhor a si e aos outros). Em conclusão, a avaliação do #EntreViagenseAprendizagens mostrou resultados promissores, pelo que se sugere a revisão de alguns conteúdos e atividades, bem como a sua implementação com mais adolescentes de diferentes escolas.

Palavras-chave: programa de prevenção, adolescentes, regulação emocional, bem-estar, estilos de vida saudáveis

Abstract

The approaches aimed at physical and mental health problems on adolescence have been giving more emphasis on remediation instead of prevention. Similarly, interventions are also often focused on physical health or mental health, and rarely integrate the two dimensions. The “#EntreViagenseAprendizagens” is a group intervention program designed to promote global wellbeing and healthy lifestyles among adolescents from 8th and 9th grades. This paper intends to evaluate its impact on some dimensions (emotional regulation difficulties, wellbeing and lifestyle habits) and to explore the perceptions and the evaluation of participants regarding the program and its sessions, using quantitative and qualitative methodologies. Fifty-four adolescents (13-21 years old) from two schools (one of vocational education and another of regular education) participated in the program, and 38 of them completed self-report questionnaires pre- and post-intervention. Non-parametric tests for paired samples were used to compare, for participants from each school, pre- and post- intervention results on the Portuguese versions of Difficulties in Emotion Regulation Scale, the EPOCH Measure of Adolescent Well-Being, and some items from Health Behaviour in School-aged Children. Results show statistically significant improvements in one of the schools on the levels of optimism (EPOCH) and emotional clarity (DERS), and in the other school on the level of connectedness (EPOCH). There were also general improvements (values near of significance) in dimensions related to healthy eating (e.g., more consumption of soup) and school environment (e.g., more acceptance from other colleagues). The qualitative results showed very high levels of participant’s satisfaction and identification of relevant outcomes (e.g., learning about oneself and others). In conclusion, the evaluation of #EntreViagenseAprendizagens showed promising results. We suggest the review of some contents and its implementation with more adolescents from different schools.

Keywords: Prevention program, adolescents, emotional regulation, wellbeing, healthy lifestyles.

Índice Geral

Introdução	1
Parte I: Enquadramento teórico.....	3
1.1 Regulação emocional.....	4
1.2 Bem-estar	7
1.3 Estilos de vida saudáveis.....	9
1.3.1 Sono.....	10
1.3.2 Alimentação.....	12
1.3.3 Atividade Física.....	13
1.3.4 Consumo de álcool e tabaco	14
1.4 Programas de prevenção dirigidos a adolescentes	15
Parte II: Estudo empírico.....	21
Metodologia.....	22
2.1 Desenho da investigação.....	22
2.2 Objetivos e Hipóteses.....	22
2.3 Participantes.....	24
2.4 Instrumentos de recolha de dados.....	24
<i>Escala de Dificuldades de Regulação Emocional (EDRE).....</i>	<i>24</i>
<i>Medida de bem-estar na adolescência (EPOCH).....</i>	<i>25</i>
<i>Questionário Geral e Hábitos de Vida.....</i>	<i>26</i>
2.5. Programa de Intervenção #EntreViagenseAprendizagens.....	26
2.6 Procedimento	28
2.7 Análise de Dados.....	29
Parte III: Resultados.....	30
3.1 Relação entre as variáveis em estudo	31
3.2 Comparação dos participantes das duas escolas	35
3.3 Avaliação do impacto da participação no programa de prevenção	37
3.4 Análise da percepção dos participantes relativamente ao programa #EntreViagenseAprendizagens	39

Parte IV: Discussão dos resultados	42
Limitações do estudo e considerações futuras	47
Parte V: Conclusão	49
Referências bibliográficas	51

Índice de quadros

Quadro 1. Objetivos gerais das 10 sessões do programa #EntreViagenseAprendizagens e exemplo de atividades	27
Quadro 2. Coeficientes de correlação de Spearman entre as variáveis em estudo (N=54) ..	33
Quadro 3. Estatística descritiva e resultados do teste de comparação de médias (Teste de Mann-whitney) dos participantes das duas escolas (N=54)	35
Quadro 4. Resultado do teste de comparação de resultados pré- e pós-intervenção (Teste de Wicoxon) por escola (N=38)	37
Quadro 5. Avaliação das sessões por escola	39
Quadro 6. Principais aprendizagens proporcionadas pelo programa.....	40
Quadro 7. Aspectos mais valorizados no programa.....	41

Índice de Anexos

Anexo A – Pedido de Colaboração enviado às Escolas
Anexo B – Pedido de Autorização enviado aos Encarregados de Educação
Anexo C – Consentimento Informado
Anexo D – Protocolo de Investigação
Anexo E – Ficha de Avaliação das Sessões do Programa #EntreViagenseAprendizagens
Anexo F – Ficha de avaliação Global do Programa #EntreViagenseAprendizagens
Anexo G – Diploma

Introdução

A adolescência, enquanto período de transição entre a infância e a idade adulta, corresponde a uma fase da vida marcada por grandes mudanças a vários níveis, nomeadamente físico, biológico, sexual, psicológico e social. É nesta etapa do ciclo vital que surgem modificações ao nível da maturidade e alterações dos papéis sociais, intensificando-se o processo de construção da própria identidade e de valores pessoais, para o qual contribui a progressiva autonomização da família, quer em termos comportamentais, quer emocionais, e o maior envolvimento no grupo de pares e na comunidade (Newman, Harrison, Dashiff, & Davies, 2008). Apesar destas mudanças fomentarem o desenvolvimento pessoal do adolescente e lhe proporcionarem um crescimento tanto a nível comportamental como cognitivo, este período é também marcado por uma elevada vulnerabilidade, sendo que existem três aspetos que podem ser exacerbados nesta fase da vida, sendo eles, os comportamentos de risco, os conflitos com os pais e as perturbações de humor (Das et al., 2016). Durante a adolescência também ocorre o aumento da independência e de autonomia na tomada de decisões sobre práticas e comportamentos de vida, o que pode ser preocupante, uma vez que os adolescentes passam a ficar mais expostos a comportamentos de risco como consumo excessivo de álcool, tabagismo, sedentarismo e alimentação inadequada (Souza, Filho, Nogueira, & Júnior, 2011).

Sendo a adolescência marcada pela experimentação e definição de interesses, é também um período crucial para a ocorrência de experiências ótimas na vida diária (Tavares & Freire, 2017; Yeager, 2017). Daí ser fulcral apostar em abordagens que por um lado promovam o desenvolvimento óptimo/bem-sucedido, e por outro lado, previnam possíveis problemas (não normativos) que possam ocorrer, e que infelizmente se vão tornando cada vez mais comuns, como supra referido (e.g., depressão, consumo de substâncias, sedentarismo e obesidade). Nas abordagens com enfoque nesta etapa do ciclo de vida tem sido dado um maior relevo à resolução de problemas e não tanto à prevenção, sendo que a maioria das intervenções que existem não são dirigidas ao bem-estar de forma holística. Ou seja, ou o foco é na saúde mental (sobretudo o desenvolvimento de competências socioemocionais, como o auto-conceito, a auto-estima e a regulação emocional), ou o foco é na saúde física (e.g. promoção do exercício físico e alimentação saudável), sendo que raramente integram estas duas dimensões.

Deste modo, e de forma a preencher esta lacuna, foi recentemente desenvolvido o programa #EntreViagenseAprendizagens, que pretende promover o bem-estar dos adolescentes de uma forma mais integradora, prevenindo não só o envolvimento dos

adolescentes em comportamentos de risco e o desenvolvimento de psicopatologia, mas também promovendo a literacia em saúde, a adoção de comportamentos saudáveis e as virtudes de cada adolescente. Com esta dissertação, pretende-se avaliar a versão piloto do programa de intervenção #EntreViagenseAprendizagens, mais concretamente avaliar o seu impacto nas dimensões de bem-estar, regulação emocional e hábitos de vida (nomeadamente sono, alimentação, atividade física e consumo de álcool e tabaco) em dois grupos de participantes, adolescentes do 8º ano de escolaridade (ou equivalente), bem como a percepção dos mesmo em relação ao programa em geral e às várias sessões que o compõem.

A presente dissertação encontra-se dividida em cinco partes, iniciando-se com o enquadramento teórico, onde se apresenta uma revisão de literatura atualizada sobre as variáveis em estudo, como a regulação emocional, o bem-estar e os estilos de vida. A segunda parte explica a metodologia utilizada no estudo, especificando objetivos, hipóteses, amostra, instrumentos e procedimento utilizado. A terceira parte engloba os resultados das análises estatísticas e da análise temática efetuadas. A quarta parte contém a discussão dos resultados obtidos, as limitações metodológicas e sugestões para estudos futuros terminando com a conclusão.

Parte I: Enquadramento teórico

Na etapa da adolescência intensifica-se o processo de construção da própria identidade e de valores pessoais, juntamente com a progressiva autonomização da família, em termos comportamentais, emocionais, e sociais, e também um maior envolvimento no grupo de pares e na comunidade. Neste processo, e tendo em conta o momento atual que vivemos enquanto sociedade moderna ocidental, são vários os riscos que os adolescentes enfrentam, relacionados com o seu bem-estar físico e mental, como a alimentação pouco saudável, o sedentarismo, o envolvimento em comportamentos de risco ou a utilização excessiva das novas tecnologias. É, por isso, fundamental apostar no desenvolvimento de programas que previnam, por um lado, o desajustamento socioemocional (e.g., problemas de internalização e de externalização) e os comportamentos de risco (e.g., consumo de álcool e tabaco, sedentarismo), e por outro, que promovam o desenvolvimento de competências socioemocionais e de estilos de vida saudáveis e o seu bem-estar global (Conselho Nacional de Saúde, 2018).

1.1 Regulação emocional

Nas últimas décadas a investigação tem vindo a mostrar, de forma consistente, que uma das componentes essenciais para um desenvolvimento bem sucedido é aprender a regular as respostas emocionais e comportamentos relacionados de formas socialmente adequadas e adaptativas (Freire & Tavares, 2011; Lenz, Conte, Hollenbaugh, & Callendar, 2016; Thompson, 1991).

A regulação emocional é entendida como um construto multidimensional geralmente definido como a capacidade de identificar, compreender e aceitar experiências emocionais, controlar comportamentos impulsivos em condições de stress e adequar as respostas emocionais às diferentes situações (Bariola, Gullone, & Hughes, 2011; Gouveia, Canavarro, & Moreira, 2017; Gross & Barrett, 2011; Koole, 2009; Lenz et al., 2016; Thompson, 1991; Vara et al., 2016; Yeager, 2017; Zamith-Cruz, 2012). Assim, a regulação emocional refere-se aos processos intrínsecos (e.g., cognições) e extrínsecos (e.g., suporte dos pais) através dos quais os indivíduos influenciam, experienciam e expressam as emoções de forma a atingir os seus objetivos (Bariola et al., 2011). Mais concretamente, os mecanismos de regulação emocional modulam a expressão de emoções específicas, positivas e negativas, e as dinâmicas emocionais (e.g., intensidade, duração, labilidade), uma vez que as emoções se constituem como processos multidimensionais que ocorrem ao longo do tempo (Koole, 2009). Finalmente, destaca-se uma outra componente da regulação emocional, os processos cognitivos e comportamentais

específicos envolvidos na modulação e manutenção das experiências emocionais, sendo referidos na literatura como estratégias de regulação emocional (Gross & Thompson, 2007).

Os indivíduos com capacidades para regular as suas emoções têm um maior repertório de respostas adaptativas e socialmente aceites, que contribuem para um funcionamento psicológico saudável (Tavares & Freire, 2017; Thompson, 1991). Pelo contrário, na ausência ou défice de capacidade de regulação emocional, os indivíduos podem experienciar um risco maior de desenvolver psicopatologia (e.g., problemas internalizantes e externalizantes) e mesmo taxas de comorbidade mais elevadas entre diagnósticos (e.g., abuso de substâncias, ansiedade, comportamento agressivo, depressão, perturbações do comportamento alimentar), o que faz com que as dificuldades de regulação emocional sejam um indicador transdiagnóstico do risco psicopatológico (Gouveia et al., 2017; Tavares & Freire, 2017). Efetivamente, existe já uma grande associação comprovada entre os défices de regulação emocional e a maioria das perturbações psicopatológicas, nomeadamente a depressão que por definição envolve défices na regulação de emoções negativas ou a dificuldade em manter estados emocionais positivos (Silva & Freire, 2014). O que torna evidente a relação entre as dificuldades na regulação emocional e a depressão, e o facto de estas cada vez mais, serem associadas a sintomas depressivos (Gonçalves et al., 2019). A perturbação depressiva major começa a aumentar no início da adolescência e está associada a um comprometimento significativo (e.g., suicídio). Esta perturbação aumenta acentuadamente na fase inicial da adolescência, com taxas de prevalência de 12 meses, quase duplicando aos 13 anos, para 16 meses. Este aumento é de grande preocupação social, dadas as consequências desta perturbação depressiva, uma vez que adolescentes que padecem desta perturbação são mais propensos a tentar o suicídio, assumir riscos impulsivos (e.g., relações sexuais desprotegidas) e envolverem-se em comportamentos de risco, nomeadamente no uso de substâncias (e.g., drogas). Estas consequências tornam-se ainda mais preocupantes uma vez que estão presentes também nos níveis subclínicos de sintomas depressivos (Gonçalves et al., 2019). No seu estudo longitudinal, Gonçalves et al., (2019), verificaram que de facto as dificuldades de regulação emocional no início da adolescência (um ano após preencherem a primeira vaza de questionários) previram os sintomas depressivos 2 anos depois. Verificaram ainda que o género influencia as dificuldades gerais de regulação emocional, na medida em que estas, no Tempo 1 foram mais fortemente associadas concomitantemente com sintomas depressivos para raparigas do que rapazes. Isto mostra que de facto os rapazes têm uma relação mais fraca entre dificuldades de regulação emocional e sintomas depressivos, comparativamente com as raparigas. Os autores explicam que as dificuldades de regulação emocional são mais importantes para as raparigas do que para

os rapazes, e que existem vários fatores que poderão explicar este fenómeno, nomeadamente o facto de os rapazes experimentarem menos eventos negativos de vida, devido às mudanças que aparecem na puberdade e ao sexismo (e.g., menos assédio sexual e menos insatisfação corporal) que requerem autoregulação, e o facto de as próprias estratégias de regulação emocional utilizadas pelos rapazes e raparigas serem diferentes (e.g., as raparigas utilizam muito mais a ruminação que os rapazes e em contrapartida os rapazes utilizam mais a recompensa).

A literatura apresenta a capacidade de regular as emoções como uma componente central para a saúde mental. A desregulação emocional, definida como a ausência ou dificuldade na utilização de estratégias adaptativas para regular as respostas emocionais, é identificada como uma característica presente em mais de metade das perturbações mentais descritas no Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (Silva & Freire, 2014). Não é de admirar por isso que, quanto maiores as dificuldades de regulação emocional, menores os níveis de bem-estar (Freire & Tavares, 2011; Raposo, 2019).

Apesar da capacidade de regulação emocional constituir, sobretudo, objeto de investigação em crianças e adultos, a adolescência constitui uma fase do ciclo de vida de particular importância para avaliação dos seus processos e correlatos. Isto porque os indivíduos não são agentes passivos que simplesmente experienciam emoções, já que diariamente são capazes de influenciar que tipo de emoções têm, quando as têm e como as experienciam e expressam (Silva & Freire, 2014). As diferentes alterações experienciadas no domínio cognitivo, emocional, e neurológico durante a adolescência contribuem para uma maior capacidade e necessidade de utilização de estratégias de regulação emocional com eficácia. Esta reorganização dos sistemas regulatórios característica da adolescência pode constituir-se como risco ou por outro lado como oportunidade de desenvolvimento (Bariola et al., 2011; Silva & Freire, 2014), e por isso é de extrema importância que se promova esta capacidade, uma vez que a evidência recente tem defendido que a capacidade de uma regulação emocional bem sucedida promove o funcionamento emocional e psicossocial saudável e adaptativo (Thompson, 1991).

Os pais são importantes agentes de socialização no desenvolvimento emocional dos seus filhos, desempenhando um papel crucial no sentido da sua promoção e facilitação (Bariola et al., 2011; Thompson, 1991). Um estudo recente desenvolvido com adolescentes portugueses revelou que as dificuldades de regulação emocional relacionam-se com níveis mais elevados de conflito e menores níveis de apoio e coesão no contexto familiar (Raposo, 2019), apoiando estudos anteriores que afirmam que o conflito entre os vários elementos da família pode ser

disruptivo para o funcionamento familiar e deteriorar o clima emocional (Bariola et al., 2011; Silva & Freire, 2014).

A percepção dos níveis de felicidade, quer em termos globais, quer por domínios, parece incluir dimensões psicológicas relacionadas com objetivos, motivações, autonomia e autorrealização e construção de significados. Desse modo, os adolescentes que usam a reavaliação cognitiva no processo de regulação emocional, procurando modificar o significado das situações, parecem, sobretudo, ser mais felizes (Freire & Tavares, 2011). Alguns autores defendem que existem estratégias de regulação emocional mais adequadas que outras, como por exemplo, a resolução de problemas, a procura de suporte social e a reinterpretção positiva das situações, sendo estas muitas vezes estratégias adaptativas. Por outro lado, o evitamento e a negação mostram-se como sendo as menos adaptativas e menos adequadas (Pascual, Conejero, & Etxebarria, 2016). Apesar disto, Pascual et al. (2016) salientam que existem estratégias que são benéficas para certas pessoas em determinadas situações e que poderão não o ser para outras pessoas noutras condições ou situações diferentes.

Muitos estudos mostram diferenças de género no que toca às estratégias usadas na regulação emocional, sugerindo que os rapazes/homens são mais propensos a usar estratégias como lidar diretamente com a situação (e.g., aceitação) ou negá-la completamente, enquanto que as raparigas/mulheres são mais propensas a lidar com as situações emocionalmente, partilhando-as com a família e os amigos (e.g., estratégias que incluam expressão verbal, procura específica de suporte emocional e ruminação; Pascual et al., 2016). Diferenças de género têm sido também relatadas nas percepções e expressões de emoções e consequentemente no comportamento dos adolescentes, sendo que vários estudos demonstraram que muitos fatores de risco e proteção operam de maneira diferente em rapazes e raparigas (Gonçalves et al., 2019; Silva & Freire, 2014).

1.2 Bem-estar

O *continuum* de saúde mental varia entre *flourishing* e *languishing*, passando pela saúde mental moderada (Keyes & Annas, 2009). Assim, os indivíduos em *flourishing* apresentam elevados níveis de bem-estar e sentem-se bem com a sua vida, experimentando emoções positivas e revelando um nível óptimo de funcionamento emocional, social e psicológico. Por sua vez, os indivíduos no extremo *languishing*, possuem baixos níveis de bem-estar subjetivo descrevendo a sua vida como “oca e vazia”, não se vendo a eles próprios como funcionais, uma vez que apresentam mais problemas emocionais, comprometimento psicossocial e limitação

nas atividades diárias (Seligman, 2011). Os indivíduos que se encontram algures no meio do *continuum* possuem um nível de saúde mental moderado (Keyes & Annas, 2009; Norrish, Williams, O'Connor, & Robinson, 2013; Seligman, Steen, Park, & Peterson, 2005).

Alguns estudos mostram que, ainda que a maioria dos adolescentes não estejam com problemas de saúde a nível clínico (e.g., depressão), há uma grande maioria que reporta problemas a nível da saúde mental, o que mostra que a maioria dos adolescentes apresentam apenas níveis moderados de saúde mental, apontando para a necessidade de promover o bem-estar nesta população (Norrish & Vella-Brodick, 2009).

Seligman (2011) introduziu o modelo PERMA de *flourishing*, no qual o bem-estar psicológico é definido por cinco pilares, sendo eles: emoções positivas, envolvimento, significado, relações positivas, e realização pessoal (Seligman, 2011). Ao aplicar este modelo aos mais jovens (adolescentes), o mesmo sofreu algumas alterações de forma a tornar-se mais adequado aos mesmos, resultando num modelo com cinco características um pouco diferentes (EPOCH), que juntas suportam níveis mais altos de bem-estar: envolvimento, perseverança, otimismo, “connectedness”¹ felicidade (Kern, Benson, Steinberg, & Steinberg, 2015).

O envolvimento refere-se a sentir-se “absorvido”, interessado e envolvido numa atividade ou no mundo em si. Altos níveis de comprometimento e envolvimento são conhecidos como “flow”, no qual a pessoa está tão absorvida na atividade em si que perde o sentido do tempo (Csikszentmihalyi & Hunter, 2003). A perseverança refere-se a ter a tenacidade de manter e perseguir um objetivo, apesar de quaisquer desafios que possam surgir. Relaciona-se com o facto de se terminar o que se começa, mesmo que demore mais que o planeado. O otimismo refere-se ao sentimento de esperança, confiança e uma visão favorável sobre o futuro, pelo que eventos negativos são vistos como temporários e específicos para a situação, acreditando que as coisas vão funcionar de uma maneira positiva. “Connectedness” refere-se a sentir-se amado, apoiado e valorizado pelos outros. Por último, a felicidade é um sentimento global, de satisfação com a vida e contentamento, e não “estar sempre feliz” (Kern et al., 2015). As emoções positivas têm um papel importante no bem-estar e no funcionamento adaptativo, isto porque têm sido associadas a um sistema imunológico mais saudável, à redução do impacto negativo de situações adversas e a níveis mais baixos de ansiedade e depressão, estando também relacionadas com uma maior sociabilidade e uma perspectiva mais otimista

¹ A tradução literal desta palavra seria “conexão”, no entanto optou-se por utilizar o termo em Inglês por ser mais adequado.

sobre o futuro (Orkibi, Hamama, Gavriel-Fried, & Ronen, 2018; Seligman, 2011; Seligman, Ernst, Gillham, Reivich, & Linkins, 2009).

A investigação sobre o bem-estar dos adolescentes tem revelado que diferentes aspetos das suas vidas, tanto social como escolar e familiar, contribuem para um aumento ou diminuição do mesmo. Por exemplo, Matos e Carvalhosa (2001), quando exploraram a influência do ambiente escolar na percepção de bem-estar dos adolescentes, verificaram que existe uma relação direta entre o ambiente escolar e o bem-estar, confirmando estudos prévios onde esta associação já tinha sido sublinhada. As autoras demonstraram ainda que níveis mais elevados de bem-estar estão associados a níveis mais elevados de percepção de suporte social, nomeadamente fornecido pela própria família, através de um ambiente familiar positivo e afetuoso (Matos & Carvalhosa, 2001). Outros estudos mostram também que para além da qualidade de vida estar relacionada com os níveis de bem-estar, estes dois constructos influenciam significativamente os níveis de saúde, no sentido em que são interdependentes (Buss, 2005). Já Raposo (2019) verificou que o bem-estar tem uma função mediadora entre as dificuldades de regulação emocional, clima familiar e percepção da qualidade da relação com os pais e pares, e os problemas de internalização. Sendo o bem-estar um constructo muito relevante no desenvolvimento psicossocial dos adolescentes, e tendo impacto em vários âmbitos e contextos do quotidiano destes, é de extrema importância promovê-lo junto dos adolescentes, com o intuito de melhorar o ajustamento psicossocial e a qualidade de vida destes (Raposo, 2019).

A adolescência é o período onde surgem as maiores oportunidades e desafios associados à saúde, sendo também a fase de transição onde os jovens se encontram mais suscetíveis à influência do ambiente. Este tem um papel fulcral na sua saúde, na medida em que diversos indicadores apresentam um pico ao longo da adolescência, sendo exemplo os comportamentos de risco, como o consumo de drogas, as relações sexuais desprotegidas ou as influências negativas dos pares (Tomé, Camacho, Matos, & Simões, 2015). Estes e a família têm por isso, um papel essencial para a promoção da saúde ao longo da adolescência, assim como a percepção que os jovens têm da sua qualidade de vida e bem-estar subjetivo (Tomé et al., 2015).

1.3 Estilos de vida saudáveis

Segundo Matos et al. (2018), os comportamentos são determinantes cruciais para melhorar os resultados de saúde, sendo os mais importantes a atividade física, uma dieta saudável, o consumo moderado de álcool, não fumar, e as horas de sono adequadas.

Um estilo de vida saudável deve ser uma combinação de todos esses comportamentos, e a literatura tem comprovado que os comportamentos de saúde/ risco tendem a agrupar-se, o que demonstra de facto a importância da promoção dos comportamentos e estilos de vida saudáveis.

Num estudo com adolescentes portugueses, Matos et al. (2018) verificou-se que o desenvolvimento positivo dos jovens tem uma associação significativa com comportamentos relacionados com estilos de vida saudáveis (e.g., alimentação saudável e atividade física) e variáveis psicossociais (e.g., auto-regulação, resiliência e ansiedade).

1.3.1 Sono

O sono é uma necessidade básica que influencia e é simultaneamente influenciada pela diversidade de atividades, papéis e contextos de vida, assumindo particular importância nos adolescentes (Pinto, Pinto, Rebelo-Pinto, & Paiva, 2016). O sono dos adolescentes tem características próprias e é influenciado pelos hábitos de vida da sociedade moderna, que frequentemente perturbam um ritmo saudável de sono e vigília (Pereira, Teixeira, & Louzada, 2017; Pinto et al., 2016). Com efeito, o estilo de vida moderno torna-se por vezes incompatível com uma boa higiene do sono, na medida em que convida constantemente os adolescentes a adoptar comportamentos contraditórios com a higiene e qualidade do sono (e.g., exigências escolares, sociais e familiares a que estão sujeitos), e, por falta de interesse ou de conhecimentos sobre o assunto, é frequente que os jovens não o valorizem, agravando progressivamente a sua dívida de sono (Owens, 2014).

No padrão de sono típico dos adolescentes, verifica-se uma tendência para a privação crónica de sono de grandes dimensões e um atraso na hora de dormir (Kronholm et al., 2015; Pinto et al., 2016). Dormir constitui uma necessidade homeostática, essencial à vida com saúde e ao bom funcionamento orgânico, cognitivo e emocional. No entanto, o sono é muitas vezes desvalorizado socialmente, em especial entre os jovens, para os quais os problemas de sono assumem particular gravidade, pela influência que têm na sua qualidade de vida e pelas consequências que acarretam para a sua saúde e desenvolvimento (Kronholm et al., 2015). Prova disso é o facto da privação de sono na adolescência, estar altamente relacionada com agressividade, ansiedade, depressão, violência, défices de atenção, insucesso escolar, acidentes, abuso de substâncias e comportamentos de risco mais acentuados (Roberts & Duong, 2014). No domínio das consequências para a saúde, destacam-se o aumento do risco de acidentes e também o aumento de probabilidade de doenças como diabetes, hipertensão,

obesidade, depressão ou insônia, para além de variações de humor e aumento de sonolência diurna. Fatores de natureza fisiológica, mas também de natureza psicossocial têm sido invocados para explicar a crescente privação de sono entre os jovens (Pinto et al., 2016).

Kronholm et al. (2015) procuraram investigar as tendências de longo prazo nos sintomas de insônia, cansaço e desempenho escolar entre adolescentes finlandeses. Entre 1984 e 2011 um total de 1 136 583 adolescentes com idades entre 11 e 18 anos responderam a um questionário padronizado avaliando a frequência desses sintomas. Os investigadores observaram uma tendência crescente, aproximadamente do dobro, nos sintomas de insônia e cansaço, em ambos os sexos, até ao final da primeira década do século XXI. Depois disso, a tendência crescente reverteu ligeiramente, o que não deixa de ser alarmante pois muitas vezes estes problemas de sono apontam para problemas de saúde e bem-estar. Os sintomas de insônia e cansaço foram associados ao menor desempenho escolar e foram mais prevalentes entre as raparigas (11,9 e 18,4%) em relação aos rapazes (6,9 e 9,0%, respetivamente). Outros estudos reforçam esta relação entre o sono, a saúde e o bem-estar, salientando que uma quantidade reduzida de sono aumenta o risco de depressão maior, o que, por sua vez, aumenta o risco de diminuição do sono. A investigação tem demonstrado que os défices de sono são consistentemente associados à depressão, tanto a depressão maior como os sintomas depressivos, embora o efeito fosse menos robusto para os sintomas (Owens, 2014; Pinto et al., 2016).

Segundo Owens (2014), existem vários fatores que contribuem para o sono insuficiente nos adolescentes, sendo eles: o uso de dispositivos eletrónicos (e.g., televisão, telemóveis, tablets), que tem sido associado a menos horas de sono à noite e maior grau de sonolência durante o dia; as horas a que a escola começa, porque alunos que começam as aulas mais tarde relatam que acordam mais tarde, têm mais horas de sono por dia, menos sonolência diurna, menos atrasos, menos dificuldades de atenção/ concentração e melhor desempenho académico, em comparação com alunos em escolas que começam mais cedo; e por fim, o uso de cafeína, uma vez que a maior ingestão de cafeína a partir dos 12 anos de idade está associada a uma menor duração do sono, aumento da latência do início do sono, aumento do tempo de despertar após o sono e aumento da sonolência diurna.

As intervenções preventivas na área do sono mostram-se por isso fundamentais de forma a prevenir que estas dificuldades em dormir evoluam para problemáticas de sono de natureza crónica.

1.3.2 Alimentação

A alimentação adequada e equilibrada é um hábito fundamental da vida diária que permite conservar e melhorar a qualidade de vida relacionada com a saúde. Atualmente, conhecem-se bem os grupos de alimentos que fazem parte de uma dieta saudável, e apesar da extensa evidência científica que sustenta os benefícios para a saúde da alimentação saudável, os países desenvolvidos enfrentam, como um dos grandes problemas de saúde pública do século XXI, a adoção de comportamentos alimentares pouco saudáveis desde idades muito precoces (Pérez-López, Sánchez, & Delgado-Fernández, 2015).

A descrição das práticas alimentares adotadas atualmente na adolescência tem correspondido a dietas ricas em gorduras, açúcares e sódio, com ingestão reduzida de frutas e hortaliças. Este quadro está relacionado com a manifestação cada vez mais precoce de doenças crônicas entre os adolescentes (e.g., obesidade, diabetes), o que tem um grande impacto na saúde pública (Toral, Conti, & Slater, 2009).

A adolescência, é o período da vida fulcral para a adoção de um estilo de vida saudável, pois proporciona a formação de hábitos e atitudes, inclusive os hábitos alimentares. A monitorização da qualidade dos alimentos consumidos durante a infância e adolescência tornam-se importantes por pouco se conhecer sobre os fatores promotores de mudanças no comportamento alimentar e ser frequente a prática de jejum, dietas irregulares e restritas, consumo compulsivo ou frequente de alimentos altamente energéticos, ricos em açúcares e gorduras, em substituição de alimentos saudáveis durante esta fase. Tais práticas correspondem aos principais fatores responsáveis pela expressão do atual quadro epidemiológico de sobrepeso, obesidade, carências nutricionais, doenças crônicas não transmissíveis e comportamentos de risco para transtornos alimentares durante a infância e adolescência (Silva, Frazão, Osório, & Vasconcelos, 2015).

Silva et al. (2015), num estudo que realizaram sobre a percepção dos adolescentes na prática de alimentação saudável, verificaram que embora os adolescentes do estudo tenham apresentado conhecimento sobre alimentação equilibrada e saudável (e.g., sabem quais os alimentos que devem ingerir em maiores quantidades e que são mais nutritivos vs. aqueles que fazem mal), tal não basta para a aplicação de tais conhecimentos. Isto pode dever-se à facilidade de acesso a alimentos nutricionalmente inadequados, o que tem provocado um distanciamento entre o conceito e a prática alimentar dos adolescentes, por elevar o consumo de lanches não nutritivos como *fastfood* e guloseimas, em substituição das principais refeições (Silva et al., 2015).

1.3.3 Atividade Física

Apesar da vasta evidência científica de que a atividade física regular tem importantes e amplos benefícios para a saúde (e.g., redução do risco de doenças crônicas como as doenças cardíacas e Diabetes tipo 2; aumento da função e preservação da função com a idade), e os profissionais de saúde e o público em geral reconhecerem que ter uma vida fisicamente ativa é uma parte importante da vida saudável para crianças e jovens (Janssen, 2007), o sedentarismo continua a ser um dos grandes problemas de saúde pública do século XXI (Blair, 2009).

Em crianças e adolescentes, um maior nível de atividade física contribui não só para melhorar o perfil lipídico e metabólico, mas também para reduzir a prevalência de obesidade. À semelhança de outros hábitos de vida (e.g., sono, alimentação), estes perpetuam-se ao longo da vida, pelo que é mais provável que uma criança fisicamente ativa se torne num adulto também fisicamente ativo. Consequentemente, e de um ponto de vista de saúde pública, a promoção do exercício em idades mais precoces permite estabelecer uma base sólida para a redução da prevalência do sedentarismo na idade adulta, contribuindo desta forma para uma melhor qualidade de vida (Lazzoli et al., 2011).

O avançar da idade é acompanhado de uma tendência a um declínio do gasto energético médio diário à custa de uma menor atividade física. Isso decorre basicamente de fatores comportamentais e sociais como o aumento dos compromissos estudantis e/ou profissionais (Lazzoli et al., 2011), daí ser tão importante inculcar o gosto e os hábitos desportivos logo desde idades precoces, para que assim as pessoas sejam ativas a sua vida inteira.

Alguns dos fatores que atualmente contribuem para um estilo de vida menos ativo são: (1) a disponibilidade de tecnologia; (2) o aumento da insegurança, comum nesta etapa da vida, dado que existe uma grande quebra da atividade física por parte dos jovens, começando também a aparecerem os problemas de risco para transtornos alimentares devido a inseguranças com o próprio corpo (Silva et al., 2015); e (3) a progressiva redução dos espaços livres nos centros urbanos, o que provoca uma progressiva diminuição das oportunidades de lazer e de uma vida fisicamente ativa, favorecendo atividades sedentárias, como ver televisão, jogar vídeo-jogos e utilizar computadores (Lazzoli et al., 2011).

Muitos estudos têm demonstrado a relação positiva entre a prática de exercício físico e melhores níveis de saúde mental, bem como o contributo do exercício físico para o aumento de bem-estar, quer físico quer mental. Por exemplo, Fernandes (2018) verificou uma relação positiva direta entre a atividade física regular e elevados níveis de autoestima e satisfação corporal, sendo que as relações entre a prática de atividade física e as dimensões de bem-estar

psicológico e ansiedade social (em adolescentes) são principalmente mediadas pela autoestima. Verificou também a existência de um efeito mediador indireto da satisfação corporal nas dimensões de aceitação de si e medo de avaliação negativa por parte de outros, e ainda, um efeito de mediação parcial da autoestima na relação entre atividade física e os objetivos de vida (Fernandes, 2018). Estes resultados são de extrema importância uma vez que, sendo a adolescência um período crítico para a construção da identidade, a definição dos objetivos de vida é uma componente fulcral no desenvolvimento saudável dos adolescentes. A promoção de capacidades de superação e o envolvimento com agentes sociais significativos (treinadores, colegas e pais), bem como as melhorias no rendimento académico decorrentes da prática de atividade física, poderão explicar esta relação direta entre a atividade física e objetivos de vida (Souza et al., 2011).

1.3.4 Consumo de álcool e tabaco

A investigação tem demonstrado as diversas consequências lesivas para a saúde física e mental e baixos níveis de bem-estar consequentes de consumos de substâncias nocivas, como o álcool e o tabaco.

Para além de aumentar a dependência na idade adulta, o consumo de álcool na adolescência associa-se frequentemente a comportamentos de risco (e.g., relações sexuais desprotegidas, acidentes de viação), ao baixo rendimento escolar (manifestando-se através de maior número de faltas, problemas de atenção e memória), a problemas sociais (e.g., relacionamentos com outros usuários e envolvimento em atividades ilegais) e a determinadas características de personalidade (e.g., intolerância à frustração, agressividade e impulsividade) (Brito et al., 2015; Malbergier, Cardoso, & Amaral, 2012; OMS, 2011). Importa ainda referir que os jovens portugueses são frequentemente associados a um início precoce de uso de álcool comparativamente com jovens de outros países da Europa, e embora haja uma baixa taxa de embriaguez, há uma alta taxa de consumo regular (Aventura Social, 2016).

O consumo excessivo de álcool está associado a uma grande diversidade de problemas, desde os de ordem orgânica e funcional de sistemas do corpo, até aos de ajustamento social, todos eles provocados por modificações neuroquímicas que causam défices no controlo dos impulsos (Strauch, Pinheiro, Silva, & Horta, 2009). Os principais problemas do universo dos adolescentes estão associados ao baixo desempenho escolar, dificuldades de aprendizagem, violência, maiores dificuldade no desenvolvimento e estruturação de capacidades cognitivo-

comportamentais e emocionais. Mais grave destaca-se a morte violenta provocada por acidentes com veículos automotores (Filho, Ferreira, Gomes, Silva, & Santos, 2007).

Por sua vez, o tabaco, geralmente é a primeira droga consumida por crianças e adolescentes. Frequentemente, fumar começa na fase inicial da adolescência (13,5 anos), sendo a probabilidade de fumar significativamente maior em adolescentes que têm outros comportamentos de risco, como o consumo ilegal de drogas e álcool, o que de facto mostra que todos estes comportamentos de risco estão interligados. Outro fator de risco para o consumo de tabaco é estar inserido em ambientes onde as pessoas fumam, sejam familiares (e.g., irmãos, pais ou cuidadores) ou o grupo de pares (Ferreira & Torgal, 2010). Com fortes impactos na saúde e vida dos jovens, sendo mesmo considerado a principal causa de morte evitável entre a população jovem, o consumo de tabaco constitui também um importante risco para o consumo de álcool e drogas ilícitas (Aventura Social, 2016), como se fosse uma porta de entrada para o consumo de outro tipo de drogas.

O tabaco é um dos fatores associados aos altos índices de problemas pulmonares (e.g., tosse, expetoração, pneumonia, bronquospasmo), cancro e consequências adicionais na função reprodutiva e na gravidez. No entanto, como tais agravantes à saúde geralmente só ocorrem na idade adulta, os adolescentes, por não se identificarem com tais problemas ou por associarem os mesmos a um futuro longínquo, aderem a estes hábitos na certeza de que estão imunes aos problemas ocasionados por estes consumos (Filho et al., 2007). É comum que aqueles que já experimentaram tabaco, ou que mantenham um consumo regular, revelem ser menos felizes, reportem um maior número de sintomas de mal-estar físico e psicológico, alimentação menos saudável, dietas mais frequentes, e ainda, maior insatisfação com a imagem corporal (Matos et al., 2001).

Aliado a todas estas consequências já bem reportadas na literatura, estes comportamentos de risco na adolescência muitas vezes configuram-se como hábitos persistentes para a vida adulta, daí ser tão importante apostar na prevenção.

1.4 Programas de prevenção dirigidos a adolescentes

Sendo o objetivo deste trabalho avaliar um programa piloto de promoção de competências socioemocionais e de estilos de vida saudáveis (e prevenção de desajustamento socioemocional) em adolescentes, é fulcral perceber que tipo de programas e atividades têm sido desenvolvidos nesta âmbito, tanto a nível nacional como a nível internacional.

A escola, sendo o contexto onde os adolescentes passam a maior parte do seu tempo ativo (cerca de 30 a 35 horas por semana), é um dos ambientes mais importantes para o desenvolvimento, sendo por isso um local de eleição para iniciativas de promoção do bem-estar (Norrish et al., 2013; Seligman et al., 2009). No entanto, é importante que estas iniciativas e programas estejam adaptados à faixa etária da população-alvo, quer em termos de conteúdo quer em termos da forma como são apresentados. Segundo Yeager (2017), os programas de promoção de competências socioemocionais, que ensinam diretamente capacidades aos adolescentes e os convidam a ensaiar essas capacidades ao longo de algumas sessões, têm um histórico insatisfatório com adolescentes (idades entre os 14 e os 17 anos) no geral, comparativamente com os mesmos programas implementados com crianças mais novas. Segundo Yeager (2017) tal acontece porque muitas vezes os programas dirigidos aos adolescentes são simplesmente versões “envelhecidas” de programas infantis, deixando de captar a atenção dos adolescentes, tanto no que dizem como na forma como o dizem.

Em Portugal a Saúde Escolar centra-se no processo de promoção e educação para a saúde na escola, visando contribuir para mais saúde, mais educação, mais equidade e maior participação e responsabilização de todos com o bem-estar e a qualidade de vida de crianças e jovens. Neste sentido, a Saúde Escolar assume-se como um programa de extraordinária relevância, não apenas pelo seu papel na promoção de saúde, mas também pelo seu contributo para a criação de condições ambientais e de relação na escola, favorecedoras da saúde e do bem-estar da população escolarizada (Conselho Nacional de Saúde, 2018). Neste âmbito, existem vários programas que visam combater os problemas e as dificuldades das crianças e jovens atualmente, utilizando o meio escolar como meio privilegiado para realizar estas mesmas ações.

Como já referido anteriormente, as abordagens com enfoque na adolescência, têm dado mais importância à resolução de problemas e não tanto à prevenção, sendo que a grande maioria das intervenções que existem focam a saúde física ou a saúde mental.

No que concerne à saúde física, os programas têm mostrado que os efeitos da prática de atividade física, para além de melhorarem a capacidade física e o interesse dos adolescentes pela sua prática e por um estilo de vida mais saudável (e.g., alimentação saudável). Promovem também a capacidade de superação e o envolvimento com agentes sociais significativos (e.g., treinadores, colegas e pais), apresentando até melhorias em termos do rendimento académico, na medida em que parecem ajudar os adolescentes a serem mais organizados e mais conscientes no processo de definição de objetivos de vida (Souza et al., 2011). A maioria das iniciativas de programas de atividade física tem como objetivo principal ampliar o conhecimento sobre a sua

prática e os seus benefícios, assim como aumentar o próprio nível de atividade física (Ferreira & Najjar, 2005). Para isso, são dados a conhecer quais os benefícios da prática de exercício físico, tentando sempre perceber quais os facilitadores da adesão a estes comportamentos de saúde (e.g., ambiente, proximidade de estabelecimentos, facilidade de acesso, etc.). Para aumentar os níveis concretos da prática de exercício físico os programas tentam chegar aos gostos dos jovens, ensinando competências específicas de uma modalidade em particular, ou competências específicas relacionadas com o desporto em geral, procurando sempre o aumento e a melhoria do desempenho físico. Apesar destes programas serem mais escassos que os de saúde mental, o desporto é sem dúvida alguma um contexto privilegiado porque, por um lado, parece ser um domínio onde os jovens de ambos os sexos consideram ser importante estarem envolvidos, e, por outro, para muitos adolescentes, à medida que o seu interesse e envolvimento no desporto aumenta, aumenta também a sua preocupação com o desempenho e competência, o que torna o desporto um bom exemplo de competência pessoal e, conseqüentemente, uma analogia eficaz para ensinar competências para uma vida bem-sucedida (Dias, Cruz, & Danish, 2001).

No que diz respeito à saúde física, existe atualmente em vigor, o programa FITescola®. O programa FITescola® é uma plataforma online, gratuita, que resulta de uma parceria entre a Direção-Geral da Educação e a Faculdade de Motricidade Humana (Universidade de Lisboa) e tem como objetivo a promoção de estilos de vida saudáveis, educando os jovens para serem fisicamente ativos, permitindo também a avaliação da aptidão física e da atividade física de crianças e adolescentes através da aplicação de uma bateria de testes selecionados para o efeito. A plataforma destina-se a todos os alunos do ensino básico e secundário, sendo a sua utilização extensiva aos técnicos de saúde e autarquias. O FITescola® tem um conjunto variado de recursos educativos no âmbito da aptidão física, os hábitos desportivos, a saúde e o bem-estar dos alunos, a hidratação, a nutrição, a atividade física, e disponibiliza também materiais pedagógicos que podem facilitar o aconselhamento dos professores e a combater os comportamentos sedentários. Além dos professores e dos alunos, é necessária a participação ativa dos encarregados de educação, permitindo o acompanhamento dos alunos por parte das famílias e ajudando, assim, a melhorar o processo educativo.

De salientar que os programas com foco na saúde física não se restringem somente à promoção da atividade física propriamente dita, esta promoção passa também pelos programas de alimentação saudável, educação sexual e promoção de bons hábitos de sono. Nos estudos que tiveram somente os componentes alimentares e/ou classificação do estado nutricional como foco da intervenção, os principais resultados foram a redução do consumo e da preferência por

alimentos de alto valor calórico, melhoria no conhecimento sobre alimentação e nas práticas alimentares saudáveis (consumo diário de desjejum e a ingestão de verduras no almoço e jantar). Neste tipo de programas podem ser destacadas três ações de intervenção como as mais utilizadas na discussão da importância da alimentação para a saúde na infância e adolescência: jogos e histórias sobre nutrição, apresentação de vídeos e palestras, e a distribuição e/ou confecção de material educativo acerca da alimentação saudável (Souza et al., 2011). Estas ações procuram promover o conhecimento e/ou atitudes positivas face à alimentação saudável, abordando temas como a importância dos alimentos em diversas funções do organismo, a importância de saber ler o valor nutricional dos alimentos e a elaboração de refeições e lanches conforme as recomendações alimentares propostas pela “Roda dos alimentos” (Arribas, Saavedra, Pérez-Farinós, & Villalba, 2007). No que concerne à saúde reprodutiva, os programas têm promovido as discussões e o fornecimento de informação sobre os métodos contraceptivos, as doenças sexualmente transmissíveis (Souza, Santos, Shikako, Sueur-maluf, & Carvalho, 2017), a identidade de gênero e a orientação sexual (através de debates, reforço da autoestima e autonomia), a afetividade, nomeadamente a diferença entre desejo sexual atração e paixão (através de *role-playing* e exercício de expressão e comunicação de afetos) e a ética nas relações (para prevenir os abusos sexuais ou a violência sexual, nomeadamente através de dilemas) (Berne & Huberman, 2000). Outros programas neste âmbito têm ainda abordado questões sobre a fertilidade e como os hábitos e os estilos de vida poderão afetar a mesma (Heywood, Pitts, Patrick, & Mitchell, 2016). Já no que diz respeito aos programas de promoção de hábitos saudáveis de sono, o foco é maioritariamente fornecer informação, sensibilizar para a sua importância e sobretudo, motivar os adolescentes a adotarem mudanças comportamentais, pois estes programas muitas vezes não são eficazes devido à falta de motivação e de importância que é dada a este assunto (Cassoff, Knäuper, Michaelsen, & Gruber, 2013).

No que diz respeito aos programas focados na saúde mental, mais especificamente os programas de promoção de competências socioemocionais, estes têm demonstrado efeitos benéficos nos adolescentes, nomeadamente melhorias nas competências sociais (e.g., maior compreensão e adequação comportamental), emocionais (e.g., maior conhecimento acerca das emoções e controlo das mesmas), redução de comportamentos problemáticos e melhor desempenho académico (Freire, Lima, Teixeira, Araújo, & Machado, 2018; Seligman et al., 2005). Por exemplo, alguns programas que promovem a regulação emocional têm trabalhado componentes como frustração e excitação percebida (Vara et al., 2016), nomear e identificar emoções, aprender como as emoções são desencadeadas e tomar consciência das sensações

corporais associadas que dão origem a vários pensamentos e tendências de ação e estratégias de resolução de problemas (Lenz et al., 2016). Estes programas de intervenção enfatizam as capacidades dos jovens e adotam fatores que permitem que os adolescentes construam um desenvolvimento positivo, integrando estratégias e atividades direcionadas intencionalmente ao desenvolvimento de sentimentos positivos, comportamentos positivos ou cognições positivas, e são comumente chamadas de Intervenções Psicológicas Positivas. A Psicologia Positiva debruça-se sobre as experiências positivas (como emoções positivas, felicidade, esperança, alegria), características positivas individuais (como carácter, forças e virtudes), e instituições positivas (como organizações baseadas no sucesso e potencial humano, sejam locais de trabalho, escolas, famílias) (Seligman, 2011; Seligman et al., 2005). A abordagem do desenvolvimento positivo nos adolescentes foca-se nos talentos, pontos fortes, potencialidades de cada indivíduo, perspetivando que todos os adolescentes possuem competências e qualidades positivas que podem ser otimizadas, visando a promoção de um desenvolvimento mais positivo. O grande objetivo com os adolescentes não é apenas atenuar ou remediar os seus défices mas também compreender, educar e envolvê-los em atividades produtivas, perspetivando-os como indivíduos capazes de mobilizar o seu potencial para se desenvolverem, sendo para tal necessário estarem motivados e sentirem que possuem algum controlo sobre as suas vidas (Csikszentmihalyi & Hunter, 2003). As forças de carácter são centrais no desenvolvimento dos adolescentes, pelo que estimular e criar condições para que estes apliquem e otimizem as suas potencialidades é uma necessidade. Para tal é preciso, em primeiro lugar, que os adolescentes possam identificar as potencialidades que possuem. A literatura aponta que a promoção e aplicação das qualidades positivas em diferentes atividades e contextos contribuem para que os adolescentes sejam mais felizes, mais populares entre os pares, mais produtivos nas suas ocupações e tenham mais sucesso escolar (Csikszentmihalyi & Hunter, 2003; Norrish & Vella-Brodrick, 2009; Seligman et al., 2005).

Estes programas de desenvolvimento de competências socioemocionais e focados no desenvolvimento positivo (com base na psicologia positiva) têm usado sobretudo estratégias como o aumento das emoções positivas (e.g., exploração de experiências positivas), a construção ou exploração das forças de carácter e características positivas, e exploração de experiências de vida e desenvolvimento óptimos (e.g., explorar os projetos de vida, planear o futuro) (Freire et al., 2018; Seligman, 2011).

Em Portugal, o Selo Escola SaudávelMENTE (Boas Práticas em Saúde Psicológica e Sucesso Educativo), criado pela Ordem dos Psicólogos Portugueses, pretende reconhecer e distinguir as escolas portuguesas, cujas políticas e práticas educativas, demonstram um

compromisso forte e efetivo com a promoção do desenvolvimento, da aprendizagem, e da saúde psicológica de toda a comunidade educativa (Conselho Nacional de Saúde, 2018). Ainda no que diz respeito à saúde mental, têm sido desenvolvidos, em Portugal e com adolescentes, alguns programas importantes, como é exemplo o “Desafio ser+” (Freire et al., 2018), que procura promover o desenvolvimento positivo dos adolescentes, focando-se nas emoções positivas, forças de caráter e experiências ótimas, trabalhando dimensões como a autoestima, o autoconceito, o bem-estar psicológico e a satisfação com a vida. O “Viver as Emoções” é um programa que promove competências socioemocionais com atividades de dança educacional, trabalhando domínios como o autoconhecimento, a consciência social, a autorregulação, as competências relacionais e a tomada de decisão responsável, incluindo ainda conteúdos multiculturais, de forma a tornar a intervenção sensível à crescente diversidade cultural das escolas e da sociedade. Outro exemplo é o projeto “Atitude Positiva”, que visa a promoção de comportamentos saudáveis e a prevenção de comportamentos de risco em crianças e adolescentes, através da aprendizagem socioemocional, relativamente ao 3º ciclo as dimensões trabalhadas são o autocontrolo e a autoconsciência, as competências relacionais, a consciência social, a tomada de decisão responsável e a autoestima (Pinto & Raimundo, 2016).

Concluindo, de um modo geral, estes programas têm mostrado resultados muito positivos, quer em termos de saúde física (Souza et al., 2011) quer em termos de saúde mental (Das et al., 2016), com resultados duradouros (*follow-up* médio de 6 meses) o que sugere que as aprendizagens se mantêm ao longo do tempo. Para além de que os programas de desenvolvimento positivo nos adolescentes proporcionam contextos que ajudam os adolescentes a desenvolver competências que lhes permitem crescer e tornarem-se adolescentes e adultos mais saudáveis e responsáveis (Csikszentmihalyi & Hunter, 2003; Seligman et al., 2009, 2005). No entanto, a revisão de literatura torna claro que não existem ainda programas, ou existem muito poucos, que abordem a saúde física e mental como um todo, ou seja de forma integrativa e holística. Sendo a saúde física e mental conceitos claramente identificados como estando interrelacionados e que se influenciam mutuamente, será sempre importante que andem de mãos dadas, nomeadamente no âmbito da promoção da saúde e bem-estar dos adolescentes.

Parte II: Estudio empírico

Metodologia

A presente investigação enquadra-se no Be Well & Healthy Teen Project, um projeto mais amplo atualmente em curso na Universidade Católica Portuguesa², que tem como objetivo principal o desenvolvimento e implementação de um programa de promoção da saúde, bem-estar e ajustamento socioemocional em adolescentes em contexto escolar. Neste âmbito, foi desenvolvido o programa #EntreViagenseAprendizagens, cuja versão piloto é avaliada na presente dissertação.

2.1 Desenho da investigação

O presente estudo teve com objetivo avaliar o impacto da participação de adolescentes do 8º ano de escolaridade (ou equivalente) no programa de intervenção #EntreViagenseAprendizagens, relativamente às dimensões de bem-estar, regulação emocional e hábitos de vida (nomeadamente sono, alimentação, atividade física e consumo de álcool e tabaco). Seguindo um desenho quasi-experimental, para a avaliação destes resultados foram considerados dois momentos de avaliação das variáveis em estudo (pré-teste e pós-teste), permitindo assim avaliar o impacto do programa em termos quantitativos. Para melhor compreender os resultados obtidos, realizou-se ainda uma análise qualitativa de cada sessão e do programa como um todo, considerando as percepções dos próprios participantes. É, por isso, considerado um estudo misto, pela adoção de uma pluralidade metodológica para avaliação deste programa de intervenção.

2.2 Objetivos e Hipóteses

O presente estudo tem como objetivos principais: (a) avaliar a eficácia do programa de intervenção #EntreViagenseAprendizagens nas dificuldades de regulação emocional, no bem-estar e nos hábitos de vida dos participantes; e (b) avaliar a percepção dos participantes relativamente ao programa.

Assim, definiram-se como objetivos específicos:

² <https://crc-w-ucp.wixsite.com/bewellproject>

- (1) Avaliar o impacto da participação no programa, nas dificuldades de regulação emocional dos participantes, comparando os resultados nos dois momentos de avaliação (pré- e pós-teste).
- (2) Avaliar o impacto da participação no programa no bem-estar dos participantes, comparando os resultados nos dois momentos de avaliação (pré- e pós-teste).
- (3) Avaliar o impacto da participação no programa nos hábitos de vida dos participantes (sono, alimentação, atividade física e consumo de álcool e tabaco), comparando os resultados nos dois momentos de avaliação (pré- e pós-teste).
- (4) Avaliar o impacto da participação no programa na relação com os pares reportada pelos participantes, comparando os resultados nos dois momentos de avaliação (pré- e pós-teste).
- (5) Explorar as percepções dos participantes relativamente aos aspetos mais positivos e negativos de cada sessão do programa, bem como o seu grau de satisfação com as mesmas.
- (6) Explorar as percepções dos participantes relativamente ao programa como um todo, quer em termos de forma quer em termos de conteúdos, e em relação ao impacto nas suas vidas.

Tendo em conta os objetivos especificados acima, foram definidas as seguintes hipóteses (relativas aos objetivos 1 a 4):

H1: Existe uma diminuição das dificuldades de regulação emocional após a intervenção (comparativamente com o momento antes da intervenção);

H2: Existe um aumento do bem-estar após a intervenção (comparativamente com o momento antes da intervenção);

H3: Existe uma melhoria nos hábitos alimentares após a intervenção (comparativamente com o momento antes da intervenção);

H4: Existe um aumento das horas de sono por noite após a intervenção (comparativamente com o momento antes da intervenção);

H5: Existe um aumento da prática de atividade física após a intervenção (comparativamente com o momento antes da intervenção);

H6: Existe uma diminuição dos consumos (álcool e tabaco) após a intervenção (comparativamente com o momento antes da intervenção);

H7: Existe uma melhor relação com os pares, reportada pelos participantes, após a intervenção (comparativamente com o momento antes da intervenção);

2.3 Participantes

Neste estudo, o método utilizado para a recolha da amostra foi de natureza não probabilística e de conveniência. Participaram 54 adolescentes, de ambos os sexos, a frequentar o 8º ano de escolaridade (ou equivalente) de duas escolas da Zona da Grande Lisboa: uma escola de ensino recorrente (escola A), onde decorreu um grupo, e uma escola de ensino regular (escola B), onde decorreram dois grupos em simultâneo.

Os participantes da escola A ($n = 23$) tinham idades compreendidas entre 13 e 21 anos ($M = 16$ anos, $DP = 1,38$), sendo 12 (52,2%) do sexo masculino e 11 (47,8%) do sexo feminino. No que se refere à situação familiar, a maioria encontrava-se no seio de uma família nuclear intacta (52,2%), 13% numa família monoparental, 13% numa família nuclear reconstituída, 13% numa família alargada, 4,3% numa família transgeracional, e 4,3% nouro tipo de família diferente das mencionadas anteriormente.

Na escola B ($n = 31$), os participantes apresentavam idades compreendidas entre 13 e 16 anos ($M = 13,70$ anos, $DP = 1,05$), sendo 12 (38,7%) do sexo masculino e 19 (61,3%) do sexo feminino. No que se refere à situação familiar a maioria encontrava-se no seio de uma família monoparental (41,9%), 38,7% no seio de uma família nuclear intacta, 9,7% numa família alargada, 3,2% numa família transgeracional, e 3,2% numa família nuclear reconstituída.

2.4 Instrumentos de recolha de dados

O protocolo de avaliação utilizado para recolha de dados quantitativos foi constituído por cinco instrumentos de autorrelato (Anexo D), nomeadamente um “Questionário geral” com questões sociodemográficas e relativos a hábitos de vida (e.g., alimentação, sono, uso de substâncias, violência, comportamentos sexuais e ambiente escolar), e ainda instrumentos que avaliam as dificuldades de regulação emocional (EDRE) (Coutinho, Ribeiro, Ferreirinha, & Dias, 2010), o bem-estar (EPOCH) (Kern et al., 2015), o clima familiar (ICF) (Francisco, 2015) e a literacia em saúde (NVS-PT) (Martins & Andrade, 2014).

No presente trabalho foram utilizados apenas o resultados dos três instrumentos que se apresentam de seguida.

Escala de Dificuldades de Regulação Emocional (EDRE).

A Escala de Dificuldades de Regulação Emocional foi criada por Gratz e Roemer (2004) e neste estudo foi utilizada a versão portuguesa de Coutinho, Ribeiro, Ferreirinha &

Dias (2010). Esta escala foi desenvolvida com o intuito de avaliar os níveis típicos de desregulação emocional em seis domínios: não aceitação das emoções negativas; incapacidade de se envolver em comportamentos dirigidos por objectivos quando experiênciam emoções negativas; dificuldades em controlar comportamento impulsivo quando experiênciam emoções negativas; acesso limitado a estratégias de regulação emocional que são percebidas como efetivas; falta de consciência emocional; e falta de clareza emocional. É uma escala de autorrelato de 36 itens respondidos numa escala Likert de 5 pontos, do 1 (“quase nunca se aplica a mim”) ao 5 (“aplica-se quase sempre a mim”). São exemplos de itens “Estou atento aos meus sentimentos.”, “Quando estou em baixo, sei que vou conseguir encontrar uma maneira de me sentir melhor.”.

Relativamente à fiabilidade do instrumento, este apresenta uma boa consistência interna, apresentando um alfa de Cronbach na versão original de .93 na escala global e entre .80 e .89 nas subescalas (Gratz & Roemer, 2004), enquanto que na versão portuguesa o alfa de Cronbach é de .92 na escala global e superiores a .75 em todas as subescalas (Coutinho et al., 2010). No presente estudo a escala global apresenta uma boa consistência interna, sendo o alfa de Cronbach da escala global de .92 e entre .66 e .92 nas subescalas.

Medida de bem-estar na adolescência (EPOCH).

A medida de bem-estar na adolescência (EPOCH), foi desenvolvida com o intuito de avaliar cinco características psicológicas positivas: envolvimento, perseverança, otimismo, “connectedness” e felicidade. É um instrumento de autorrelato e contém 20 itens numa escala Likert de 5 pontos. Está dividido em duas partes, sendo que na primeira parte (11 questões) as perguntas referem-se à frequência dos acontecimentos (1- Quase nunca e 5- Quase sempre), como “Sou otimista acerca do meu futuro.”. Na segunda parte (9 questões) deste instrumento, as questões apelam à semelhança das questões com a pessoa que está a responder (1- Nada parecido comigo e 5- Muito parecido comigo) como “Acredito que as coisas vão resultar, independentemente da dificuldade que parecem ter.”

Relativamente à fiabilidade deste instrumento, este apresenta uma boa consistência interna, apresentando um alfa de Cronbach na versão original (Kern et al., 2015) entre .77 e .83 nas várias subescalas. A versão portuguesa, utilizada pela primeira vez com adolescentes portugueses neste estudo, apresenta níveis de consistência interna entre .82 e .93 (Francisco, Hormigo, Sesifredo, & Raposo, 2019).

Questionário Geral e Hábitos de Vida.

Para além de um questionário sociodemográfico construído para o presente estudo, para avaliar os hábitos de vida e comportamentos de saúde dos participantes, recorreu-se a algumas questões do estudo colaborativo da Organização Mundial de Saúde (OMS) - *Health Behaviour in school-aged children (HBSC)* - relacionadas com a prática de atividade física, consumo de álcool e tabaco, relações com os pares e alimentação (Matos & Equipa Aventura Social, 2018). São exemplos de itens: “Nos últimos 7 dias, quantos dias praticou atividade física num total de pelo menos 60 minutos por dia (p.e., ginástica, desporto, jogar futebol, ir a pé para a escola, limpar o pó, varrer, etc)?”, “Quantas vezes fuma tabaco?”.

Fichas de Avaliação do Programa.

Foram ainda utilizadas as fichas “Avaliação da sessão” (Anexo E) e, “Avaliação global do programa #EntreViagenseAprendizagens” (Anexo F), construídas especificamente para este estudo. As fichas de avaliação de cada sessão são compostas por um item respondido numa escala de Likert (de 0- “não gostei” a 3- “gostei muito”) e por duas questões abertas que permitem identificar os aspetos mais e menos apreciados pelos participantes ao longo de cada sessão (e.g., “O que gostaste mais na sessão de hoje?”). A ficha de avaliação global do programa continha oito questões abertas de forma a identificar os aspetos que mais e menos agradaram aos adolescentes ao longo do programa de intervenção, bem como o que estes consideram terem sido as grandes aprendizagens que este programa lhes proporcionou e sugestões de alteração para versões futuras do mesmo (e.g., “Quais foram as grandes aprendizagens que este programa te proporcionou?”). Continha ainda um item de resposta em escala de Likert para avaliação global do programa de intervenção (de 0- “não gostei” a 3- “gostei muito”).

2.5. Programa de Intervenção #EntreViagenseAprendizagens

O programa de intervenção #EntreViagenseAprendizagens tem como objetivo a promoção do bem-estar dos adolescentes em contexto escolar, de forma holística, sistémica e integradora, considerando a educação para a saúde, a promoção de competências socioemocionais e o desenvolvimento dos recursos e virtudes de cada um. Tem um total de 10 sessões (semanais, com a duração de 90 minutos) de carácter dinâmico, interativo e grupal, incidindo nas seguintes temáticas: regulação emocional, literacia emocional, comunicação,

literacia em saúde, estilos de vida saudáveis, propósito de vida, compromisso, resiliência, e relação com a família. Os objetivos gerais de cada sessão apresentam-se no Quadro 1.

É utilizada a metáfora de uma viagem para um mundo melhor, para a qual os adolescentes devem preparar-se, o que envolve uma série de aprendizagens, que devem ir colocando na sua bagagem, que ocorre em diferentes pontos da cidade (e.g., Mercado das Emoções, Ginásio da Mente). Foi criado também, de forma a manter os participantes mais vinculados e comprometidos com o programa, um concurso de fotografia, para o qual os participantes teriam de tirar uma fotografia (obrigatório serem eles a fotografar) a algo que remetesse para o seu bem-estar/felicidade (e.g., praia, animais de estimação, comida, etc.). As três fotografias com mais “likes” no Instagram do programa (#entreviagenseaprendizagens) ganhavam um prémio.

Quadro 1. *Objetivos gerais das 10 sessões do programa #EntreViagenseAprendizagens e exemplo de atividades*

Sessão	Objetivos gerais	Exemplo de atividade
1	1) Construir uma relação empática com os alunos 2) Promover o conhecimento mútuo e sentido de pertença ao grupo 3) Clarificar expectativas em relação ao programa e responsabilizar pelo processo 4) Aplicar o protocolo de avaliação inicial	Quebra-gelo: Jogo da bola: nome + 1 coisa de que gosto + 1 que não gosto.
2	1) Promover a literacia emocional 2) Promover a consciencialização das diferentes emoções e respetivas reações somáticas 4) Favorecer a expressão e diferenciação emocional	Como fica o nosso corpo quando sentimos certas emoções? Esta atividade consiste em dividir a turma em 5 grupos, cada grupo desenha 1 corpo no papel de cenário. Depois vão-se pintando as emoções, no corpo desenhado, no sítio do corpo onde essa emoção é sentida.
3	1) Promover a consciência emocional 2) Reconceptualizar as situações do quotidiano 3) Praticar estratégias de regulação emocional através da modelagem e do <i>role-playing</i> 4) Facilitar a adoção de atitudes e comportamentos ajustados perante situações emocionais intensas	Termómetro das emoções. Nesta atividade faz-se um levantamento individual de 3 exemplos/situações e depois discute-se o posicionamento desses exemplos em relação ao termómetro (1 verde, 1 amarelo e 1 vermelho).
4	1) Promover a consciência dos pontos fortes/virtudes de cada um 2) Trabalhar a utilidade das características de cada um em diferentes situações do dia-a-dia	Valorização das virtudes de cada um e seu impacto no grupo: Em cada grupo, cada aluno coloca no meio da mesa um papel com as suas 3 principais virtudes; devem criar uma situação do dia-a-dia em que os alunos terão de conjugar as características positivas do grupo para a ultrapassar.
5	1) Promover a literacia em saúde e alimentação saudável 2) Praticar <i>mindfulness</i> 3) Praticar o relaxamento	Reflexão: Debate sobre a regulação emocional através da atividade física e do relaxamento e discussão de quais as situações mais adequadas a cada um.
6	1) Discutir os diferentes tipos de comunicação 2) Promover estilos de comunicação mais eficazes	Como posso comunicar assertivamente?

	3) Promover a literacia em saúde 4) Praticar estilos de comunicação eficazes através da modelagem e do <i>role-playing</i>	Atividade com cartões com diferentes situações para os participantes colocarem nos vários estilos de comunicação “como dizer não/expressar desagrado”; “como iniciar uma conversa”; “como terminar uma conversa”.
7	1) Promover estilos de comunicação eficazes 2) Promover a literacia em saúde 3) Praticar estilos de comunicação eficazes através da modelagem e do <i>role-playing</i>	Debate: Criar situação ligada à saúde dos jovens; uns são a favor e outros contra – trabalhar a comunicação assertiva.
8	1) Praticar <i>mindfulness</i> 2) Promover a literacia ecológica 3) Promover estilo de comunicação assertiva	Desafios do planeta: Discussão sobre problemas atuais que afetam o planeta (plástico, poluição, alimentação, 3R's, reciclagem, aquecimento global, andar a pé/bicicleta, etc.)
9	1) Discutir objetivos de vida 2) Discutir a importância das virtudes/forças de caráter e forma como poderão ser úteis para definir objetivos e trabalhar para os atingir	<i>Vision board</i> : Cada um partilha o seu vision board e depois os colegas têm de colocar obstáculos e discutir soluções.
10	1) Realizar a avaliação global do programa 2) Promover a integração dos diferentes conteúdos abordados nas diferentes sessões 3) Aplicar o protocolo de avaliação final 4) Anunciar os vencedores do concurso de fotografia	

2.6 Procedimento

Foi definida como população-alvo os adolescentes que frequentam o 8º ano de escolaridade do ensino básico, no distrito de Lisboa. Utilizou-se o método de amostragem por conveniência (útil para investigações em fases iniciais). Após o contacto e autorização (Anexo A) da Direção de duas escolas que anteriormente haviam demonstrado interesse em receber o programa de intervenção, foram definidos os seguintes critérios de inclusão dos participantes: (1) aceitar/mostrar interesse em participar no programa (mediante assinatura de consentimento informado- Anexo C); (2) ter autorização dos encarregados de educação- Anexo B. Ficou também salvaguardado o direito de recusa de qualquer participante ou desejo de desistência a meio do processo.

O programa decorreu durante o 2º período letivo, entre janeiro e abril de 2019.

Os protocolos de investigação foram preenchidos através da plataforma Qualtrics, na primeira e na última sessão do programa. No que diz respeito às fichas de avaliação, as respetivas à avaliação *on-going* foram preenchidas nas sessões 2 a 9, e a avaliação global do programa foi preenchida somente na última sessão.

A confidencialidade dos dados obtidos ficou salvaguardada, quer em relação às instituições participantes, quer em relação a terceiros, pois nenhum dado de qualquer participante foi analisado ou será revelado individualmente.

2.7 Análise de Dados

Relativamente às variáveis quantitativas em estudo, os dados recolhidos foram submetidos a tratamento estatístico através do *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS, versão 25.0 *for Windows*), considerando-se estatisticamente significativas as análises estatísticas cuja probabilidade de significância do teste, *p-value*, fosse inferior ou igual a .05. Para avaliar o efeito e a força das correlações, foi utilizada a classificação de Cohen (1992), isto é, uma correlação é considerada fraca se apresentar valores inferiores .39, moderada quando os valores estão entre .40 e .49, e forte quando os valores são superiores a .50.

Os resultados expõem-se de acordo com os objetivos estabelecidos da investigação, anteriormente apresentados.

Dado o reduzido tamanho da amostra total e subamostras que se pretendiam analisar, foram utilizados testes estatísticos não paramétricos para a análise das variáveis em estudo. Para verificar a relação entre as variáveis em estudo, recorreu-se ao coeficiente de correlação de Spearman, sendo a força das correlações referida de acordo com Cohen (1992). Para comparar os participantes de cada escola (duas amostras independentes), no momento pré intervenção, foi utilizado o teste não paramétrico de Mann-Whitney. Para comparar o impacto da participação em cada condição experimental (duas amostras independentes), foi utilizado o teste não paramétrico de Wilcoxon, para comparação dos resultados dos participantes nos dois momentos de avaliação (pré e pós-intervenção). Nestas análises foram considerados apenas 38 casos válidos, que correspondem aos participantes que responderam à totalidade dos questionários nos dois momentos de avaliação. Estes resultados serão apresentados separadamente por escolas (escola A e escola B), considerando diferenças relevantes em várias características sociodemográficas (especificamente idade e tipo de escola que frequentam), que poderiam enviesar os resultados se fossem analisados considerando a amostra total.

No que concerne às questões das fichas “Avaliação da sessão” e “Avaliação Global do Programa #EntreViagenseAprendizagens”, as respostas abertas foram sujeitas aos procedimentos de análise temática, tendo sido as respostas agrupadas em categorias de forma indutiva (Braun & Clarke, 2006). Para as questões respondidas numa escala de Likert, foram calculadas as médias das pontuações dadas a cada sessão, assim como as frequências de cada resposta da avaliação global.

3.1 Relação entre as variáveis em estudo

O Quadro 2 apresenta as correlações entre as variáveis em estudo relativas ao momento pré-intervenção, para a totalidade dos participantes.

Podemos verificar que na presente amostra, que a idade surgiu correlacionada fraca e negativamente com o número de horas de sono dormidas durante a semana, com o comprometimento e perseverança, apresentando ainda uma correlação fraca positiva com o consumo de tabaco e moderada positiva com o consumo de bebidas alcoólicas. O IMC surgiu fraca e negativamente correlacionado com a toma do pequeno-almoço durante a semana, fraca e positivamente correlacionado com consumo de bebidas alcoólicas, apresentando ainda correlações fracas positivas com quase todas as subescalas do questionário de dificuldades de regulação emocional (exceto com o acesso limitado às estratégias de regulação emocional e a não aceitação das respostas emocionais) bem como com o indicador global de dificuldades de regulação emocional. Relativamente ao exercício físico, destacaram-se as correlações fracas positivas com o consumo de sopa e lacticínios, e o comprometimento. No que concerne à alimentação, a toma do pequeno-almoço durante a semana surgiu correlacionada com a toma do pequeno-almoço aos fins-de-semana, e com o consumo de lacticíneos e carne, o consumo de vegetais surgiu correlacionado com o consumo de sopa, de fruta e peixe, o consumo de doces surgiu correlacionado com o consumo de refrigerantes, de carne e *fast food*, o consumo de carne surgiu correlacionado com o consumo de farináceos e *fast food*, e o consumo de farináceos correlacionou-se com o consumo de lacticíneos.

O número de horas de sono dormidas ao fim-de-semana correlacionou-se com o número de horas de sono durante a semana e com o consumo de vegetais. Verificou-se ainda que os consumos, quer de álcool quer de tabaco, estão negativamente correlacionados com o número de horas de sono dormidas durante a semana. Verificou-se também que o tabaco esteve fortemente correlacionado com o consumo de bebidas alcoólicas e que as bebidas alcoólicas estiveram negativamente correlacionadas com o consumo de vegetais e peixe.

No que diz respeito às dificuldades de regulação emocional, verificaram-se correlações fortes e moderadas entre as próprias subescalas, exequando entre a falta de consciência emocional e o acesso limitado às estratégias de regulação, entre a não aceitação das respostas emocionais, a dificuldades no controlo de impulsos e agir de acordo com os objectivos, e entre a falta de clareza emocional e a dificuldade de agir de acordo com os objetivos. Ainda no que diz respeito a estas variáveis, verificou-se que o acesso limitado às estratégias de regulação emocional esteve negativamente correlacionado com o consumo de doces, enquanto a não

aceitação das respostas emocionais apresentou ainda correlações fracas com o consumo de sopa, vegetais e peixe, estando ainda negativamente correlacionada com o consumo de doces. A falta de consciência emocional surgiu moderadamente e negativamente correlacionada com toma do pequeno-almoço, quer durante a semana, quer durante o fim-de-semana e com o consumo de doces, carne e peixe. As dificuldades no controlo de impulsos apresentou-se moderadamente correlacionada com o consumo de sopa, e a falta de clareza emocional apresentou-se correlações fracas positivas com o IMC e com o consumo de sopa, e negativas com o consumo de doces.

Para além das correlações moderadas a fortes entre todas as subescalas do EPOCH, destaca-se a correlação fraca entre o comprometimento e a prática de atividade física, bem como as correlações negativas fracas entre o comprometimento e a falta de clareza emocional, de consciência emocional e o total de dificuldades emocionais. Destacam-se ainda as correlações negativas entre a perseverança e a falta de consciência emocional, entre o otimismo e a falta de consciência emocional, falta de clareza emocional bem como o somatório das subescalas todas, entre o *connectedness* e a falta de consciência e clareza emocional, e entre a felicidade e todas as subescalas de dificuldades emocionais bem como a com a escala total. Verificaram-se ainda correlações fracas positivas entre os níveis de *connectedness* e o consumo de doces e refrigerantes e entre os níveis de otimismo e o consumo de doces e carne.

Quadro 2.

Coeficientes de Correlação de Spearman entre as variáveis em estudo (N=54)

Participantes	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1. Idade	-															
2. IMC	.205	-														
3. Exercício Físico	-.031	.098	-													
4. Aceitação pares	.032	-.043	-.087	-												
5. Pequeno-almoço (semana)	.068	-.096	.061	-.094	-											
6. Pequeno almoço (fim-de-semana)	-.069	-.303*	.083	.007	.368**	-										
7. Sopa	-.050	.265	.297*	.174	-.047	.055	-									
8. Frutas	-.094	-.080	.035	.243	-.177	.099	.240	-								
9. Vegetais	-.037	-.150	-.165	.086	-.001	.143	.424**	.351**	-							
10. Doces	-.068	-.275	.007	-.185	.027	.305*	-.205	.035	-.197	-						
11. Refrigerantes	-.091	.106	-.093	-.229	-.106	.083	-.144	.032	-.164	.429**	-					
12. Carne	.111	-.074	-.074	-.005	.277*	.299*	-.156	.065	.052	.433**	.272*	-				
13. Peixe	-.103	-.101	-.059	-.068	.250	.219	.240	.102	.376**	-.071	-.050	.056	-			
14. Farináceos	-.078	.032	-.051	.133	-.021	.097	-.023	.195	.091	.125	.282*	.477***	.299*	-		
15. Laticínios	.039	-.062	.270*	.109	.411**	.272*	.052	-.147	.162	.130	.099	.298*	.253	.320*	-	
16. Fast food	.164	-.137	.075	-.142	-.024	.012	-.171	-.107	-.048	.317*	.399**	.156	.011	.115	.174	-
17. Horas sono (semana)	-.332*	-.118	-.313	.120	.035	-.106	.006	.094	.209	-.034	-.099	-.066	.178	.015	-.210	-.061
18. Horas sono (fim-de-semana)	-.008	.184	-.136	-.010	-.027	-.258	-.010	.034	.305*	.006	.220	.132	-.097	.196	-.061	-.117
19. Tabaco	.445**	.227	.232	.147	-.213	-.144	.084	-.110	-.217	.094	.002	-.098	-.193	-.133	-.117	.221
20. Bebidas alcoólicas	-.501***	.286*	.291	-.008	-.181	-.089	-.039	-.219	-.372**	.042	-.010	-.072	-.288*	-.202	-.092	.024
21. Comprometimento	-.291*	-.143	.278*	-.021	.005	.223	.062	.206	.198	.217	.201	.134	.095	.224	.091	.132
22. Perseverança	-.292*	-.062	.108	-.134	.119	.106	.191	.197	.228	.088	.093	.034	.186	.095	-.047	.136
23. Otimismo	-.103	-.257	.053	-.094	.330*	.233	-.050	-.015	-.177	.287*	.142	.302*	.092	.096	.120	.010
24. Connectedness	-.135	-.086	.064	.068	.004	.124	-.061	-.036	-.002	.396**	.351*	.177	-.006	.077	.077	.262
25. Felicidade	-.183	-.198	.007	-.051	.151	.138	-.163	.000	-.069	.285	.123	.105	-.109	-.162	-.083	-.149
26. Estratégias	-.113	.256	.145	-.018	.039	-.163	.387**	.022	.244	-.286*	-.127	-.057	.202	.241	.080	-.063
27. Não aceitação	-.105	.190	.161	-.214	.096	.066	.386**	-.059	.308*	-.311*	-.136	-.177	.302*	.077	.121	-.017
28. Consciência	.050	.345*	.065	.013	-.312*	-.341*	-.024	-.203	-.116	-.310*	-.026	-.321*	-.379**	-.167	-.140	.048
29. Impulsos	.063	.329*	.136	.028	.024	-.042	.410**	.015	.171	-.175	.022	.002	.044	.149	-.003	.098
30. Objetivos	-.014	.374**	-.017	-.146	.015	-.137	.294*	-.199	.102	-.080	.070	.030	.076	.236	-.004	.018
31. Clareza	.510	.298*	.025	.042	.064	-.167	.308*	-.131	.278*	-.366**	-.154	-.102	.197	.135	.137	.122
32. Total DRE	-.041	.412*	.268	-.257	-.016	-.090	.243	-.110	.306	-.399*	-.126	-.228	.121	.022	.183	.041

Nota. * $p < .05$. ** $p < .01$ *** $p < .001$ DRE – Dificuldades de Regulação Emocional

Quadro 2.

Continuação

Participantes	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32
17. Horas sono (semana)	-															
18. Horas sono (fim-de-semana)	.416**	-														
19. Tabaco	-.285*	-.128	-													
20. Bebidas alcoólicas	-.459***	-.240	.610***	-												
21. Comprometimento	-.009	.200	-.202	-.115	-											
22. Perseverança	.102	.167	-.315*	-.242	.720***	-										
23. Otimismo	.062	.241	-.133	-.092	.696***	.555***	-									
24. Connectedness	-.051	.070	.108	.014	.534***	.374**	.578***	-								
25. Felicidade	.110	.055	.002	-.008	.561***	.499***	.726***	.499***	-							
26. Estratégias	.152	.050	-.052	-.125	-.128	-.070	-.266	-.219	-.512***	-						
27. Não aceitação	.106	.022	.127	-.180	-.0128	-.077	-.146	-.196	-.355**	.814***	-					
28. Consciência	-.129	.144	.094	.229	-.322*	-.287*	-.523***	-.376**	-.374**	.201	.127	-				
29. Impulsos	-.032	.051	.058	.059	-.188	-.098	-.176	-.176	-.410**	.742***	.666***	.117	-			
30. Objetivos	.203	.138	-.106	-.106	-.161	-.096	-.101	-.101	-.508***	.741***	.596***	.385**	.652***	-		
31. Clareza	.116	.175	-.092	-.098	-.285*	-.199	-.397**	-.408**	-.528***	.564***	.557***	.265	.484***	.471***	-	
32. Total DRE	-.005	.075	-.004	-.045	-.182	-.321	-.484**	-.380*	-.732***	.933***	.908***	.521**	.742***	.769***	.651***	-

Nota. * $p < .05$. ** $p < .01$ *** $p < .001$ DRE – Dificuldades de Regulação Emocional

3.2 Comparação dos participantes das duas escolas

O Quadro 3 apresenta o resultado do teste de comparação das variáveis sociodemográficas e variáveis em estudo relativas ao momento pré-intervenção, dos participantes das duas escolas, de forma a ajudar a compreender melhor os resultados de cada grupo no pós-intervenção.

Quadro 3.

Estatística descritiva e resultado do teste de comparação de médias (Teste Mann-Whitney) dos participantes das duas escolas (N = 54)

Variável	Amplitude	Escola A (n=23)			Escola B (n=31)			U	p
		M	DP	Me	M	DP	Me		
1. Idade	1-9	4	1.38	4.00	1.68	1.05	1.00	76.50	.000***
2. IMC	-	21.08	3.97	21.60	20.54	2.78	20.31	239.50	.271
3. Exercício Físico	0-7	4.70	2.67	5.00	4.94	2.29	5.00	347.50	.873
4. Aceitação pares	0-2	1.70	2.67	2.00	1.61	0.56	2.00	335.00	.647
5. Pequeno-almoço (semana)	0-2	3.65	2.76	6.00	3.65	2.40	4.00	356.00	.993
6. Pequeno almoço (fim-de-semana)	0-2	1.04	.93	1.00	1.48	0.68	2.00	265.50	.081
7. Sopa	0-6	1.74	1.36	2.00	1.84	1.39	2.00	346.00	.850
8. Frutas	0-6	3.26	2.22	3.00	3.97	1.58	4.00	296.00	.278
9. Vegetais	0-6	2.91	2.15	3.00	2.97	1.60	3.00	349.00	.894
10. Doces	0-6	2.43	1.75	2.00	3.13	1.60	3.00	257.00	.075*
11. Refrigerantes	0-6	2.83	2.37	2.00	2.97	1.79	3.00	327.00	.601
12. Carne	0-6	3.78	1.65	4.00	4.23	1.45	4.00	300.00	.312
13. Peixe	0-6	2.09	1.62	2.00	2.52	1.63	3.00	306.00	.363
14. Farináceos	0-6	4.09	1.59	4.00	4.65	1.08	5.00	293.00	.253
15. Lacticínios	0-6	3.87	1.91	4.00	3.94	1.45	4.00	353.50	.957
16. <i>Fast food</i>	0-6	2.30	1.36	2.00	1.97	1.11	2.00	302.50	.317
17. Horas sono (semana)	-	11.23	21.83	7.00	11.38	18.54	8.00	198.00	.005**
18. Horas sono (fim-de-semana)	-	13.74	21.34	10.00	12.03	18.46	9.00	317.00	.483
19. Tabaco	0-2	0.57	.84	0	0.13	0.43	0	263.50	.021**
20. Bebidas alcoólicas	0-4	2.43	2.23	2.00	0.87	1.48	0	187.50	.002**
21. Comprometimento	4-20	3.16	0.87	3.25	3.46	1.02	3.25	292.50	.379
22. Perseverança	4-20	3.10	0.92	3.25	3.40	0.84	3.50	284.50	.305
23. Otimismo	4-20	3.33	1.11	3.25	3.24	1.05	3.25	313.00	.612
24. <i>Connectedness</i>	4-20	3.94	1.05	4.00	3.94	1.07	4.25	334.00	.898

Quadro 3.*Continuação*

25. Felicidade	4-20	3.32	1.20	3.75	3.50	1.14	4.00	308.50	.555
26. Estratégias	8-40	19.90	8.08	19.00	22.68	8.55	21.00	282.00	.286
27. Não aceitação	6-30	14.14	6.46	13.00	16.23	7.53	16.00	284.00	.303
28. Consciência	6-30	19.14	5.92	20.00	17.06	5.70	18.00	272.00	.226
29. Impulsos	6-30	15.05	6.87	15.00	15.29	5.68	14.00	322.50	.738
30. Objetivos	5-25	14	5.79	13.50	15.68	4.89	16.00	272.00	.211
31. Clareza	5-25	13.77	4.75	13.00	13.65	5.92	13.00	336.50	.935
32. Total DRE	36-180	96	28.96	90.00	100.58	29.20	99.00	303.00	.493

*Nota. *p<.05. **p<.01 *** p<.001 DRE – Dificuldades de Regulação Emocional*

Verificou-se, na comparação das duas escolas, que os participantes apresentam características algo distintas, começando pelas idades, uma vez que os participantes da escola A apresentam idades superiores.

No que diz respeito aos consumos, verifica-se que os alunos da escola A apresentam maiores níveis de consumo de bebidas alcoólicas, tabaco e drogas, comparativamente com os participantes da escola B.

No que diz respeito a outros hábitos de vida, apenas as horas de sono dormidas durante a semana apresentaram diferenças estatisticamente significativas a favor da escola A, e o consumo de doces atingiu valores próximos da significância, também a favor da escola A.

Relativamente aos níveis de dificuldades de regulação emocional e bem-estar, não se verificam diferenças estatisticamente significativas em nenhuma subescala das respetivas medidas entre as duas escolas.

3.3 Avaliação do impacto da participação no programa de prevenção

O Quadro 4 apresenta o resultado do teste de comparação de medidas de tendência central, das variáveis da regulação emocional, bem-estar e estilos de vida saudáveis, separando os participantes por escola.

Quadro 4.

Resultado do teste de comparação de resultados pré- e pós-intervenção (Teste de Wilcoxon) por escola (N=38)

Medida	Escola A (n = 16)		Escola B (n = 22)	
	Z	p	Z	p
Horas sono (semana)	-.337	.736	-.385	-1.635
Horas sono (fim-de-semana)	.700	.000***	-.700	.102
Consumo álcool	-.382	.703	-1.987	.047*
Tabaco	-.243	.808	-.816	.414
Exercício físico	-.363	.716	.000	1.000
Sopa	-.810	.418	-3.233	.001**
Frutas	-.983	.326	-.351	.726
Vegetais	-1.220	.223	-.795	.426
Doces	-.441	.659	-.966	.334
Carne	-.794	.427	-1.059	.289
Peixe	-.570	.569	-.141	.257
Farináceos	-.426	.670	-.236	.813
Laticínios	-1.069	.285	-.143	.652
Fast food	-1.983	.047*	-2.484	.013*
Refrigerantes	-.031	.975	-.618	.537
Estratégias	-.776	.438	-.626	.531
Não aceitação	-.846	.398	-.349	.727
Consciência	-.274	.784	-1.198	.231
Impulsos	-.724	.784	-1.312	.189
Objetivos	-.396	.692	-.640	.522
Clareza	-.299	.765	-2.060	.039*
Total DRE	-.057	.955	-1.575	.155
Comprometimento	-.959	.338	-1.135	.257
Perseverança	-.326	.744	-1.575	.115
Otimismo	-.245	.807	-2.500	.012**
Connectedness	-2,926	.003**	-.470	.639
Felicidade	-4,422	.155	-1.824	.068¹

Nota. *p<.05. **p<.01 *** p<.001 DRE – Dificuldades de Regulação Emocional

¹Próximo da significância

Escola A

Ao nível da regulação emocional na escola A, os resultados revelaram que não houve diferenças estatisticamente significativas a nível da diminuição das dificuldades da regulação emocional (quer considerando as dificuldades globais, quer as subescalas), comparando os momentos pré e pós intervenção (rejeita-se a H1).

Relativamente ao bem-estar, verifica-se que os níveis de *connectedness*, aumentaram com a participação no programa (aceita-se parcialmente a H2), sendo que todas as outras quatro características (felicidade, comprometimento, otimismo e perseverança), não sofreram alterações estatisticamente significativas com a participação no programa.

No que diz respeito aos estilos de vida, os resultados revelaram que o número de horas de sono dormidas ao fim-de-semana aumentaram significativamente após a participação no programa, no entanto, os consumos de álcool e tabaco e os níveis de atividade física não se alteraram (aceita-se parcialmente H4). No que concerne à alimentação, verificou-se apenas um aumento do consumo de *fast food*.

Escola B

No que se refere à regulação emocional, a única dimensão cujos níveis aumentaram significativamente com a participação no programa foi a clareza emocional, sendo que todas as outras se mantiveram sem alterações estatisticamente significativas (aceita-se parcialmente a H1).

No que concerne ao bem-estar, os resultados mostram que os níveis de otimismo dos participantes aumentaram com a participação no programa e que os níveis de felicidade atingiram valores próximos da significância estatística.

Relativamente aos estilos de vida, verifica-se que o consumo de álcool aumentou, as horas de sono dormidas (quer nos dias de semana, quer ao fim-de-semana) não se alteraram, e à semelhança do que aconteceu na escola A, o consumo de *fast food* aumentou, no entanto, aumentou também significativamente o consumo de sopa.

3.4 Análise da percepção dos participantes relativamente ao programa #EntreViagenseAprendizagens

De seguida apresentam-se os resultados (quantitativos e qualitativos) das avaliações efetuadas pelos adolescentes e relação ao programa, quer das sessões em particular, quer do programa em geral, obtidos através das fichas de avaliação das sessões e de avaliação global.

Avaliação das sessões

O Quadro 5 apresenta os resultados médios da avaliação quantitativa de cada sessão (considerando o valor mínimo de 0 – “não gostei” e o valor máximo de 3 – “gostei muito”), para cada escola.

Quadro 5.

Avaliação das sessões por escola

Sessão N°	Escola A	Escola B
	Média (DP)	Média (DP)
2	2.28 (0.73)	2.77(0.42)
3	2.86 (0.35)	2.71(0.45)
4	2.73 (0.57)	2.57 (0.56)
5	2.54 (0.63)	2.90 (0.30)
6	2.56 (0.60)	2.82(0.39)
7	2.82 (0.38)	2.95 (0.21)
8	2.75 (0.56)	2.75 (0.28)
9	2.82 (0.39)	3 (0)

Quando questionados sobre o que gostaram mais e menos em cada sessão, de um forma global os participantes referiram que gostaram de tudo nas sessões e que não alterariam nada, sendo que apenas uma pequena minoria em cada sessão nomeou aspetos negativos (em média 2 a 3 participantes por escola), tais como “conversas longas” e “preenchimento dos questionários”.

Avaliação global do programa

A avaliação global que os participantes fizeram ao programa foi bastante positiva, com resultados médios na escola A de 2.60 ($DP = 0.71$) e na escola B de 2.95 ($DP = 0.21$). Pode-se, assim, constatar que os adolescentes apreciaram de uma forma bastante positiva o programa #EntreViagenseAprendizagens.

Os Quadros 5 e 6 apresentam a apreciação dos participantes relativamente ao que consideram terem sido as grandes aprendizagens, bem como aos aspetos de que mais gostaram no programa, respetivamente, com base na análise temática efetuada às respostas abertas das fichas de avaliação global. Em ambos os quadros, estão apresentadas as categorias, o número de respostas associadas de ambas as escolas, e um exemplo de resposta dada pelos participantes.

Quadro 6.

Principais aprendizagens proporcionadas pelo programa.

Categoria	Nº de respostas	Exemplo de resposta
Auto-conhecimento	10	<i>“A conhecer-me melhor e aos outros também.”</i> (Participante escola A)
Alimentação saudável	4	<i>“O que é mais saudável para comer.”</i> (Participante escola B)
Relação com os colegas	4	<i>“Que devemos respeitar todos. Resolver os nossos problemas. Juntou a nossa turma.”</i> (Participante escola B)
Capacidade de regulação emocional	10	<i>“Aprendermos a controlar as nossas emoções.”</i> (Participante escola A)
Pensar no futuro	6	<i>“Termos falado do nosso futuro.”</i> (Participante escola A)

Quadro 7.

Aspetos mais valorizados no programa.

Categoria	Nº de respostas	Exemplo de resposta
Treino ativo de competências através de <i>role-play</i>	5	<i>“O que gostei mais foi quando fizemos Role-play.”</i> (Participante escola B)
Relação dinamizadora(s)-participantes	5	<i>“O que gostei mais sem dúvida foram as “professoras” e a forma como vocês estavam/falavam connosco.”</i> (Participante escola A)
Debates e discussões	12	<i>“Os debates e as discussões.”</i> <i>“As atividades em que tivemos os debates.”</i> <i>“Dos debates e de conversar.”</i> (Participantes escola A e B)

Relativamente ao que gostaram menos, apenas 10 participantes indicaram aspetos menos positivos, sendo as respostas dos participantes de ambas as escolas muito idênticas, tendo sido referido sobretudo o *“preenchimento dos questionários”*, o *“tempo de espera entre sessões”* e o facto de *“alguns colegas perturbarem algumas sessões/atividades”*.

Nas sugestões solicitadas de temas que não tenham sido abordados e que os participantes considerassem importantes, o que foi mencionado, mais uma vez muito idêntico em ambas as escolas, foi o facto de não terem sido abordados temas como *“a sexualidade”*, *“a depressão”*, *“doenças mentais”* e *“problemas mais sérios”*. Estes temas foram referidos por cinco participantes.

Quando questionados sobre se recomendariam o programa a amigos ou colegas da escola, apenas um participante de cada escola disse que não, um justificou dizendo que já tinham participado os amigos todos e outro justificou dizendo que os amigos não têm os mesmos gostos, o que é um resultado bastante positivo.

Parte IV: Discussão dos resultados

O presente estudo teve como objetivo primordial avaliar a implementação e a eficácia do programa de intervenção #EntreViagenseAprendizagens. Mais concretamente, pretendeu-se avaliar o impacto da participação de adolescentes do 8º ano de escolaridade (ou equivalente) no referido programa, relativamente às dimensões de bem-estar, regulação emocional e estilos de vida saudáveis (nomeadamente sono, alimentação, atividade física e consumos de álcool e tabaco), utilizando um desenho quasi-experimental, com avaliação antes e após a realização da intervenção. Foi também avaliada a perspetiva dos participantes quanto à forma e conteúdo das sessões em particular e do programa em geral, bem como quanto à relevância para a promoção do seu desenvolvimento positivo.

Considerando as diferenças relevantes entre as duas escolas em que decorreu a implementação do programa – uma escola de ensino recorrente (escola A) e outra de ensino regular (escola B) – foi importante a separação dos participantes para as análises efetuadas, já que os participantes da escola A tinham idades significativamente mais elevadas, bem como experiências/percursos de vida e mesmo objetivos futuros também diferentes. De facto, verificou-se uma relação positiva, esperada de acordo com a literatura, entre os comportamentos de risco e a idade (Barbosa, Casotti, & Nery, 2016), bem como uma tendência para o facto de os comportamentos de saúde/risco se agruparem (Tomé et al., 2015).

Também esperado de acordo com a literatura, verificou-se uma relação positiva entre a regulação emocional e os níveis de bem-estar e felicidade (Freire & Tavares, 2011). Por outro lado, as correlações estatisticamente significativas encontradas entre as dimensões da regulação emocional, o bem-estar e as dimensões associadas aos estilos de vida (e.g., alimentação, sono, consumos), reforçam o racional que está na base deste programa de intervenção, de que fará sentido a promoção destas dimensões da vida dos adolescentes em conjunto, e não de forma isolada como maioritariamente tem sido realizado até agora (Norrish & Vella-Brodrick, 2009; Seligman, 2011).

Atendendo à avaliação dos resultados obtidos, podemos verificar que os adolescentes que participaram no programa de intervenção apresentaram um aumento significativo nos níveis de *connectedness* e número de horas de sono dormidas ao fim-de-semana na escola A, enquanto na escola B se verificou um aumento significativo na clareza emocional, nos níveis de otimismo e no consumo de sopa, sendo que os níveis de felicidade atingiram valores próximos da significância.

Em relação às dificuldades de regulação emocional e ao bem-estar, verificou-se que na escola B, o aumento na clareza emocional foi acompanhado do aumento dos níveis de felicidade e otimismo, variáveis que já verificámos anteriormente estarem correlacionadas,

corroborando estudos anteriores (Freire & Tavares, 2011). No entanto a escassez de resultados significativos em geral, tanto nos níveis de bem-estar, como na regulação emocional, pode dever-se a vários fatores. No que diz respeito à regulação emocional, talvez fosse importante ter em consideração as diferenças de género, pois vários estudos têm demonstrado que as estratégias de regulação emocional utilizadas pelos rapazes e pelas raparigas são diferentes, e que até mesmo os fatores de risco e de proteção operam de maneira diferente para uns e para outros (Gonçalves et al., 2019; Pascual et al., 2016). Não obstante ter sido tida em consideração, aquando do desenho do programa, a importância destes programas serem adaptados às idades dos participantes (Yeager, 2017), algumas atividades relacionadas com a regulação emocional poderão não ter sido recebidas pelos participantes da escola A da mesma forma (por serem em geral mais velhos do que os alunos do 8º ano do ensino regular). Embora em geral as dinamizadoras não tenham sentido, no decorrer das sessões, que o programa estivesse desajustado para estes participantes, a atividade focada na somatização das emoções e na ativação corporal (sessão 2) foi avaliada por alguns participantes da escola A como algo “infantil” (apesar de ter sofrido alguns ajustes). Pelo contrário, na escola B (ensino regular) teve uma adesão e um comprometimento muito positivos, sendo inclusive várias vezes mencionada como das atividades preferidas do programa.

Outra questão muito importante neste tipo de programas é a aposta nas estratégias e atividades direcionadas intencionalmente ao desenvolvimento de sentimentos, cognições e comportamentos positivos (Seligman et al., 2009). Talvez seja necessário incluir outras atividades com maior enfoque nas características positivas individuais, como as emoções positivas, felicidade, esperança e alegria. Por exemplo, para a identificação das características individuais positivas (“forças de carácter”) foi utilizado um questionário, e de facto os participantes não se comprometeram com o preenchimento, o que não permitiu que se retirasse todo o potencial da tarefa para o envolvimento nas atividades seguintes. Será, por isso, essencial utilizar outras estratégias de identificação das forças de carácter dos participantes nas próximas versões do #EntreViagenseAprendizagens.

No que concerne aos estilos de vida saudáveis, não houve alterações muito significativas com a participação no programa, uma vez que apenas aumentaram as horas de sono dormidas aos fins-de-semana na escola A e o consumo de sopa na escola B. Esta inexistência de resultados significativos a nível dos estilos de vida saudáveis, pode ser explicada pelo facto dos jovens não se preocuparem com estes fatores associados à sua saúde, por não considerarem estas questões como prioritárias nesta fase da vida (Silva et al., 2015). A nível nutricional, e principalmente na fase inicial da adolescência, os jovens apresentam

dificuldades em considerar as questões da alimentação como prioritárias, até porque os problemas que dela advêm aparecem mais tarde na vida (Feijó & Oliveira, 2001). Também de acordo com o que já foi sendo reportado na literatura, intervenções do tipo conhecimento-atitude-comportamento, na grande maioria não funcionam, sendo necessário que exista a prática e a experimentação dos benefícios e não apenas a apresentação dos mesmos (Toral et al., 2009). Para isso, e em alguns casos, é necessário que existam intervenções individuais, já que para além da desmotivação para a alteração destes comportamentos, muitas vezes os adolescentes não acreditam verdadeiramente no que lhes é apresentado. Por exemplo, no caso específico dos programas de promoção de hábitos saudáveis de sono, os participantes muitas vezes não chegam a experimentar o que lhes é proposto, por não acreditarem suficientemente nos seus benefícios (Cassoff et al., 2013). A solução passará pela adoção de estratégias motivacionais (e.g., entrevistas motivacionais), que já mostraram resultar também com outros comportamentos relacionados com a saúde, como a saúde reprodutiva e os consumos de substâncias (Cassoff et al., 2013). A inexistência de resultados estatisticamente significativos a nível da atividade física pode ser explicada da mesma forma, ou seja, o fornecer a informação sobre a importância da prática de exercício físico não é suficiente para alterar os comportamentos (Ferreira & Najjar, 2005), até porque os jovens hoje em dia, devido à facilidade de acesso a informação, já sabem bem quais os benefícios, e no entanto os níveis de sedentarismo não param de aumentar (Arribas et al., 2007; Ferreira & Najjar, 2005).

Houve ainda alguns resultados negativos e inesperados neste programa, como o aumento do consumo de *fast food* na escola A e o aumento do consumo de álcool e *fast food* na escola B. Isto pode dever-se sobretudo ao momento em que decorreu a avaliação pós-intervenção – depois de uma semana de exames na escola A e na última semana de aulas na escola B –, e sabemos que estes são períodos de mais stress e cansaço, pelo que os jovens tendem a ter ainda menos cuidado com a sua saúde, nomeadamente com a alimentação e comportamentos de risco (Malbergier et al., 2012).

Neste sentido, existem alguns aspetos relacionados com o procedimento utilizado que devemos ter em consideração aquando da análise destes resultados. Em primeiro lugar, o preenchimento dos questionários pós intervenção foi realizado num momento de grande exaustão dos participantes, como referido acima, uma vez que na escola A decorreu no final de uma semana de exames (estando os participantes pouco disponíveis para responderem aos questionários), e na escola B na última semana de aulas antes das férias da Páscoa (revelando os participantes pouco envolvimento na tarefa). Em segundo lugar, pode-se considerar a hipótese de não ter decorrido tempo suficiente entre o pré e o pós teste para os participantes

interiorizarem a necessidade de mudança ou para a ativação comportamental. Por último, importa considerar a possibilidade das medidas utilizadas para medir o impacto do programa de intervenção serem demasiado gerais ou demasiado extensas, podendo não estar a medir as mudanças mais específicas (ou menores) que poderão ter ocorrido.

Outro factor que pode ter contribuído para estes resultados pode estar relacionado com a própria duração do programa, uma vez que a investigação tem mostrado que os programas de desenvolvimento positivo dos adolescentes mais eficazes têm a duração de nove meses ou mais quando aplicados em contexto escolar (Freire et al., 2018).

Todavia, no que diz respeito à avaliação geral do programa realizada pelos participantes, esta foi muito positiva, mesmo em dimensões que quantitativamente não obtiveram resultados significativos (e.g., regulação emocional). Aliás, foi de facto bastante diferente a avaliação quantitativa da qualitativa, isto porque, na avaliação qualitativa os participantes revelaram que sentiram muitas mudanças, nomeadamente a nível emocional, de autoconhecimento, e de hábitos saudáveis, que não se refletiram nos resultados da avaliação quantitativa. A discrepância entre resultados qualitativos e quantitativos pode prender-se ao facto de a amostra ser tão reduzida que não permita observar mudanças mais consistentes. Possivelmente, com uma amostra maior verificar-se-iam mais mudanças estatisticamente significativas nas variáveis em estudo. No entanto, o facto da avaliação qualitativa ter sido tão positiva, por si só, é um resultado bastante satisfatório.

A análise das percepções dos participantes relativamente às sessões específicas e ao programa em geral demonstrou uma avaliação muito positiva do #EntreViagenseAprendizagens. O conhecimento das dificuldades e experiências dos outros permite ao adolescente identificar e compreender as suas próprias, contribuindo desta forma tanto para o seu autoconhecimento, como para as suas relações interpessoais (Brown, 2018; Seligman et al., 2009). De salientar ainda que vários participantes referiram que uma das grandes aprendizagens deste programa foi conseguirem compreender melhor os colegas e terem uma maior capacidade de analisar as situações de outra perspetiva, mesmo que não concordem/compreendam. Tudo isto fez com que os participantes das duas escolas, por várias vezes referissem que este programa promoveu a união, o que se refletiu nos resultados quantitativos na escola A, em que os níveis de *connectedness* aumentaram significativamente. No entanto, as interações negativas no grupo, como o barulho e as interrupções, foram referidas pelos participantes como o que menos os agradou em geral nas sessões do programa. Isto torna-se relevante uma vez que as intervenções em grupo devem permitir que os adolescentes encarem o grupo como um local seguro para partilhar as suas dificuldades e vivências, obtendo

apoio por parte dos outros elementos (Brown, 2018). Desta forma, as interrupções e o barulho podem ser encarados pelos adolescentes como não estando a ser respeitadas as suas dificuldades pelos outros membros.

Este programa, como já foi referido, foi de periodicidade semanal, com 10 sessões de 90 minutos, e de carácter facultativo. Ora, sendo de carácter facultativo não foi possível controlar a presença de todos os participantes em todas as sessões, sendo que houve vários participantes que faltaram a algumas sessões, influenciando, possivelmente, as aprendizagens que se pretendia que acontecessem. Houve ainda alguns imprevistos relativos à calendarização das sessões (e.g., greve de funcionários das escolas impediu a realização de algumas sessões, o que obrigou à reposição das mesmas em semanas em que outras sessões estavam já agendadas), o que pode não ter permitido a interiorização de certas aprendizagens que beneficiariam de sessões com intervalos semanais, tal como conceptualizado inicialmente.

Importa referir ainda a importância da realização de um terceiro momento de avaliação (*follow-up* a 3 ou 6 meses), uma vez que aquando da realização da avaliação pós-intervenção as mudanças pretendidas poderiam ainda não estar interiorizadas. De igual forma, seria importante verificar se as mudanças identificadas se mantêm ao longo do tempo e se influenciam/impulsionam mais benefícios noutros domínios da vida dos participantes, como as relações interpessoais ou o desempenho académico (Norrish & Vella-Brodrick, 2009).

Apesar de os resultados estatisticamente significativos não terem sido os esperados, uma vez que não respondem a todos os objetivos definidos para o programa relativamente às dimensões avaliadas, de forma global a avaliação da intervenção remete para resultados promissores quanto à implementação do programa #EntreViagenseAprendizagens. De facto, algumas das variáveis em que se verificaram melhorias significativas após a participação no programa constituem-se como importantes, na medida em que têm sido amplamente reconhecidas como sendo promotoras do desenvolvimento positivo dos adolescentes, e a apreciação qualitativa que os participantes realizaram indica igualmente aprendizagens relevantes para o seu desenvolvimento.

Limitações do estudo e considerações futuras

Como principal limitação deste estudo salienta-se o reduzido tamanho da amostra, que impossibilitou a obtenção de resultados mais consistentes, e também o facto da amostragem não ter sido aleatória, sendo constituída apenas por participantes residentes na área da Grande Lisboa, estudantes em escolas que tinham manifestado interesse em receber a intervenção.

No que diz respeito aos instrumentos de medida salienta-se a extensão do protocolo da investigação, que pode ter provocado nos participantes a indisponibilidade para o seu preenchimento ou a não identificação com as questões. Os resultados podem, ainda, ter sido enviesados por respostas de desejabilidade social, ou respostas ao acaso. Uma vez que o contexto de aplicação foi em sala de aula, em grupo, os participantes podem não ter investido no preenchimento do protocolo, existindo, em paralelo, a hipótese de terem surgido dúvidas que não foram explicadas, por ausência de pedido de esclarecimento.

O próprio *timing* da aplicação dos questionários pós intervenção também pode ser um limitação, uma vez que decorreu na véspera das férias entre trimestres, e numa das escolas depois de uma semana preenchida por exames. Por último, também importa referir a mortalidade da amostra, uma vez que alguns participantes desistiram e outros que mudaram de escola no período em que decorreu o programa.

Todavia, o facto de terem sido utilizadas também fichas de avaliação das sessões e do programa global permitiu a triangulação de métodos de recolha de dados, complementando os dados quantitativos recolhidos com os instrumentos incluídos no protocolo de investigação quantitativo. Ainda no que diz respeito à investigação, seria importante no futuro, não só ter um grupo de controlo, como também um *follow-up*, de forma a verificar se por um lado as aprendizagens se mantêm ao longo do tempo, e por outro se o facto de “se tornarem mais felizes” e criarem expectativas sobre o programa aumenta ou não o bem-estar (Seligman et al., 2005). A questão do *follow-up* é pertinente uma vez que um dos grandes objetivos da psicologia positiva é o de ensinar estratégias aos adolescentes e comportamentos que tenham impacto positivo ao longo da vida, tornando-os jovens e adultos mais felizes e capazes, daí ser fulcral que se verifique se os resultados são duradouros.

Relativamente ao programa #EntreViagenseAprendizagens devem ser asseguradas algumas sugestões para versões futuras do mesmo, nomeadamente trabalhar também com a família (e.g., pais ou cuidadores) uma vez que a família tem um grande impacto em todas as variáveis que são trabalhadas neste programa. Seria importante também assegurar que as atividades são adequadas às idades e características específicas dos participantes, e assegurar também a sua comparência no máximo de sessões possível, para que não percam conteúdos importantes que possam influenciar a aquisição de outras aprendizagens.

Considerando os resultados obtidos, podemos verificar a importância da implementação de programas de promoção do desenvolvimento positivo em adolescentes, na medida em que a ausência de problemas não se traduz na aquisição dos recursos necessários para um desenvolvimento positivo.

Como resultados principais destacam-se na escola A o aumento do número de horas de sono dormidas ao fim-de-semana e dos níveis de *connectedness*, e na escola B, o aumento do consumo de sopa, da clareza emocional e otimismo, e o facto dos níveis de felicidade terem atingido valores próximos da significância. Destaca-se ainda a avaliação qualitativa feita pelos participantes que foi muito positiva, e o facto de terem sentido que este programa lhes foi útil e uma mais valia quer para o seu desenvolvimento, quer para as suas relações interpessoais.

Estes resultados, apesar de não terem sido os esperados, uma vez que não respondem a todos os objetivos definidos para o programa relativamente às dimensões avaliadas, não deixam de ser promissores, uma vez que algumas das variáveis em que se verificaram melhorias significativas após a participação no programa, constituem-se como importantes, na medida em que têm sido amplamente reconhecidas como sendo promotoras do desenvolvimento positivo dos adolescentes.

Em suma, a avaliação do #EntreViagenseAprendizagens mostrou resultados promissores, pelo que se sugere a revisão de alguns conteúdos e atividades, bem como a sua implementação com mais adolescentes de diferentes escolas.

Referências bibliográficas

- Arribas, J., Saavedra, M., Pérez-Farinós, N., & Villalba, C. (2007). Resumen colaboración especial la estrategia para la nutrición, actividad física y prevención de la obesidad (Estrategia Naos). *Rev Esp Salud Pública*, *81*, 443–449.
- Aventura Social. (2016). *Promoção da saúde mental nas escolas relatório ES ' COOL I*.
- Barbosa, F., Casotti, C., & Nery, A. (2016). Comportamento de risco à saúde de adolescentes escolares. *Texto e Contexto Enfermagem*, *25*, 1–9. <https://doi.org/10.1590/0104-07072016002620015>
- Bariola, E., Gullone, E., & Hughes, E. (2011). Child and adolescent emotion regulation: the role of parental emotion regulation and expression. *Clinical Child and Family Psychology Review*, *14*, 198–212. <https://doi.org/10.1007/s10567-011-0092-5>
- Berne, L. & Huberman, B. (2000). Lessons learned: European approaches to adolescent sexual behaviour and responsibility. *Journal of Sex Education and Therapy*, *25*, 189-199.
- Blair, S. (2009). Physical inactivity: the biggest public health problem of the 21st century. *British Journal of Sports Medicine*, *43*(1), 1–2. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19136507>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, *3*(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Brito, I., Precioso, J., Correia, C., Albuquerque, C., Samorinha, C., Cunha-Filho, H., & Becoña, E. (2015). Fatores associados ao consumo de álcool na adolescência, em função do género. *Psicologia, Saúde & Doenças*, *16*(3), 392–410.
- Brown, N. (2018). *Psychoeducational Groups Process and practice* (4th ed.). New York: Routledge.
- Buss, P. (2005). Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, *5*, 163–177. <https://doi.org/10.1590/s1413-81232000000100014>
- Cassoff, J., Knäuper, B., Michaelsen, S., & Gruber, R. (2013). School-based sleep promotion programs: Effectiveness, feasibility and insights for future research. *Sleep Medicine Reviews*, *17*, 207–214. <https://doi.org/10.1016/j.smr.2012.07.001>
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, *112*(1), 155–159.
- Conselho Nacional de Saúde. (2018). *Gerações mais saudáveis*. Lisboa: Conselho Nacional de Saúde.
- Coutinho, J., Ribeiro, E., Ferreirinha, R., & Dias, P. (2010). Versão Portuguesa da escala de

- dificuldades de regulação emocional e sua relação com sintomas psicopatológicos. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 37, 145–151. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832010000400001>
- Csikszentmihalyi, M., & Hunter, J. (2003). The positive psychology of interested adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 32, 27–35. <https://doi.org/10.1023/A:1021028306392>
- Das, J., Salam, R., Lassi, Z., Khan, M., Mahmood, W., Patel, V., & Bhutta, Z. (2016). Interventions for adolescent mental health: An overview of systematic reviews. *Journal of Adolescent Health*, 59, S49–S60. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.06.020>
- Dias, C., Cruz, J., & Danish, S. (2001). O desporto como contexto para a aprendizagem e ensino de competências de vida: Programas de intervenção para crianças e adolescentes. *Análise Psicológica*, 1(9), 157–170. Retrieved from https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/18050/1/cruz_dias_danish_2001-ANAL_PSICOL.pdf
- Feijó, R., & Oliveira, É. (2001). Comportamento de risco na adolescência. *Jornal de Pediatria*, 77, 125–134.
- Fernandes, H. (2018). Atividade física e saúde mental em adolescentes: o efeito mediador da autoestima e da satisfação corporal. *Revista de Psicología Del Deporte*, 27, 1–14.
- Ferreira, M., & Najar, A. (2005). Programas e campanhas de promoção da atividade física. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10, 207–219.
- Ferreira, M., & Torgal, M. (2010). Tobacco and alcohol consumption among adolescents. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18, 255–261. <https://doi.org/10.1590/s0104-11692010000200017>
- Filho, A., Ferreira, M., Gomes, M., Silva, R., & Santos, T. (2007). O Adolescente e as drogas : Consequências para a saúde. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 11(4), 605–610.
- Francisco, R. (2015). Inventário de Clima Familiar: Versão Portuguesa (versão para investigação). Universidade Católica Portuguesa.
- Freire, T., & Ferreira, G. (2018). Health-related quality of life of adolescents: Relations with positive and negative psychological dimensions. *International Journal of Adolescence and Youth*, 23(1), 11–24. <https://doi.org/10.1080/02673843.2016.1262268>
- Freire, T., Lima, I., Teixeira, A., Araújo, M., & Machado, A. (2018). Challenge: To Be+. A group intervention program to promote the positive development of adolescents. *Children and Youth Services Review*, 87, 173–185. <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2018.02.035>
- Freire, T., & Tavares, D. (2011). Influência da autoestima, da regulação emocional e do gênero

- no bem-estar subjetivo e psicológico de adolescentes. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 38, 184–188. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832011000500003>
- Gonçalves, S., Chaplin, T., Turpyn, C., Niehaus, C., Curby, T., Sinha, R., & Ansell, E. (2019). Difficulties in emotion regulation predict depressive symptom trajectory from early to middle adolescence. *Child Psychiatry and Human Development*, 50, 618–630. <https://doi.org/10.1007/s10578-019-00867-8>
- Gouveia, M., Canavarro, M., & Moreira, H. (2017). O papel moderador do peso na associação entre as dificuldades de regulação emocional e os comportamentos alimentares. *Journal of Child and Adolescent Psychology*, 8, 13–32.
- Gratz, K., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26, 41–54. <https://doi.org/10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94>
- Gross, J., & Barrett, L. (2011). Emotion generation and emotion regulation: One or two depends on your point of view. *Emotion Review*, 3, 8–16. <https://doi.org/10.1177/1754073910380974>
- Gross, J., & Thompson, R. (2007). *Emotion regulation: Conceptual foundations. Handbook of emotion regulation.*
- Heywood, W., Pitts, M., Patrick, K., & Mitchell, A. (2016). Fertility knowledge and intentions to have children in a national study of Australian secondary school students. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 40, 462–467. <https://doi.org/10.1111/1753-6405.12562>
- Janssen, I. (2007). Physical activity guidelines for children and youth. *Applied Physiology, Nutrition, and Metabolism*, 32, S218–S224. <https://doi.org/10.1139/h07-125>
- Kern, M. L., Benson, L., Steinberg, E. A., & Steinberg, L. D. (2015). Psychological assessment the EPOCH measure of adolescent well-being. *Psychological Assessment*, 28, 586–597. <https://doi.org/10.1037/pas0000201>
- Keyes, C., & Annas, J. (2009). Feeling good and functioning well: Distinctive concepts in ancient philosophy and contemporary science. *Journal of Positive Psychology*, 4, 197–201. <https://doi.org/10.1080/17439760902844228>
- Koole, S. (2009). The psychology of emotion regulation: An integrative review. *Cognition and Emotion*, 23, 4–41. <https://doi.org/10.1080/02699930802619031>
- Kronholm, E., Puusniekka, R., Jokela, J., Villberg, J., Urrila, A., Paunio, T., ... Tynjälä, J. (2015). Trends in self-reported sleep problems, tiredness and related school performance among Finnish adolescents from 1984 to 2011. *Journal of Sleep Research*, 24, 3–10.

<https://doi.org/10.1111/jsr.12258>

- Lazzoli, J., Nóbrega, A., Carvalho, T., Oliveira, M., Teixeira, J., Leitão, M., ... Matsudo, V. (2011). Atividade física e saúde na infância e adolescência. *Revista Brasileira de Medicina Do Esporte*, 4(4), 107–109. <https://doi.org/10.1590/s1517-86921998000400002>
- Lenz, A., Conte, G., Hollenbaugh, K., & Callendar, K. (2016). Emotional Regulation and Interpersonal Effectiveness as Mechanisms of Change for Treatment Outcomes Within a DBT Program for Adolescents. *Counseling Outcome Research and Evaluation*, 7, 73–85. <https://doi.org/10.1177/2150137816642439>
- Malbergier, A., Cardoso, L., & Amaral, R. (2012). Uso de substâncias na adolescência e problemas familiares. *Cadernos de Saúde Pública*, 28, 678–688. <https://doi.org/10.1590/s0102-311x2012000400007>
- Martins, A., & Andrade, I. (2014). Adaptação cultural e validação da versão portuguesa de Newest Vital Sign. *Revista de Enfermagem Referência*, IV Série(3), 75–83. <https://doi.org/10.12707/riii1399>
- Matos, M., & Carvalhosa, S. (2001). A saúde dos adolescentes: ambiente escolar e bem-estar. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2(2), 43–53.
- Matos, M., & Equipa Aventura Social. (2018). Relatório do estudo HBSC 2018. A Saúde dos adolescentes portugueses após a recessão. Retrieved from http://www.hbsc.org/membership/countries/portugal.html%0Ahttp://aventurasocial.com/publicacoes/publicacao_1545534554.pdf
- Newman, K., Harrison, L., Dashiff, C., & Davies, S. (2008). Relationships between parenting styles and risk behaviors in adolescent health: an integrative literature review. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 16(1), 142–150. <https://doi.org/10.1590/s0104-11692008000100022>
- Norrish, J., & Vella-Brodrick, D. (2009). Positive psychology and adolescents: Where are we now? Where to from here? *Australian Psychologist*, 44, 270–278. <https://doi.org/10.1080/00050060902914103>
- Norrish, J., Williams, P., O'Connor, M., & Robinson, J. (2013). An applied framework for Positive Education. *International Journal of Wellbeing*, 3, 147–161. <https://doi.org/10.5502/ijw.v3i2.2>
- Orkibi, H., Hamama, L., Gavriel-Fried, B., & Ronen, T. (2018). Pathways to adolescents' flourishing: linking self-control skills and positivity ratio through social support. *Youth and Society*, 50, 3–25. <https://doi.org/10.1177/0044118X15581171>
- Owens, J. (2014). Insufficient Sleep in adolescents and young adults: An update on causes and

- consequences. *Pediatrics*, *134*, e921–e932. <https://doi.org/10.1542/peds.2014-1696>
- Pascual, A., Conejero, S., & Etxebarria, I. (2016). Ansiedad y estrés. *Elsevier España*, *22*, 1–4.
- Pereira, É., Barbosa, D., Andrade, R., Claumann, G., Pelegrini, A., & Louzada, F. (2015). Sono e adolescência: Quantas horas os adolescentes precisam dormir? *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, *64*, 40–44. <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000055>
- Pereira, É., Teixeira, C., & Louzada, F. (2017). Sonolência diurna excessiva em adolescentes: prevalência e fatores associados, *28*(1), 98–103.
- Pérez-López, I., Sánchez, P., & Delgado-Fernández, M. (2015). Effects of school-based physical activity and nutrition programs in spanish adolescents: Systematic review. *Nutricion Hospitalaria*, *32*(2), 534–544. <https://doi.org/10.3305/nh.2015.32.2.9144>
- Pinto, A., & Raimundo, R. (2016). *Avaliação e promoção de competências socioemocionais em Portugal* (1ª Edição). Coisas de Ler.
- Pinto, T., Pinto, J., Rebelo-Pinto, H., & Paiva, T. (2016). O sono em adolescentes portugueses: Proposta de um modelo tridimensional. *Análise Psicológica*, *34*(4), 339–352. <https://doi.org/10.14417/ap.1221>
- Raposo, B. (2019). *Regulação emocional, relações interpessoais e problemas de internalização na adolescência: o papel mediador do bem-estar*. (Tese de mestrado não publicada) Universidade Católica Portuguesa. Lisboa.
- Roberts, R., & Duong, H. (2014). The prospective association between sleep deprivation and depression among adolescents. *Sleep*, *37*, 239–244. <https://doi.org/10.5665/sleep.3388>
- Seligman, M. (2011). *A vida que floresce* (1ª edição). Estrela polar.
- Seligman, M., Ernst, R., Gillham, J., Reivich, K., & Linkins, M. (2009). Positive education: positive psychology and classroom interventions. *Oxford Review of Education*, *35*, 293–311. <https://doi.org/10.1080/03054980902934563>
- Seligman, M., Steen, T., Park, N., & Peterson, C. (2005). Positive Psychology progress emprirical validations if interventions. *Positive Psychology Progress*. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.60.5.410>
- Silva, D., Frazão, I., Osório, M., & Vasconcelos, M. (2015). Percepção de adolescentes sobre a prática de alimentação saudável. *Ciência & Saúde Coletiva*, *20*(11), 3299–3308. <https://doi.org/10.1590/1413-812320152011.00972015>
- Silva, E., & Freire, T. (2014). Regulação emocional em adolescentes e seus pais: Da psicopatologia ao funcionamento ótimo. *Análise Psicológica*, *32*, 217–228. <https://doi.org/10.14417/ap.746>

- Souza, E., Filho, V., Nogueira, J., & Júnior, M. (2011). Atividade física e alimentação saudável em escolares brasileiros: Revisão de programas de intervenção. *Cadernos de Saúde Pública*, 27, 1459–1471. <https://doi.org/10.1590/s0102-311x2011000800002>
- Souza, F., Santos, L., Shikako, G. C., Sueur-maluf, L., & Carvalho, C. (2017). Conversando sobre saúde reprodutiva e sexualidade nas escolas. *Revista Ciência Em Extensão*, 13(1), 137–151.
- Strauch, E., Pinheiro, R., Silva, R., & Horta, B. (2009). Alcohol use among adolescents: A population-based study. *Revista de Saude Publica*, 43, 647–655. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102009005000044>
- Tavares, D., & Freire, T. (2017). Flow experience, attentional control, and emotion regulation: contributions for a positive development in adolescents. *Psicologia*, 30, 77. <https://doi.org/10.17575/rpsicol.v30i2.1119>
- Thompson, R. (1991). *Emotional regulation and emotional development*. *Educational Psychology Review* (Vol. 3). <https://doi.org/10.1007/BF01319934>
- Tomé, G., Camacho, I., Matos, M. G., & Simões, C. (2015). Influência da família e amigos no bem-estar e comportamentos de risco - Modelo explicativo. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 16, 23–34. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.15309/15psd160104>
- Toral, N., Conti, M., & Slater, B. (2009). A alimentação saudável na ótica dos adolescentes : percepções e barreiras à sua implementação e características esperadas em materiais educativos. *Cad. Saúde Pública*, 25(11), 2386–2394.
- Vara, M., Baños, R., Rasal, P., Rodríguez, A., Rey, B., Wrzesien, M., & Alcañiz, M. (2016). A game for emotional regulation in adolescents: The (body) interface device matters. *Computers in Human Behavior*, 57, 267–273. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2015.12.033>
- Yeager, D. (2017). Social-emotional learning programs for adolescents. In *Social-Emotional Learning Programs for Adolescents* (Vol. 27).
- Zamith-Cruz, J. (2012). Planeamento de um programa com adolescentes institucionalizadas: autonomia e educação sexual. In J. Cruz (Ed.), *VIII Seminário Internacional de Educação Física, Lazer e Saúde – Desenvolvimento Humano: Perspetivas para o Século XXI* (pp. 1–9). S. Luís do Maranhão, Brasil.

Anexos



CATOLICA

CRC-W · CATOLICA RESEARCH CENTRE FOR
PSYCHOLOGICAL, FAMILY AND SOCIAL WELLBEING

LISBOA

Exmo. Sr. Diretor da Escola Básica

A primeira fase do *Be Well and Healthy Teen Project* (#BeWellProject) que o CRC-W está a desenvolver, em parceria com a Direção-Geral da Saúde, e no qual a Vossa Escola generosamente colaborou o ano letivo passado, o que muito agradecemos, encontra-se concluída. Esta fase permitiu compreender as associações entre bem-estar, desajustamento socioemocional (e.g., problemas de ansiedade, comportamento hostil), hábitos de vida pouco saudáveis, e diversos fatores de risco e protetores (e.g., familiares), o que levou à definição das áreas-chave do programa de intervenção que agora propomos.

Nesta segunda fase do projeto, para a qual gostaríamos de convidar novamente a Vossa Escola a participar, iremos implementar e avaliar o programa de intervenção que estamos a construir, tendo como público-alvo os alunos do 8º ano de escolaridade.

O programa totaliza 11 sessões de intervenção em formato dinâmico, interativo e grupal (semanais, com a duração de 90 minutos) e irá incidir nas seguintes temáticas: regulação emocional, literacia emocional, comunicação, literacia em saúde, estilos de vida saudáveis, propósito de vida, compromisso, resiliência, e relação com a família. Neste sentido, pretendemos também realizar 2 sessões com os pais destes alunos (em horário pós-laboral). O programa será implementado por duas alunas finalistas do Mestrado em Psicologia do Bem-estar e Promoção da Saúde, da Universidade Católica Portuguesa, e deverá decorrer entre janeiro e abril de 2019, em horário não letivo (se possível à 6ª feira, 10h45-12h30, por sugestão da Dra. Carla Marques).

Solicita-se, assim, a mobilização de dois grupos de alunos do 8º ano de escolaridade: 1 grupo de 20-25 alunos para participar no programa de intervenção este ano letivo e 1 outro grupo que funcionará como “grupo de controlo” para efeitos de avaliação da eficácia do programa, mas que poderá ser alvo da mesma intervenção no próximo ano letivo. A participação dos alunos será voluntária e todos os dados recolhidos são confidenciais, para além de que serão trabalhados em termos grupais, nunca sendo possível associar a identidade de cada aluno aos seus resultados.

Desde já nos disponibilizamos para prestar qualquer esclarecimento adicional (ritafrancisco@ucp.pt) e agradecemos a Vossa colaboração.

A coordenadora do projeto de investigação e do CRC-W:

Rita Francisco, Professora Auxiliar da FCH

Lisboa, 06 de dezembro de 2018



CATOLICA

CRC-W · CATOLICA RESEARCH CENTRE FOR
PSYCHOLOGICAL, FAMILY AND SOCIAL WELLBEING

LISBOA

Caríssimos Pais e Mães,

Caríssimos Encarregados de Educação,

Escrevemos esta carta para vos informar do desenvolvimento do programa de promoção da saúde e bem-estar dos adolescentes na Escola do(a) seu(sua) filho(a)/educando, integrado no **Be Well and Healthy Teen Project**, um projeto desenvolvido pela Universidade Católica Portuguesa em parceria com a Direção-Geral da Saúde. O ano letivo passado a Escola participou na primeira fase deste projeto, o que permitiu definir as áreas-chave do programa de intervenção que agora propomos para alunos do 8º ano de escolaridade.

Acreditamos que é importante trabalhar competências sócio-emocionais e a literacia em saúde para prevenir atitudes e comportamentos pouco saudáveis, que nalguns casos podem levar a problemas mais graves (ex., perturbações de ansiedade, comportamento hostil, obesidade, consumo de substâncias), e oferecer aos jovens ferramentas que lhes permitam desenvolver os seus recursos e virtudes, e fortalecer a sua capacidade de resiliência para enfrentar os desafios da adolescência.

A turma do seu educando foi selecionada para beneficiar deste programa de intervenção durante este ano letivo, pelo que gostaríamos de convidar o(a) seu(sua) filho(a)/educando a participar.

O programa, desenvolvido num formato dinâmico, interativo e grupal, decorrerá durante o **2º período**, em horário não letivo (**6ªs feiras, entre as 10h e as 11h30**), com sessões semanais, num total de **11 sessões**. Os dados disponibilizados não serão analisados individualmente, mas sim em termos gerais, juntamente com as respostas dos outros participantes, permitindo a avaliação do impacto real do programa. Não haverá quaisquer consequências para quem se recusar participar.

Uma vez que o programa também pretende promover a reflexão fora da Escola, a sua colaboração é fundamental! Esperamos que os vossos filhos conversem convosco acerca do conteúdo do programa e que este possa ser objeto de um enriquecedor intercâmbio de opiniões no seio das vossas famílias.

Para qualquer esclarecimento, contactar a coordenadora do projeto, Professora Doutora Rita Francisco (ritafrancisco@ucp.pt).

Agradecemos a colaboração e esperamos que o seu educando possa beneficiar deste projeto!

✂ -----

Por favor, entregue este destacável ao(à) Diretor(a) de Turma do seu educando na primeira semana de aulas do 2º período.

Eu, _____, encarregado(a) de educação do(a) aluno(a) _____, autorizo a sua participação no referido programa.

Data

Assinatura do Encarregado de Educação



CATÓLICA

CRC-W · CATOLICA RESEARCH CENTRE FOR
PSYCHOLOGICAL, FAMILY AND SOCIAL WELLBEING

LISBOA

Original

Consentimento Informado

O CRC-W, centro de investigação da Universidade Católica Portuguesa, e a Direção-Geral da Saúde, convida-o(a) a participar no **#EntreViagensAprendizagens**, um programa semanal em que se pretende desenvolver com os jovens ferramentas que lhes permitam desenvolver os seus recursos e virtudes, e fortalecer a sua capacidade de resiliência para enfrentar os desafios da adolescência.

Vamos entrar numa viagem para um mundo melhor! Ao longo de 10 semanas, em sessões de 1h30, a vossa bagagem vai ficando enriquecida com aprendizagens que vão fazer em diferentes pontos da cidade (e.g., Mercado das Emoções, Ginásio da Mente), e que serão muito úteis para a vossa vida.

Todas as atividades do programa serão desenvolvidas em grupo, de forma dinâmica e interativa.

A participação é voluntária e os dados disponibilizados são confidenciais, não havendo quaisquer consequências para quem se recusar participar. Se alguma situação de risco for identificada será abordada com o adolescente e devidamente encaminhada.

Eu, _____ (nome), declaro que tomei conhecimento do objetivo do programa.

Declaro ainda que fui informado(a) que tenho o direito a recusar participar e que a minha recusa em fazê-lo não terá consequências para mim.

Assim, declaro que aceito participar no programa.

Assinatura: _____

Data: / /2019

Contacto da responsável pelo programa:

Rita Francisco, ritafrancisco@ucp.pt

Diretora do CRC-W | Professora Auxiliar

Faculdade de Ciências Humanas, Palma de Cima, 1649-023 Lisboa.



CATOLICA

**CRC-W · CATOLICA RESEARCH CENTRE FOR
PSYCHOLOGICAL, FAMILY AND SOCIAL WELLBEING**

LISBOA

PROTOCOLO DE INVESTIGAÇÃO

N.º ___ / ___

2019

- Muito má
- Má
- Nem boa nem má
- Boa
- Muito boa

- Muito má
- Má
- Nem boa nem má
- Boa
- Muito boa

13.5. ...o(a) seu(sua) Namorado(a) (Se não tiver namorado(a), passe à questão seguinte)

- Muito má
- Má
- Nem boa nem má
- Boa
- Muito boa

14. Hábitos de Vida

14.1. Nos últimos 7 dias, quantos dias praticou atividade física num total de pelo menos 60 minutos por dia (p.e., ginástica, desporto, jogar futebol, ir a pé para a escola, limpar o pó, varrer, etc)?

- | | |
|---------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 0 dias | <input type="checkbox"/> 4 dias |
| <input type="checkbox"/> 1 dia | <input type="checkbox"/> 5 dias |
| <input type="checkbox"/> 2 dias | <input type="checkbox"/> 6 dias |
| <input type="checkbox"/> 3 dias | <input type="checkbox"/> 7 dias |

14.2 No seu tempo livre, durante a semana, quantas horas por dia costuma ver televisão, incluindo vídeo e DVD?

- Nenhuma Cerca de meia hora a 1h/dia Cerca de 1 a 3h/dia 4 ou mais horas/dia

14.3 Nas várias épocas do ano como gosta de ocupar os seus tempos livres?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ouvir música | <input type="checkbox"/> Ir à praia |
| <input type="checkbox"/> Jogar às cartas, jogos de vídeo ou computador | <input type="checkbox"/> Dormir |
| <input type="checkbox"/> Conversar com os amigos | <input type="checkbox"/> Ler |
| <input type="checkbox"/> Ver televisão ou vídeo | <input type="checkbox"/> Outro. Qual? _____ |

15. Nos últimos 6 meses, com que frequência sentiu o seguinte? (Assinale 1 resposta por cada linha)

	Diariamente	Às vezes	Nunca
Dores de cabeça	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dores de estômago	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estar deprimido(a) (com tristeza)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estar de mau humor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estar nervoso(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16. Alimentação

16.1. Normalmente, com que frequência toma o pequeno-almoço (mais do que um copo de leite ou sumo)? (Assinale uma opção para os dias de semana e outra para o fim-de-semana)

16.2.

Durante a semana:

- Nunca tomo pequeno-almoço durante a semana
- Um dia
- Dois dias
- Três dias
- Quatro dias
- Cinco dias

Durante os dias do fim-de-semana:

- Nunca tomo pequeno-almoço durante o fim-de-semana
- Geralmente tomo pequeno-almoço apenas um dos dias do fim-de-semana (Sábado **OU** Domingo)
- Geralmente tomo pequeno-almoço nos dois dias do fim-de-semana (Sábado **E** Domingo)

Durante a semana, quantas vezes come ou bebe os alimentos que se seguem? (Assinale uma opção em cada linha)

	Nunca	Menos do que 1 vez por semana	1 vez por semana	2 a 4 dias por semana	5 a 6 dias por semana	Todos os dias, 1 vez por dia	Todos os dias, mais do que 1 vez
1. Sopa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Frutas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Vegetais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Doces (rebuçados/chocolates)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Colas ou outros refrigerantes açucarados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Carne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Peixe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Farináceos (pão, massas, arroz)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Laticínios (leite, queijo, iogurte)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. <i>Fast food</i> (hambúrguer, pizza)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. Sono

17.1. Quantas horas, em média, dorme por dia nos dias de semana? ____ horas

17.2. Quantas horas, em média, dorme por dia nos dias de fim-de-semana? ____ horas

18. Uso de Substâncias

18.1 Quantas vezes fuma tabaco?

Todos os dias Pelo menos 1 vez por semana Eu não fumo

18.2 Com que frequência bebe alguma bebida alcoólica como cerveja, vinho ou bebidas destiladas (whisky, vodka, shots, etc.)? Tente responder em relação a todas as vezes que bebeu, mesmo em pequenas quantidades.

	Diariamente	Semanalmente	Mensalmente	Raramente	Nunca
Cerveja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vinho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bebidas destiladas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18.3 Já alguma vez ficou embriagado (“apanhou uma bebedeira”)?

Não, nunca Sim, uma vez Sim, 2 a 3 vezes Sim, mais de 4 vezes

18.4 Já alguma vez experimentou algum destes produtos?

- Medicamentos para ficar mais calmo ou mais ativo (sem receita médica)
- Estimulantes (“speeds”)
- Heroína
- Haxixe
- Cocaína
- Ecstasy
- Cola sintética ou solvente
- LSD

- Outro produto. Qual? _____
- Nunca experimentei nenhum destes produtos

18.5 Quantas vezes consumiu drogas no último mês?

- Nenhuma Uma vez Mais do que uma vez Consumo regularmente

19. Violência

19.1 Quantas vezes foi provocado na escola, nos últimos 2 meses?

- Não fui provocado na escola, nos últimos 2 meses
- Aconteceu apenas uma a duas vezes
- Duas ou 3 vezes num mês
- Cerca de uma vez por semana
- Diversas vezes por semana

19.2 Quantas vezes tomou parte em provocações a outro(s) aluno(s) nos últimos 2 meses?

- Não tomei parte em provocações na escola, nos últimos 2 meses
- Aconteceu apenas uma a duas vezes
- Duas ou 3 vezes num mês
- Cerca de uma vez por semana
- Diversas vezes por semana

19.3 Quantas vezes se envolveu em lutas no último ano?

- Não, nunca
- Sim, 1-3 vezes
- Sim, mais de 4 vezes

19.4 Nos últimos 30 dias, quantas vezes andou com uma arma, como por exemplo uma navalha ou pistola?

- Não andei com uma arma nos últimos 30 dias
- 1 dia
- 2 ou 3 dias
- 4 ou 5 dias
- 6 ou mais dias

20. Comportamentos sexuais

20.1 Quantas anos tinha quando teve a sua primeira relação sexual?

- | | |
|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Nunca tive | <input type="checkbox"/> 14 anos |
| <input type="checkbox"/> 11 ou menos | <input type="checkbox"/> 15 anos |
| <input type="checkbox"/> 12 anos | <input type="checkbox"/> 16 anos |
| <input type="checkbox"/> 13 anos | <input type="checkbox"/> 17 anos ou mais |

20.2 A última vez que teve relações sexuais, que método usaram para prevenir a gravidez?

- Nunca tive relações sexuais
 - Não foi usado nenhum método para prevenir a gravidez
- Se **sim** que método usaram:
- | | |
|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Pílula | <input type="checkbox"/> Coito interrompido |
| <input type="checkbox"/> Preservativo | <input type="checkbox"/> Outro método |
| <input type="checkbox"/> Espermicida | <input type="checkbox"/> Não tenho a certeza |

20.3 Já alguma vez teve relações sexuais porque tinha bebido álcool demais ou tomado drogas?

- Sim Não

21. Ambiente escolar

21.1. Na sua opinião, o que é que os seus professores pensam acerca da sua capacidade escolar comparada com a dos seus colegas?

- Nenhuma
- Boa
- Média
- Inferior à média

21.2. Atualmente o que sente pela escola?

- Gosto muito
- Gosto um pouco
- Não gosto muito
- Não gosto nada

22. Atualmente está a fazer dieta, ou alguma outra coisa para perder peso?

- Não, o meu peso está bom
- Não, mas preciso de perder peso
- Não, eu preciso é de ganhar peso
- Sim

23. Atividades extracurriculares

Assinale com um X as atividades extracurriculares em que participa (Pode escolher mais do que uma opção)

- Desportos de equipa** (por exemplo, basquetebol, voleibol, futebol)
-
- Desportos individuais** (por exemplo, atletismo, ginástica, judo, *surf*, golfe)
- Serviço Comunitário** (por exemplo, voluntariado num Hospital ou no Jardim Zoológico)
- Escutismo**
- Grupos de jovens da Igreja**
- Jornal/Clube de Escrita/Rádio escolar**
- Dança**
- Teatro**
- Música/Banda/Coro**
- Outra** (por favor, escreva qual: _____)

EDRE

(Gratz & Roemer, 2004; versão portuguesa de Fernandes, Coutinho & Ferreirinha, 2007)

Por favor indique com que frequência as seguintes afirmações se aplicam a si, colocando o número apropriado da escala abaixo indicada:

Quase nunca (0-10%)	Algumas vezes (11-35%)	Metade das vezes (36-65%)	A maioria das vezes (66-90%)	Quase sempre (91-100%)
1	2	3	4	5

1. Percebo com clareza os meus sentimentos.	1	2	3	4	5
2. Presto atenção a como me sinto.	1	2	3	4	5

21. Quando estou em baixo, sinto-me envergonhado de mim próprio por me sentir assim.	1	2	3	4	5
22. Quando estou em baixo, sei que vou conseguir encontrar uma maneira de me sentir melhor.	1	2	3	4	5

Quase nunca (0-10%)	Algumas vezes (11-35%)	Metade das vezes (36-65%)	A maioria das vezes (66-90%)	Quase sempre (91-100%)
1	2	3	4	5

23. Quando estou em baixo, sinto que sou fraco.	1	2	3	4	5
24. Quando estou em baixo, sinto que consigo manter o controlo dos meus comportamentos.	1	2	3	4	5
25. Quando estou em baixo, sinto-me culpado por me sentir assim.	1	2	3	4	5
26. Quando estou em baixo, tenho dificuldades em concentrar-me.	1	2	3	4	5

29. Quando estou em baixo, fico irritado comigo próprio por me sentir assim.	1	2	3	4	5
30. Quando estou em baixo, começo a sentir-me muito mal comigo próprio.	1	2	3	4	5
31. Quando estou em baixo, acho que a única coisa que eu posso fazer é afundar-me nesse estado.	1	2	3	4	5

EPOCH

(Kern, Benson, Steinberg, & Steinberg, 2015; versão portuguesa Francisco, Hormigo, Sesifredo, & Raposo, 2019)
 Este é um questionário sobre si! Por favor, leia cada uma das seguintes afirmações e selecione a opção de resposta que melhor o(a) descreve. Por favor, seja honesto(a) - não há respostas certas ou erradas!

Quase nunca	Às vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	Quase sempre
1	2	3	4	5

Quando algo de bom acontece comigo, eu tenho pessoas com quem gosto de partilhar as boas notícias	1	2	3	4	5
Acabo tudo aquilo que começo	1	2	3	4	5
Sou otimista acerca do meu futuro	1	2	3	4	5

Nada parecido comigo	Um pouco parecido comigo	Mais ou menos como eu	Parecido comigo	Muito parecido comigo
1	2	3	4	5

Quando estou a aprender algo novo, perco a noção de quanto tempo passou	1	2	3	4	5
---	----------	----------	----------	----------	----------

Sou uma pessoa alegre	1	2	3	4	5
-----------------------	----------	----------	----------	----------	----------

SDQ-For (A11-17)

(Goodman, 1999; versão portuguesa de Fleitlich, Loureiro, Fonseca & Gaspar, s.d.)

Encontra a seguir 25 frases. Para cada uma delas marque, com um círculo, um dos seguintes números:

Não é verdade	É um pouco verdade	É muito verdade
1	2	3

Ajuda-nos muito se responder a todas as afirmações o melhor que puder, mesmo que não tenha a certeza absoluta ou que a afirmação lhe pareça estranha. Por favor, responda baseando-se na forma como as coisas lhe têm corrido nos últimos seis meses.

1. Tento ser simpático(a) com as outras pessoas. Preocupo-me com o que sentem	1	2	3
---	----------	----------	----------

5. Irrito-me e perco a cabeça muitas vezes	1	2	3
6. Estou quase sempre sozinho(a), jogo sozinho(a). Sou reservado(a)	1	2	3

7. Normalmente faço o que me mandam	1	2	3
8. Preocupo-me muito	1	2	3
9. Gosto de ajudar se alguém está magoado, aborrecido ou doente	1	2	3

16. Fico nervoso(a) em situações novas. Facilmente fico inseguro(a)	1	2	3
17. Sou simpático(a) para os mais pequenos	1	2	3
18. Sou muitas vezes acusado/a de mentir ou enganar	1	2	3
19. As outras crianças ou jovens metem-se comigo, ameaçam-me ou intimidam-me	1	2	3

24. Tenho muitos medos, assusto-me facilmente	1	2	3
25. Geralmente acabo o que começo. Tenho uma boa atenção	1	2	3

ICF

(Teodoro, Allgayer & Land, 2009; versão portuguesa de Francisco, 2015)

Este questionário aborda um tema sobre o qual todos nós temos muito a dizer: **a nossa família**. Gostaríamos de lhe pedir que pense sobre o(s) membro(s) da sua família e sobre a forma como eles, geralmente, se relacionam.

Abaixo estão algumas frases que descrevem situações e sentimentos que podem ou não ocorrer no dia-a-dia de qualquer família. Leia cada frase e responda se se aplica ou não à sua família, utilizando os seguintes números:

Discordo completamente	Discordo um pouco	Concordo mais ou menos	Concordo muito	Concordo completamente
1	2	3	4	5

Lembre-se de que **não** existem respostas certas ou erradas. Apenas pretendemos saber como as coisas têm estado na sua família **ultimamente**.

Na minha família...

1. Procuramos ajudar as pessoas da nossa família quando percebemos que estão com problemas	1	2	3	4	5
2. As proibições são constantes	1	2	3	4	5

21. Ajudamo-nos financeiramente uns aos outros	1	2	3	4	5
22. As pessoas ajudam-me a fazer as coisas quando não tenho tempo	1	2	3	4	5

NVS-PT

(Weiss et al., 2005; versão portuguesa de Paiva et al., 2017)

Leia esta informação, que se encontra no verso de uma embalagem de 0,5L de gelado.

Informação nutricional		
Cada porção tem		125 mL
Porções por embalagem		4
Quantidades por porção		
Calorias	250	Calorias provenientes de gordura 120
		%VDR*
Teor total de gordura	13 g	20%
Gorduras saturadas	9 g	40%
Colesterol	28 mg	12%
Sódio	55 mg	2%
Teor total de hidratos de carbono	30 g	12%
Fibra alimentar	2 g	
Açúcares	23 g	
Proteínas	4 g	8%

*As percentagens do valor diário recomendado (VDR) são baseadas numa dieta de 2000 calorias diárias. Os seus valores diários podem ser mais baixos ou mais elevados dependendo das suas necessidades calóricas.

Ingredientes: Natas, leite magro, xarope, água, gemas de ovo, açúcar mascavado, gordura do leite, óleo de amendoim, açúcar, manteiga, sal, carragenina, extracto de baunilha.

Responda agora às questões que se seguem:

1. Se comer a embalagem inteira, quantas calorias estará a consumir?

Suponha que é alérgico às seguintes substâncias: penicilina, amendoins, látex e picadas de abelha.

5. É seguro para si comer este gelado?

6. Se respondeu “não” à pergunta 5: Porque não?

MUITO OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO!

1. Em geral, gostaste da sessão de hoje? Faz um círculo no número que melhor representa o que estás a sentir.

Não gostei	Gostei pouco	Gostei	Gostei muito
0	1	2	3

2. O que gostaste mais na sessão de hoje?

3. O que gostaste menos na sessão de hoje?

1. Em geral, gostaste de participar neste programa de intervenção? Faz um círculo no número que melhor representa o que estás a sentir.

Não gostei	Gostei pouco	Gostei	Gostei muito
0	1	2	3

2. Quais foram as grandes aprendizagens que este programa te proporcionou?

3. Em geral, o que eu gostei mais no programa #EntreViagenseAprendizagens foi...

4. Em geral, o que eu gostei menos no programa #EntreViagenseAprendizagens foi...

5. Houve alguma coisa que gostarias que tivesse sido abordado e não foi? Se sim, o quê?

6. Se pudesses alterar alguma coisa do #EntreViagenseAprendizagens, o que seria?

7. Recomendarias aos teus amigos e colegas de escola que participassem neste programa? Porquê?

8. Se pudesses descrever o #EntreViagenseAprendizagens apenas numa palavra, qual seria?

Diploma

Confere-se este diploma a _____, aluno(a) da
Escola Básica _____, pela sua participação **EMPENHADA** no Programa
#EntreViagenseAprendizagens, realizado no período de 18 de janeiro a 5 de abril de 2019.



As Dinamizadoras

#EntreViagenseAprendizagens



CATOLICA

CRC-W · CATOLICA RESEARCH CENTRE FOR
PSYCHOLOGICAL, FAMILY AND SOCIAL WELLBEING