Lusíada
Repositório das Universidades Lusíada

Universidades Lusíada

Santos, Márcia Vanessa Lapa, 1999-

A relação da ansiedade e da depressão na qualidade de vida dos adolescentes

http://hdl.handle.net/11067/6614

Metadados

Data de Publicação 2022

Resumo O seguinte estudo, tem como objetivo compreender e caracterizar a relação da ansiedade e da depressão na qualidade de vida dos adolescentes. A partir do objetivo principal, foram delineados objetivos específicos a serem avaliados ao longo do estudo, tais como: compreender e caracterizar a ansiedade, depressão, a qualidade de vida, o género e a região. O presente estudo terá a participação de adolescentes do estudo Health Behavior in School-aged Children (HBSC) de 2018 (Matos et al., 2018), engl...

The following study aims to understand and characterize the relationship between anxiety and depression in the quality of life of adolescents. From the main objective, specific objectives were outlined to be evaluated throughout the study, such as: understanding and characterizing anxiety, depression, quality of life, gender and region. The present study will have the participation of adolescents from the 2018 Health Behavior in School-aged Children (HBSC) study (Matos et al., 2018), encompassi...

Palavras Chave Ansiedade na adolescência, Depressão em adolescentes, Qualidade de vida, Jovens - Psicologia

Tipo masterThesis

Revisão de Pares Não

Coleções [ULL-IPCE] Dissertações

Esta página foi gerada automaticamente em 2024-10-12T04:00:30Z com informação proveniente do Repositório

http://repositorio.ulusiada.pt

UNIVERSIDADE LUSÍADA

INSTITUTO DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

Mestrado em Psicologia Clínica

A relação da ansiedade e da depressão na qualidade de vida dos adolescentes

Realizado por:
Márcia Vanessa Lapa Santos

Orientado por:
Prof.ª Doutora Tânia Gaspar Sintra dos Santos

Constituição do Júri:

Presidente: Prof.ª Doutora Túlia Rute Maia Cabrita
Orientadora: Prof.ª Doutora Tânia Gaspar Sintra dos Santos
Arguente: Prof. Doutor António Martins Fernandes Rebelo

Dissertação aprovada em: 11 de novembro de 2022

Lisboa

2022

UNIVERSIDADE LUSÍADA

INSTITUTO DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

Mestrado em Psicologia Clínica

A relação da ansiedade e da depressão na qualidade de vida dos adolescentes

Márcia Vanessa Lapa Santos

Lisboa

Agosto 2022

UNIVERSIDADE LUSÍADA

INSTITUTO DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

Mestrado em Psicologia Clínica

A relação da ansiedade e da depressão na qualidade de vida dos adolescentes

Márcia Vanessa Lapa Santos

Lisboa

Agosto 2022

Márcia Vanessa Lapa Santos

A relação da ansiedade e da depressão na qualidade de vida dos adolescentes

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade Lusíada para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica.

Orientadora: Prof.ª Doutora Tânia Gaspar Sintra dos Santos

Lisboa

Agosto 2022

FICHA TÉCNICA

Autora Márcia Vanessa Lapa Santos

Orientadora Prof.ª Doutora Tânia Gaspar Sintra dos Santos

Título A relação da ansiedade e da depressão na qualidade de vida dos adolescentes

Local Lisboa

Ano 2022

MEDIATECA DA UNIVERSIDADE LUSÍADA - CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO

SANTOS, Márcia Vanessa Lapa, 1999-

A relação da ansiedade e da depressão na qualidade de vida dos adolescentes / Márcia Vanessa Lapa Santos ; orientado por Tânia Gaspar Sintra dos Santos. - Lisboa : [s.n.], 2022. - Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, Instituto de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade Lusíada.

I - GASPAR, Tânia, 1977-

LCSH

1. Ansiedade na adolescência
2. Depressão em adolescentes
3. Qualidade de vida
4. Jovens - Psicologia
5. Universidade Lusíada. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Teses
6. Teses - Portugal - Lisboa

1. Anxiety in adolescence
2. Depression in adolescence
3. Quality of life
4. Youth - Psychology
5. Universidade Lusíada. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Dissertations
6. Dissertations, academic - Portugal - Lisbon

LCC

1. RJ503.S26 2022

Agradecimentos

A concretização da presente dissertação, só poderia ter sido feita com o apoio incondicional de determinadas pessoas e a todas elas estou internamente grata. Gostaria de agradecer, primeiramente aos meus pais, António Manuel Martins Santos e Ana Lúcia Almeida Lapa Santos, por darem sempre a oportunidade de realizar os meus sonhos, pela paciência, por acreditarem sempre em mim, por motivarem, por serem o meu pilar, pelo orgulho que tem em mim e por apoiarem nos momentos mais difíceis.

À minha família toda, principalmente aos meus avós António Duarte Lapa, Prazeres Almeida Lapa e Maria da Conceição Rodrigues Martins dos Santos; à minha prima Maria Candeias e madrinha Inês Lapa, pelo apoio dado ao longo destes anos, por acreditarem em mim e terem sempre orgulho em mim. Um agradecimento especial ao meu avô Rui António Gago dos Santos, que apesar de não estar fisicamente há três anos, sei que anda sempre comigo e que está muito orgulhoso da menina que se tornou numa grande mulher.

Um agradecimento à minha grande amiga Alexandra Filipa Alvega Leal, pela paciência, pela partilha de conhecimento, pelas dúvidas esclarecidas, pela honestidade, por acreditar em mim e dar-me a mão nos momentos mais difíceis. Agradeço a todas as colegas de turma, pelo apoio prestado ao longo destes dois anos, principalmente às colegas Catarina Novo, Maria Freitas, Carolina Pinheiro e Catarina Reis.

Agradeço o apoio prestado da minha madrinha de faculdade Carolinha Heliodoro; aos meus afilhados Bárbara Guilherme, André Vieira, Inês Santos, Maria de Fátima, Marisa Boulhosa e as minhas colegas Joana Dias e Mónica Viveiros.

Um agradecimento à minha chefe de trabalho pela preocupação, apoio e atenção durante este processo. Mas também aos meus colegas de trabalho, pelo apoio e motivação dada ao longo deste processo de escrita.

Um agradecimento aos professores que me acompanharam ao longo da licenciatura e do mestrado, que foram importantes na passagem de conhecimentos/ensinamentos que contribuíram para a minha formação e prática.

Agradeço especialmente, à minha orientadora professora doutora Tânia Gaspar, pela paciência, esclarecimento de dúvidas e apoio prestado ao longo da concretização da presente dissertação.

"Os dias prósperos não vem por acaso, nascem de muito trabalho e persistência" - Henry Ford

"Procura hoje as tuas palavras, diz ao mundo quem tu és e como vais fazer para o melhorar" - Peter Halmilton Reynolds

Resumo

O seguinte estudo, tem como objetivo compreender e caracterizar a relação da ansiedade e da depressão na qualidade de vida dos adolescentes. A partir do objetivo principal, foram delineados objetivos específicos a serem avaliados ao longo do estudo, tais como: compreender e caracterizar a ansiedade, depressão, a qualidade de vida, o género e a região.

O presente estudo terá a participação de adolescentes do estudo Health Behavior in School-aged Children (HBSC) de 2018 (Matos *et al.*, 2018), englobando uma amostra de 1711, sendo 929 do género feminino e 782 do género masculino. A idade dos participantes será de 15 anos, frequentando o 10º ano, sendo estes da região Lisboa e Vale do Tejo (Matos *et al.*, 2018). A recolha de dados foi realizada através da aplicação do Kidscreen-10, a Escala de Depressão e a Escala de Ansiedade e Stress. Para além disso, foi realizada uma entrevista estruturada a 17 adolescentes, do género feminino e masculino, tendo como base o objetivo geral do estudo.

Os resultados demonstram que existe uma correlação forte e positiva entre a variável ansiedade e a variável depressão. Enquanto a variável qualidade de vida demonstra uma correlação forte e negativa. De acordo, com os presentes resultados do estudo e perante a literatura exibida, verifica-se que existe uma relação entre a ansiedade e a depressão, sendo que o aparecimento de uma leva a origem da outra, que por sua vez influência a qualidade de vida dos adolescentes negativamente.

Contribuindo assim, para compreensão da relação entre as perturbações na qualidade de vida do adolescente, demonstrando a necessidade de uma intervenção.

Palavras-Chave: Adolescência; Ansiedade; Depressão; Qualidade de Vida; Desenvolvimento.

Abstract

The following study aims to understand and characterize the relationship between anxiety and depression in the quality of life of adolescents. From the main objective, specific objectives were outlined to be evaluated throughout the study, such as: understanding and characterizing anxiety, depression, quality of life, gender and region.

The present study will have the participation of adolescents from the 2018 *Health Behavior in School-aged Children* (HBSC) study (Matos *et al.*, 2018), encompassing a sample of 1711, 929 females and 782 males. The age of the participants will be 15 years old, attending the 10th grade, being from the Lisbon and Tagus Valley region (Matos *et al.*, 2018). Data collection was performed using the Kidscreen-10, the Depression Scale and the Anxiety and Stress Scale. In addition, a structured interview was carried out with 17 adolescents, female and male, based on the general objective of the study.

The results demonstrate that there is a strong and positive correlation between the anxiety variable and the depression variable. While the quality of life variable shows a strong and negative correlation. In accordance with the present study results and in the light of the literature, it appears that there is a relationship between anxiety and depression, and the appearance of one leads to the origin of the other, which in turn influences the quality of life. of teenagers negatively.

Thus contributing to the understanding of the relationship between disturbances in the quality of life of adolescents, demonstrating the need for intervention.

Keywords: Adolescence; Anxiety; Depression; Quality of life; Development

Lista de Tabelas

Tabela 1- Estatística Descritiva- Ansiedade e Stress, Depressão e Qualidade de Vida. 43

Tabela 2- Qualidade de Vida. 44

Tabela 3- Escala de Depressão 45

Tabela 4- Escala de Ansiedade e Stress. 46

Tabela 5- Correlação de Pearson entre a Ansiedade e Stress, Depressão e Qualidade de Vida. 47

Tabela 6- Teste- T entre a variável género e as váriaveis: Ansiedade e Stress, Depressão e Qualidade de Vida. 48

Tabela 7- *Anova Unidirecional entre as regiões de Portugal e as variáveis: Ansiedade e Stress, Depressão e Qualidade de Vida.* 49

Tabela 8- Regressão Linear do género e as variáveis: Ansiedade e Stress, Depressão e Qualidade de Vida..... 50

Tabela 9- Análise qualitativa das Entrevistas realizadas aos Adolescentes. 51

Lista de Abreviaturas, Siglas e Acrónimos

APA - American Psychological Association

CLISSIS - Centro Lusíada de Investigação em Serviço Social e Intervenção Social

HBSC - Health Behavior in School-aged Children

IBM SPPS Statistics - Statistical Product and Service Solutions

OMS - Organização Mundial de Saúde

Índice

Agradecimentos V

Resumo IX

Abstract XI

Lista de Tabelas XIII

Lista de Abreviaturas, Siglas e Acrónimos XV

Introdução 1

Enquadramento teórico 5

Adolescência 5

Teoria Psicossocial do Desenvolvimento na Adolescência 7

Qualidade de vida na Adolescência 12

Ansiedade na Adolescência 16

Depressão na adolescência 22

A Ansiedade e a Depressão na Qualidade de Vida dos Adolescentes 28

Intervenção psicológica na ansiedade e depressão na adolescência 31

Objetivos 35

Metodologia 37

Participantes 37

Instrumentos 38

Procedimentos 41

Resultados 43

Discussão 59

Conclusão 67

Referências Bibliográficas 69

ANEXOS 77

Anexo I- Consentimento Informado 78

Anexo II- Guião de Entrevista Estruturada 80

Anexo III- KIDSCREEN-10 83

Introdução

A adolescência inicia-se entre os 10 anos e termina aos 19 anos (WHO, 2016). Esta fase é caracterizada, como um ciclo da vida humana, onde iram surgir diversas modificações (Domingos *et al.*, 2021), sendo essas modificações físicas, sociais e emocionais (Best & Ban, 2021). Para além disso, é considerada uma fase crítica (Curtis, 2015) e inevitável para o desenvolvimento do indivíduo, sendo um acontecimento necessário para a vida adulta (Barbosa- Silva, Pereira & Alves, 2021).

Na teoria psicossocial do desenvolvimento de Erik Erikson, verificamos que esta representa o indivíduo como um ser social, do qual vive em grupo e sofre uma influência deste (Rabello & Passos, 2008).

A seguinte teoria é constituída por oitos fases psicossociais, que vão influenciar mutuamente e interferir nas fases seguintes, provocando o desenvolvimento de crises do ego (de Figueiredo & Silva, 2021). A crise de identidade x confusão de identidade, será a mais abordar, uma vez que esta aborda a crise de identidade na adolescência (Rabello & Passos 2015).

Através da identidade x confusão de identidade compreendemos que a origem da crise de identidade está relacionada com o adolescente querer encaixar-se na sociedade e as modificações que surgem nesta passagem. Havendo, a necessidade de trabalhar e estabelecer uma segurança nas modificações que surgem e no desejo de ser aceite pela sociedade. Originando muitas vezes, o sentimento de ansiedade e vazio, por sua vez leva ao isolamento deste por não se sentir que pertence à sociedade (Rabello & Passos, 2008).

Assim, é relevante ter em conta quais os fatores que podem contribuir para a saúde e bem-estar do adolescente, uma vez que estas alterações podem influenciar a forma como o adolescente vê a sua qualidade de vida (Freire & Ferreira, 2018), e por sua vez prejudicar negativamente a qualidade de vida deste (da Costa *et al.*, 2020).

A qualidade de vida é multidimensional e subjetiva. Uma vez que apresenta diversos significados acerca desta que representam as experiências, os conhecimentos e os valores dos indivíduos e das sociedades (Soares *et al.*, 2011).

É caracterizado como um informado de bem-estar geral do indivíduo, abrangendo a felicidade e satisfação com a vida, encontra-se relacionado com dimensões físicas, individuais e sociais. Especialmente nos adolescentes, é necessário

haver uma melhor qualidade de vida, no sentido mais ecológico (Freire & Ferreira, 2018).

O estilo de vida que o adolescente adquire pode ser decisivo na qualidade de vida deste, uma vez que abrange comportamentos que podem prejudicar negativamente ou positivamente a sua saúde e vida. Alguns exemplos de comportamentos prejudiciais é a utilização de substâncias pode levar ao surgimento da ansiedade, bem como a utilização elevada de mídia social pode levar ao surgimento de depressão. Verifica-se que existem comportamentos que vão afetar negativamente a saúde e qualidade de vida, nomeadamente os sintomas de depressão e ansiedade que surgem na adolescência (da Costa *et al.*, 2020).

A ansiedade como a depressão, são consideradas as mais comuns no mundo (van Dalen *et al.*, 2020). Em relação a ansiedade, esta é definida pelo sofrimento emocional que causa à pessoa causando angústia ao pensar em acontecimentos futuros, criando um sofrimento físico e psicológico para o indivíduo (de Abre & Silveira, 2020).

Nos adolescentes, a ansiedade é caracterizada como o medo perante um ou mais situações sociais, provocadas pela observação, convívio social e quando o adolescente é exposto a avaliação dos outros (Viana & Lourenço, 2017).

A sua autoconsciência privada, pública e a influência dos pares vão ser fatores relevantes para o aparecimento de ansiedade (Leigh & Clark, 2018).

O aumento de sintomas de ansiedade na adolescência, leva ao aparecimento e desenvolvimento da depressão nos adolescentes (Raknes *et al.*, 2017).

Uma vez que existe comorbidade entre a ansiedade e a depressão (Viana & Lourenço, 2017). Diversos estudos mostram que ansiedade tem um início mais cedo, comparativamente com a depressão, existindo uma ligação temporal que insinua que a ansiedade se torna frágil ao desenvolvimento dos sintomas depressivos (Cruz & Marques, 2015).

A depressão é caracterizada como uma perturbação afetiva que gera modificações mentais, corporais e de humor (Feitosa & Machado, 2011). Normalmente os adolescentes apresentam sintomas de depressão, como por exemplo a perda de interesse ou prazer por atividades escolares ou fora do contexto escolar; perturbações do sono; dificuldade de concentração e atenção podem vir acompanhados de problemas comportamentais ou mau desempenho escolar; aumento de peso; fadiga; ausência de brincadeiras com os colegas e recursar ir à escola; humor depressivo; baixa autoestima;

auto- desvalorização; queixas sintomáticas; agitação motora e sinais não verbais de comportamento suicídio (Martínez, 2014).

Diversos estudos aponta a permanência da depressão na adolescência, por existir uma ligação direta com os fatores biopsicossociais, principalmente a socialização, apoio familiar, apoio social, satisfação com a vida, bem-estar emocional, físico e psicológico. Isto vai influenciar experiências de instabilidade, fazendo com que os adolescentes sofram modificações emocionais e comportamentais, levando a alterações na perceção da qualidade de vida destes. Assim, a depressão e a ansiedade vão provocar alterações na perceção da qualidade de vida dos adolescentes (Lima Coutinho *et al.*, 2016).

Sendo comprovado através de estudos que apresentam a ansiedade e a depressão, tendo uma relação restrita com a qualidade de vida. A ansiedade apresenta uma relação negativa com a qualidade de vida, assim como depressão (Geng *et al.*, 2020).

Os sintomas das perturbações de ansiedade e depressão podem influenciar o dia-a-dia dos adolescentes (Munthe- Kaas *et al.*, 2014) e provocar problemas sociais (de Gusmão *et al.*, 2020)., por isso ser fundamental o auxílio de profissionais para a melhoria da qualidade de vida e bem-estar do mesmo (Munthe- Kaas *et al.*, 2014).

Por isso, ser necessário a realização de intervenções psicológicas, que abrangem uma intervenção com diversos profissionais para que haja um tratamento adequado (de Gusmão *et al.*, 2020). No caso das perturbações de ansiedade e depressão, a intervenção mais empregada é a terapia cognitivo-comportamental (Thabrew *et al.*, 2018), que tem demonstrado ser um método eficiente na obtenção de resultados aceitáveis e bom prognóstico (de Gusmão *et al.*, 2020).

O seguinte estudo foi elaborado a partir da colaboração entre o Centro Lusíada de Investigação em Serviço Social e Intervenção Social (CLISSIS) e o Grupo Nacional responsável pelo Estudo *Health Behavior in Shcool-aged Children*, tendo a coordenação da Professora Doutora Tânia Gaspar.

O interesse de estudo sobre a relação da ansiedade e da depressão na qualidade de vida dos adolescentes, surge por serem as principais doenças mentais a nível mundial e pela escassez de literatura sobre a relação destas duas perturbações na qualidade de vida dos adolescentes. Por isso, ser relevante existir um estudo desta temática para o desenvolvimento e planeamento de melhores estratégias para intervir junto dos adolescentes com estas perturbações para melhoramento da qualidade de vida destes. Mas também para a prevenção do surgimento destas nesta fase da adolescência.

O principal objetivo deste estudo consiste em compreender e caracterizar a relação da ansiedade e da depressão na qualidade de vida dos adolescentes. Tendo em conta ao principal objetivo, foram delineados objetivos específicos, tais como: compreender e caracterizar a ansiedade dos adolescentes; compreender e caracterizar a depressão dos adolescentes; compreender e caracterizar a qualidade de vida dos adolescentes; compreender e caracterizar a relação da ansiedade e a depressão na qualidade de vida dos adolescentes; e compreender e caracterizar a relação da ansiedade, depressão e a qualidade de vida segundo o género e a região.

Relativamente ao estudo, este é composto no primeiro momento pelo enquadramento teórico, abordando a adolescência, a teoria psicossocial do desenvolvimento na adolescência, qualidade de vida na adolescência, ansiedade na adolescência, depressão na adolescência, a ansiedade e a depressão na qualidade de vida dos adolescentes e intervenção psicológica na ansiedade e depressão na adolescência.

No segundo momento do estudo, este é composto primeiramente pelos objetivos, a metodologia, resultados, discussão e conclusão.

Enquadramento teórico

Adolescência

A adolescência é uma construção teórica que se encontra em constante progresso dinâmico, do qual é clarificada por fatores psicossociais, temporais e culturais (Curtis, 2015).

A seguinte fase é caracterizada, como um ciclo da vida humana, com diversas modificações e continuas mudanças (Domingos *et al.*, 2021). Tendo sido considerada uma fase crítica (Curtis, 2015) e inevitável do desenvolvimento, sendo um acontecimento obrigatório para posteriormente a vida adulta (Barbosa- Silva, Pereira & Alves, 2021).

A adolescência é uma fase onde ocorre a puberdade, atuando na aquisição de novas aprendizagens e conhecimentos que prepara o adolescente para a vida adulta (Gadêlha & Gonçalves, 2017).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) determino que o período da adolescência se inicia aos 10 anos e termina aos 19 anos, sendo esta repartida em duas fases. A primeira fase, ocorre entre os 10 aos 14 anos, conhecida por pré-adolescência e a segunda fase, ocorre entre os 15 aos 19 anos, conhecida como a fase da adolescência (WHO, 2016).

Nesta fase vão existir diversas mudanças, sendo essas físicas, sociais e emocionais (Best & Ban, 2021), estimulando os procedimentos hormonais, que atuam em si e nas suas relações (Domingos *et al.*, 2021). Algumas dessas mudanças na adolescência, só vão estar completas por volta dos 18 anos, apesar de poder existir um desenvolvimento gradual depois dessa idade noutros domínios (Viçoso, 2005).

As mudanças que vão ocorrer na adolescência podem ser consideradas desafiadoras na vida do adolescente, dispondo-o em posições de diminuição social, relativamente ao mundo adulto (Barbosa- Silva, Pereira & Alves, 2021).

Esta passagem pode ser assinalada por alterações biopsicossociais, sendo que essas estão relacionadas com o aumento da responsabilidade social por parte do adolescente, alterações no estilo de vida, aprendizagem de diferentes modelos de comportamento, desenvolvimento da autonomia e autoestima (Lima *et al.*, 2018).

Para além das modificações biopsicossociais, esta fase é marcada por mudanças físicas. Nas mulheres podemos verificar essas mudanças, como o começo do ciclo

menstrual e nos homens o crescimento/ desenvolvimento do sistema reprodutor masculino. Verifica-se outras mudanças de características sexuais em ambos os géneros, como o aparecimento do acne, mudança na voz e crescimento do cabelo (Gadêlha & Gonçalves, 2017).

Esta transformação física vai contribuir para a construção da sua nova identidade que vai ser marcada pela passagem do adolescente da esfera familiar para a esfera social (Biazus & Ramires, 2012).

Esta passagem vai ser considerada a mais relevante na adolescência e um dos passos mais decisivos para a passagem do adolescente para a vida adulta. Assim, o adolescente vai necessitar de dar um sentido ao seu próprio eu, de forma que este sinta que esteja apto para encarar as crises da vida adulta (Gadêlha & Gonçalves, 2017).

Na infância, o sujeito tem uma perceção de si mesmo, sendo esta criada através de afirmações e características concebidas ao sujeito. Já na adolescência, esta perceção de identidade vai começar a ser formada (Felinto *et al.*, 2020).

Verifica-se nesta etapa sentimentos de incerteza entre a exploração de distintos papéis sociais e a complexidade em assumir totalmente as suas responsabilidades e os seus compromissos. Para além disso, o adolescente passa por cinco aspetos específicos desta construção de identidade, tais como: a investigação identitária, focar-se em si mesmo, sentimento de inconstância, sentimento de ambivalência e expetações quanto ao futuro (Felinto *et al.*, 2020).

Esta fase é marcada por alterações no comportamento durante adolescência, estas foram concebidas à corrente da atividade hormonal. Para além disso, poderá haver alterações no cérebro durante esta etapa. Uma das alterações que pode ocorrer é no córtex pré-frontal que vai ser reestruturado, e do qual é responsável pela tomada de decisões, do planeamento, da noção das consequências que essas decisões podem ter e do controlo dos impulsos (Best & Ban, 2021).

A adolescência é caracterizada como um período de aumento de comportamentos de risco, assim como um aumento da reatividade emocional. Estas modificações comportamentais podem ter influência de fatores ambientais externos e internos que acabam por fortalecer e incentivar a escolha dos seus comportamentos (Jaworska & MacQueen, 2015).

Assim, o comportamento de risco é o nome atribuído ao comportamento que o sujeito tem e age por impulso, sem ter em conta as consequências do respetivo ato, expondo-se a acontecimentos de perigo. Existem dois sentidos de perceção de risco,

sendo um deles encontra-se associados valores de bravura e coragem, com um certo sarcasmo em frente o perigo, provocação em relação ao impedimento e de expandir as conquistas. Noutro sentido, este refere-se pedidos de controlo, de aceitação as normas atuais sustentadas por um sentimento de desmoronamento pessoal ou social, em casa de desobediência. Caso haja um maior reconhecimento dos valores considerados de risco, assim como da complexidade no controle e aceitação das normas sociais impostas, faz com que o sujeito passe ao ato e aumentem os comportamentos de riscos (Carochinho, 2020).

Alguns dos comportamentos de riscos, superam os marcos e/ou a evolução da identidade do adolescente, o que pode incluir atividades ilícitas, fazer novas amizades, ir para uma escola nova ou experimentar outras atividades (Best & Ban, 2021).

No processo da construção da sua nova identidade e projeção do futuro pode-se dar uma crise, sendo esta associada a modificações e conflitos psicológicos intrínsecos à sua construção de identidade (Quiroga & Vitalle, 2013).

Algumas modificações e conflitos psicológicos que podem existir estão relacionados com o questionamento sobre quem verdadeiramente são e como estes podem encaixar na sociedade (Best & Ban, 2021).

As modificações psicológicas estão relacionadas com a mudança do humor, desejo sexual, desejo de viver excessivamente, criação de grupos, necessidade de ser aceite, afirmação em relação à sua identidade pessoal e sexual, assim como o começo da sua vida sexual (Amaral *et al.*, 2016).

Verifica-se que no desenvolvimento dos adolescentes, uma ampliação das competências cognitivas, sendo que estas vão contribuir para o desenvolvimento psicossocial nesta etapa. Dentro do desenvolvimento psicossocial, encontramos o desenvolvimento da identidade (*National Academies of Sciences et al.*, 2019).

Este desenvolvimento psicossocial, pode ser elucidado na teoria psicossocial do desenvolvimento de Erik Erikson, sendo mencionado um plano de vida constituído por oito fases psicossociais que vão influenciar-se umas as outras e que são representadas como guias. Das quais poderá desenvolver-se as crises do ego. Uma das crises do ego é a crise de identidade x confusão de identidade representa o surgimento da crise de identidade do adolescente (Rabello & Passos, 2015).

Teoria Psicossocial do Desenvolvimento na Adolescência

A teoria freudiana é uma das teorias que valoriza o estudo do ser humano, e da qual mantém o seu foco no ego. Por volta do século XX, houve uma evolução na teoria

freudiana. Esta evolução resultou de um desenvolvimento da teoria psicossocial do desenvolvimento humano, criada por Erikson, tendo como base os princípios psicanalíticos (Rabello & Passos, 2015). Os seus estudos, tinham como base as teorias psicossociais e as relações afetivas/comunitárias desde a infância (Nascimento *et al.*, 2015).

Erikson reproduziu assim, uma teoria da expetativa de vida, ou seja, este especulou acerca da natureza do desenvolvimento da personalidade conforme o desenvolvimento do indivíduo, desde o nascimento até à terceira idade (Syed & McLean, 2017).

Assim, esta teoria abrange o comportamento como procedimentos subjacentes, do quais podem ser considerados conscientes ou inconscientes. Determinados processos inconscientes podem vir-se a desenvolverem ao longo dos anos ou estarem exposto no nascimento (Leite & Silva, 2019).

Estudo realizados por Erikson, revelam que o desenvolvimento do ser humano, advém da ligação entres três dimensões e que dependem umas das outras, sem que ocorram através de um seguimento de ordem (Nascimento *et al.*, 2015). As respetivas dimensões, são a dimensão biológica, dimensão social e individual (Leite & Silva, 2019).

Relativamente à dimensão biológica, vai retratar o corpo ligado ao biológico (Nascimento *et al.*, 2015), demonstrando que esta dimensão é o suporte para o desenvolvimento e da qual existe o desenvolvimento das outras dimensões. Este desenvolvimento de outras dimensões é reconhecido por Princípio Epigenético, ou seja, todo o ser vivo é sustentado através de uma base que possibilita a evolução de certas funções. Sendo o suporte biológico o que suporta o plano psicológico (Leite & Silva, 2019).

A dimensão social, refere-se aos procedimentos psíquicos das experiências individuais de cada sujeito, através do ego. Na dimensão individual, esta refere-se à estrutura cultural (Nascimento *et al.*, 2015), sendo que esta vai se tornar responsável por interligar os componentes que compõe a dimensão biológica com a dimensão social. Permitindo ao sujeito a criação da sua identidade (Leite & Silva, 2019).

A sua personalidade é constituída por uma estrutura psíquica, que ao longo do tempo irá formar-se, sendo separada em três elementos: o id, é o ponto central da líbido, estando relacionado com a desejo sexual involuntário; o ego é considerado o mais desperto e executor da personalidade; e o superego é observado como a base da

consciência e da honestidade, visto que abrange as normas e as limitações sociais e familiares (Leite & Silva, 2019).

A teoria psicossocial do desenvolvimento, veio trazer bastantes benefícios, como por exemplo uma perceção mais desenvolvida do ego e a concretização de estudos psicohistóricos. Para além, de demonstra que esta teoria apresenta características próprias, tais como o distanciamento da atenção da sexualidade para relações sociais (Rabello & Passos, 2015). Demonstra que a perceção do ser humano como um ser social, sendo que este convive em grupo, sofre tensão e influência do mesmo (Leite & Silva, 2019).

Esta teoria é composta por oito fases psicossociais, das quais estruturam o ciclo/plano de vida e que cada uma das fases irá influenciar mutuamente e interferir na fase seguinte, originando o desenvolvimento de crises do ego (de Figueiredo & Silva, 2021).

As crises estariam organizadas, de maneira que o indivíduo consiga sair com um ego mais forte ou mais fraco, estando em consonância com a vivência deste com o conflito (Rabello & Passos, 2015) e com a conclusão da respetiva crise, da qual posicionaria o indivíduo para a seguinte fase e contribuiria para a evolução e o desenvolvimento do indivíduo na relação com o seu contexto social (de Figueiredo & Silva, 2021).

Para além disso referem, que para Erikson o sujeito desenvolve-se associando as imposições do ego com o meio externo que vive, sendo que em cada fase psicossociais, existe uma crise do ego. Caso o resultado seja positivo vai fortalecer o ego e prepará-lo para problemas semelhantes, caso o resultado seja negativo, o ego vai se tornar mais fraco e menos capaz de lidar com situações de crise (Leite & Silva, 2019). A personalidade será reorganizada e restrutarda ao longo das crises (Rabello & Passos, 2015).

Segundo Rabello & Passos (2015) as crises do ego são a confiança x desconfiança básica, autonomia x vergonha e dúvida, iniciativa x culpa, diligência x inferioridade, identidade x confusão de identidade, intimidade x isolamento, generatividade x estagnação e integridade x desespero. A crise de identidade x confusão de identidade, será descrita posteriormente, uma vez que esta aborda a crise de identidade na adolescência.

Erikson, demonstra que dentro destes estágios, dá uma maior relevância ao estágio da adolescência do que aos outros estágios. Isto porque, vai construindo o sendo

de identidade, que vai ter uma influência direta nos restantes estágios, nomeadamente a juventude, adulto e terceira idade (Chiuzi, Peixoto & Fusari, 2011).

Identidade x Confusão de identidade:

Na adolescência existe um desenvolvimento, do qual o sujeito vai reestruturar os componentes identitários da infância opondo-se ao contexto social. Procurando, assim, a criação da sua própria identidade, tendo como base um eu habilitado para materializar comportamentos sociais, morais, filosóficos e profissionais (Chiuzi, Peixoto & Fusari, 2011).

Este estágio é caracterizado, pela evolução de estudos nesta temática, por parte de Erikson. Estes estudos, permitiram compreender que o adolescente necessita de segurança fase as modificações físicas e psicológicas (Rabello & Passos, 2015) que acontecem devido à passagem entre os dois estados: o da infância à idade adulta (Viçoso, 2005).

Esta segurança só pode ser descoberta pelo adolescente, tendo em conta a construção da sua identidade, e da qual desenvolveu o seu ego através da influência dos estágios anteriores (Rabello & Passos, 2015).

A construção de identidade é crucial para o adolescente se poder transformar em adulto e responsável. Para ser possível a sua respetiva construção, deve-se ter em conta quais os seus valores, os objetivos, as crenças e a perceção de si próprio. Assim, a construção da identidade poderá ter como influencia os fatores intrapessoais, sendo esses a construção das capacidades desde o nascimento e particularidades obtidas através da personalidade; os fatores interpessoais, sendo estes a reconhecimento com pessoas ao nosso redor; e os fatores culturais, estão relacionados com os valores sociais (Schoen-Ferreira *et al.*, 2003).

Muitas vezes, o adolescente ao longo desta fase vai investigar as opções existentes e experimenta diversos papeis que auxiliam na sua construção interna (Chiuzi, Peixoto & Fusari, 2011). Nesta fase, o adolescente expressa perguntas de quem ele é ou o que quer ser quando for adulto ou entre outras questões demonstrando o sentimento de identidade e o desejo de poder encaixar-se na sociedade (Rabello & Passos, 2015).

Para além disso, também é marcada por escolhas vocacionais, escolha de grupos, estabelecer objetivos para o futuro, seleção de par e entre outros. Isto faz, com que haja um surgimento de preocupação por parte do adolescente ao tentar encaixar-se na

sociedade, originando uma crise de identidade. Uma vez que as sugestões dadas a este, faz com que haja alterações nas atitudes, por sua vez na sua personalidade, ao mesmo tempo que decorrem as alterações físicas. Esta crise de identidade, faz com que muitas vezes o adolescente possa sentir-se ansioso e vazio, levando ao isolamento deste por não se sentir que pertence à sociedade. Para além disso, pode existir uma projeção das tendências deste em outras pessoas, pelo facto de não conseguir suster a sua identidade (Rabello & Passos, 2015).

Contudo, esta crise poderá revelar resultados positivos, caso este apresente um bom desenvolvimento e resolução das crises anteriores, o que possibilitará a obtenção da estabilização da sua identidade. Uma identidade segura, permite estar seguro em relação aos outros, ter lealdade e fidelidade para com eles mesmos, conseguindo alcança a identidade contínua (Rabello & Passos, 2015).

Para além disso, é relevante neste período de desenvolvimento, perceber quais os fatores que podem colaborar para uma boa saúde e bem-estar dos adolescentes, para que haja um avançar do desenvolvimento positivo destes. Uma vez que esta fase, é vista para o adolescente como decisiva nas expetativas da vida e marcada por modificações, que podem interferir com a perceção deste sobre a sua qualidade de vida. Por isso, é necessário que os adolescentes sejam os construtores do seu desenvolvimento (Freire & Ferreira, 2018), resguardando o aparecimento de doenças.

Pois, este período de modificações é assinalado por sentimentos negativos (Freire & Ferreira, 2018), levando ao surgimento e ao desenvolvimento de sinais e sintomas de ansiedade e depressão (dos Santos *et al*., 2019).

Este surgimento, pode ter uma implicação negativa na qualidade de vida dos adolescentes (Freire & Ferreira, 2018).

Qualidade de vida na Adolescência

A palavra qualidade encontra-se relacionada com a palavra latina *Qualitas*, quer dizer a natureza do sujeito ou da coisa, assim como refere-se à perfeição e à exatidão. No dicionário de Oxford, a qualidade tem o significado de alta qualidade ou valor. Isto demonstra, que os sujeitos conhecem através da sua própria experiência, diferenciar a alta e baixa qualidade, utilizando um conjunto de critérios que diferenciam as duas categorias de qualidade (Moudjahid & Abdarrazak, 2019).

A manifestação da qualidade de vida, vai ter origem na cultura ocidental e oriental. No qual a cultura ocidental, esta encontra-se associada à visão aristotélica e da qual representa a felicidade como uma plenitude da alma, como se sentir bem, ou seja, com uma satisfação em relação a sua qualidade de vida. Em relação à perceção na cultura oriental, esta é associada à ideologia chinesa, sendo alusiva à arte, literatura, filosofia e medicina tradicional. Depois da segunda guerra mundial o conceito de qualidade de vida começou a ser muito mais usado e associado ao êxito da melhoria do modo de vida, mas também abrangendo o alcance de bens materiais, como por exemplo: uma casa, dinheiro ou bens materiais. Desde dessa época, o conceito teve como objetivo avaliar a má evolução da sociedade economicamente, para depois o termo qualidade de vida ser desenvolvido na sua definição. Abrangido assim, o desenvolvimento social, como por exemplo: o lazer, a saúde, a educação e entre outros (Sobanski & Rinaldi, 2015).

No princípio dos anos 1970, surge a origem do conceito qualidade de vida, sendo este referido como uma dimensão de bem-estar associado ao estado de saúde do indivíduo (Phyo *et al.*, 2020).

A partir do século XXI, o conceito qualidade de vida encontrava-se associado à saúde, o que originou uma evolução da comprovação teórica e metodológica, através do aperfeiçoamento de pesquisas. Sendo que grande parte das pesquisas eram focadas no desenvolvimento de conhecimento sobre a saúde, assuntos sociais, individuais e ambientais como efeito das políticas públicas, relativamente às práticas impulsionadoras de saúde e bem-estar do sujeito, quer na sua vida pessoal como coletiva (de Vasconcelos *et al.*, 2020).

Assim, o conceito de qualidade de vida têm sido o principal foco de estudos nos últimos anos, por diversos autores com diferentes princípios, sendo aplicado em diversos contextos e épocas (Cruz *et al.*, 2018).

O conceito qualidade de vida é visto como um conceito multidimensional do bem-estar global do sujeito no que diz respeito ao ambiente, ao valor, à condição social e cultural que este vive. Posto que a qualidade de vida avalia os efeitos para além do procedimento biológico e morbidade, sendo esta identificada uma dimensão bastante relevante (Phyo *et al.*, 2020).

Esta para além de ser multidimensional, é também vista como subjetiva. Havendo assim, diferentes significados acerca da qualidade de vida que representam as experiências, os conhecimentos e os valores dos indivíduos e das sociedades (Soares *et al.*, 2011).

A Organização Mundial de Saúde (OMS), definiu a qualidade de vida como a perceção que os indivíduos têm sobre a sua condição de vida, nomeadamente, nos seus contextos culturais e nos sistemas de valores. Estes contextos vão demonstrar, quais são as suas expetativas, objetivos, padrões e preocupações do indivíduo, representando o seu bem-estar, em relação à sua saúde mental e física (Geng *et al.*, 2020).

Esta definição mais geral, demonstra a dificuldade de construção e complexidade em procura inter-relacionar o meio ambiente com características psicológicas, físicas, autonomia, relações sociais e opiniões pessoais (Soares *et al.*, 2011).

Em relação, ao conceito de qualidade de vida associado à saúde, este é apoiado num grupo mais difícil e limitativo de relações que circunda fatores biopsicossociais associados ao bem-estar (Gerino *et al.*, 2017).

A qualidade de vida é um informador do bem-estar geral do indivíduo, tendo em conta, a inclusão da felicidade e satisfação deste com a vida. Encontra-se relacionada às dimensões físicas, ou seja, aspetos relacionados com a saúde; dimensões individuais, associadas à autoestima, emoções positivas ou negativas; e por último, às dimensões sociais, tem haver com relações familiares e entre outros (Freire & Ferreira, 2018).

Na perspetiva da doença, a avaliação da qualidade de vida é bastante relevante, pois esta pode informar acerca dos julgamentos sobre doenças específicas. Permitindo uma avaliação do impacto físico e psicossocial resultantes da doença, um melhor conhecimento do indivíduo e do seu ajustamento ao estado de estar doente. Através do indivíduo podemos recolher e avaliar informações sobre o estado de saúde. Percebendo a duração, a gravidade da doença e a resposta individual à intervenção que pode afetar a qualidade de vida, assim como a perceção do indivíduo sobre como a sua saúde pode intervir na sua qualidade de vida (Martins *et al.*, 2020).

A promoção da qualidade de vida, nomeadamente em adolescentes, é bastante importante, uma vez que este período de desenvolvimento é caracterizado por alterações a nível psicológico, social, biológico e cognitivo, bem como um aumento da autonomia do adolescente nas suas escolhas (Freire & Ferreira, 2018). Assim como o seu contexto social que se encontram inseridos e com as experiências especificas, que ocorrem nesta etapa de vida (Fonseca *et al.*, 2019). Isto pode influenciar a compreensão dos adolescentes sobre a sua qualidade de vida, tendo um impacto para a sua saúde e o bem-estar destes (Freire & Ferreira, 2018).

Considerando assim uma passagem complexa (Freire & Ferreira, 2018) e essencial para uma avaliação do estado de saúde do adolescente, visto que abrange assuntos sobre a estruturação de identidade e maturação para a vida adulta. Mas também, esta etapa retrata acontecimentos que podem exibir riscos para a saúde física e psicológica do adolescente (Fonseca *et al.*, 2019).

Podendo assim, influenciar a forma como o adolescente vê a sua qualidade de vida (Freire & Ferreira, 2018) e por sua vez prejudicar negativamente a qualidade de vida deste (da Costa *et al.*, 2020).

Existindo uma importância, relativamente à melhoria na qualidade de vida destes, no sentido mais ecológico. Uma vez que existe uma grande influência dos aspetos individuais e contextuais. Por isso, é importante compreender quais os aspetos que colaboram para a saúde e bem-estar dos adolescentes, de forma a contribuir para o progresso positivo dos adolescentes. Este progresso positivo estima que os adolescentes são os responsáveis pelo seu desenvolvimento, logo, é muito mais do que antecipar ou tratar de problemas. Através de estudos é percetível perceber desigualdades de género na qualidade de vida dos adolescentes. O género masculino apresenta maiores níveis de qualidade de vida, sobre tudo no bem-estar físico e psicológico, autonomia e relação com os seus pais, do que o género feminino (Freire & Ferreira, 2018).

O género feminino, sobretudo com idades entre os 10 e os 16 anos, apresentam piores níveis de qualidade de vida nas dimensões desta, como o bem-estar psicológico e físico, como o desenvolvimento emocional, relações, aceitação social e a liberdade, com exclusão do ambiente escolar, em comparação com o género masculino (Gaspar *et al.*, 2010).

Em relação à idade, os adolescentes entre os 10 e 11 anos demonstram um aumento na qualidade de vida, principalmente no bem-estar físico e psicológico, o que já não acontece em adolescentes com 12 e 18 anos (Freire & Ferreira, 2018).

Assim como, adolescente que frequentam a 7ª classe apresentam em todas as dimensões baixo nível de qualidade de vida, como nas suas emoções, na sua perceção, humor, independência, bem-estar físico e psicológico, relações com os pais, apoio social e o ambiente escolar, com exclusão da aceitação social e recursos financeiros (Gaspar *et al.*, 2010).

Os adolescentes mais novos não mostram pior qualidade de vida, nomeadamente na relação com os seus pais, do que os adolescentes mais velhos (Freire & Ferreira, 2018).

O estilo de vida referente à saúde do adolescente, é decisivo para a qualidade de vida, pois este abrange comportamentos (por exemplo, sono, utilização de álcool, atividade física e entre outros) que podem prejudicar negativamente ou positivamente o seu modo de vida e a sua saúde (Clarke & Harvey, 2012). Isto ajuda na proteção ou risco de mortalidade antecipada e surgimento de doenças.

O sono tem sido um dos fatores relacionado a uma melhor qualidade de vida. Para além disso a atividade física e o tempo passado nas redes sociais podem estar associados negativamente e positivamente à qualidade de vida, sobretudo a prática de exercício físico tem se apresentado constante em certas dimensões, em diversos estudos. Relativamente à dieta esta tem tido uma evolução positiva na qualidade de vida, enquanto a utilização de álcool, tabaco e substâncias ilegais tem afetado negativamente a qualidade de vida (da Costa *et al.*, 2020).

Existem bastantes comportamentos de estilo de vida adotados pelos adolescentes que podem afetar a saúde destes e que podem ter um impacto negativo na qualidade de vida deste (Farhud, 2015). Como por exemplo, a privação de sono prejudica a regulação emocional e a atividade cognitiva, bem como a utilização de substâncias pode levar ao surgimento e evolução da ansiedade. Assim como a utilização elevada de meios de comunicação sociais pode levar ao surgimento de depressão e ao assédio sexual. É importante haver um reconhecimento dos fatores de estilo de vida que se encontra associado à qualidade de vida para que haja uma proposta eficiente de intervenção nos adolescentes. Por isso, verifica-se que estes comportamentos afetam negativamente a saúde e qualidade de vida, nomeadamente os sintomas de depressão e ansiedade que surgem na adolescência (da Costa *et al.*, 2020).

Ansiedade na Adolescência

O termo de ansiedade tem origem no latim *anxius*, este representa a ânsia e o sufocamento. No princípio do século XIX, foi relatado um dos primeiros casos de perturbação de ansiedade, visto como uma síndrome emocional e fisiológica. Contudo, Freud nas suas análises clínicas descreveu a ansiedade como uma expectação ansiosa, crise da angústia e neurose de angústia. Atualmente, é considerada como perturbação de ansiedade (de Abre & Silveira, 2020).

A perturbação de ansiedade e a perturbação de depressão são consideradas das mais comuns no mundo (van Dalen *et al.*, 2020).

Em 2013, Portugal foi destacado como um dos países europeus com maior domínio de perturbações mentais, principalmente de perturbações de ansiedade (16.5) (Pinto *et al.*, 2015). É previsto, em 2020, Portugal ter um aumento de 25% de indivíduos com perturbações de ansiedade e depressão, sendo que a perturbação de ansiedade é aguardada com 21% (DGS, 2017).

A ansiedade é caracterizada como um sofrimento emocional, tendo como principal sintoma a angústia excessiva ao pensar em situações futuras, criando um sofrimento físico e psicológico para o indivíduo (de Abre & Silveira, 2020).

Esta é compreendida como uma resposta adaptativa do organismo, representada por conjuntos de modificações fisiológicas, comportamentais e cognitivas. Estas modificações vão contribuir para ativação do estado de alerta quando este encontra-se perante a uma ameaça ou perigo à integridade física ou psicológica do indivíduo. Contudo, quando esta deixa de ser adaptativa pode-se transformar em uma ansiedade patológica, isto acontece quando existe uma situação de perigo, no qual o indivíduo deseja responder que não é uma ameaça verdadeira ou quando grau de ativação e de duração é desproporcional perante a situação concreta (Pinto *et al.*, 2015).

Existem diversos estudos, demonstram que a ansiedade não ocorre unicamente pela dificuldade de encarar previamente com situações futuras, mas pode também haver uma influência de fatores ambientais e genéticos (de Abre & Silveira, 2020).

Os sintomas mais frequentes da ansiedade é a taquicardia, existe uma aceleração dos batimentos cardíacos e com maior intensidade; aumento da frequência respiratória, o que faz com que tenhamos a impressão de falta de ar ou dificuldades na respiração;

modificações no sistema digestivo; transpiração excessiva; dores corporais, principalmente nas costas e pescoços devido a contração dos músculos; dor ou opressão no peito e na garganta, existindo um sentimento de angústia (Tafet, 2018).

O Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-5) da Associação Americana Psiquiatra, demonstram vários tipos de perturbações de ansiedade, nomeadamente a perturbação de ansiedade social (fobia social). A ansiedade social nos adolescentes apresenta uma taxa de prevalência, a partir dos 12 meses, semelhante com a taxa dos adultos, sendo que a taxa média na europa é de 7%. Sendo que é possível verificar-se uma alta taxa de perturbação de ansiedade social no género feminino, representando uma variação entre 1,5 a 22. O género feminino refere mais a medos sociais, perturbações de ansiedade, depressão, bipolares ou ansiedade comórbida. Já o género masculino relata mais medos relativamente a relacionamentos, utilização de álcool ou substâncias, perturbação de comportamento, parurese e perturbação desafiante de oposição (*American Psychiatric Association*, 2014).

Para a realização de um diagnóstico eficaz devemos de ter em conta os critérios desta perturbação que são: o medo ou ansiedade são determinados por uma ou mais acontecimentos sociais que a pessoa esteve exposta a uma possível análise dos outros (*American Psychiatric Association*, 2014), abrangendo as interações sociais, o ser observados pelos outros e situações que o indivíduo tenha que desempenhar diante dos restantes (Ramos, 2016); pessoa tem medo de apresentar sinais ou atitudes de ansiedade que possam ser avaliados negativamente pelos outros (*American Psychiatric Association*, 2014); determinadas acontecimentos sociais que incentivam ao medo ou a ansiedade (Ramos, 2016) os acontecimentos sociais são confrontados ou evitados com excessivo medo ou ansiedade; o medo ou ansiedade são incompatíveis ao perigo verdadeiro que acontecimento social mostra e ao contexto sociocultural; o medo, a ansiedade ou evitação podem ser constantes, tendo uma duração de 6 ou mais meses (*American Psychiatric Association*, 2014) ; a ansiedade sentida pode original um mal-estar nos domínios sociais e ocupacionais (Lopes *et al.*, 2021); o medo, ansiedade e a evitação não são concedidos aos efeitos fisiológicos que as substâncias podem causar; o medo, ansiedade ou a evitação não podem ser esclarecidos por outras perturbações mentais, tais como a perturbação de espectro do autismo (Ramos, 2016); e pode existir uma condição médica presente, o que não pode estar associado ao medo, ansiedade ou evitamento que a pessoa sente (*American Psychiatric Association*, 2014).

Os fatores de risco e prognóstico associados a esta perturbação são os ambientais, temperamentais, genéticos e fisiológicos. Em relação aos fatores ambientais, verifica-se que não existe uma correspondência entre maus-tratos ocorridos na infância ou outras questões psicológicas ocorridas no começo com o desenvolvimento desta perturbação. Os fatores temperamentais, estão relacionados com traços subjacentes que possibilitam o sujeito conceber esta perturbação, tais como receio de avaliação negativa ou inibição de comportamento. Relativamente aos fatores genéticos e fisiológicos, existe a possibilidade de ser hereditária, uma vez que familiares do primeiro grau que possuem esta perturbação podem conceber 2 ou 6 vezes. A inibição do comportamento, também pode gerar esta perturbação, sendo que esta tem uma forte influência genética (*American Psychiatric Association*, 2014).

A existe uma comorbidade entre a ansiedade e a depressão. Comorbidade define-se como o acontecimento simultâneo de duas ou mais perturbações mentais entre si, nomeadamente as referidas anteriormente (Viana & Lourenço, 2017).

Existem diversos estudos que demonstram que a perturbação de ansiedade tem um progresso mais cedo, do que a depressão. Assim, existe uma ligação temporal que insinua que a ansiedade se torna frágil ao desenvolvimento dos sintomas depressivos. Verifica-se características idênticas, relativamente à etiologia, de cada uma das perturbações. Nomeadamente, modificações hormonais e cerebrais, pensamentos especulativos, reflexões e introspeções relacionadas com o amadurecimento cognitiva, aumento do stress como consequência dos procedimentos de desenvolvimento e modificações relacionais com os pais, pares ou relacionamentos íntimos (Cruz & Marques, 2015).

Em suma, a perturbação de ansiedade é complexa e pode interferir negativamente na qualidade de vida do indivíduo (Raknes *et al.*, 2017).

Uma das populações que a perturbação de ansiedade mais afeta é os adolescentes, devido as alterações psicológicas, sociais e hormonais (Viçoso, 2005), podendo contribuir para o aparecimento de sintomas e sinais de ansiedade por parte do adolescente (dos Santos *et al.*, 2019).

Assim, a perturbação de ansiedade é cada vez mais comum nos adolescentes (Bhatia & Goyal, 2018). Cerca de 15% a 30% dos adolescentes são diagnosticados antes da fase adulta com perturbação de ansiedade (Itani *et al.*, 2021).

Nos adolescentes como nas crianças, as perturbações mais comuns são a perturbação de ansiedade de separação, tendo uma prevalência de 4 %. A perturbação

de ansiedade generalizada tem uma prevalência de 2,7% a 4,6 %. A perturbação de ansiedade social tem um predomínio de 1%. Relativamente, às fobias específicas têm um predomínio de 2,4 % a 3,3% e a perturbação de pânico têm um predomínio de 0,6% (de Oliveira & Oliveira, 2021).

A ansiedade é considerada uma resposta comportamental fisiológica provocada através de uma ameaça ao bem-estar pessoal (Itani *et al.*, 2021), podendo estar ligada a um perigo, pensamento sobre o futuro ou o presente (Grolli *et al.*, 2017).

A adolescência ocorre entre os 10 e os 19 anos (WHO, 2016), sendo que vão existir várias mudanças do foro físico, social e emocional (Best & Ban, 2021). Esta etapa da adolescência é necessária ocorrer, pois representa a passagem para a vida adulta. Muitas vezes, as modificações que ocorrem nesta etapa são bastante desafiadores para os adolescentes (Barbosa- Silva, Pereira & Alves, 2021).

A ansiedade surge na adolescência devido ao medo relacionado com riscos ou perigos subjetivos concedidos à crise de identidade, execução de tarefas e grau de desempenho (de Oliveira & Oliveira, 2021).

O surgimento de sintomas da ansiedade abrange, geralmente, o aparecimento de respostas fisiológicas, comportamentais e cognitivas dos sujeitos. Porém, é relevante ter em conta que o cada adolescente ou indivíduo poderá ter uma intensidade diferente consoante a sua própria pessoa e o tempo de vida que o indivíduo se encontra (Grolli *et al.*, 2017).

Relativamente as repostas fisiológicas provocadas pela ansiedade, estas estão relacionadas com a inquietação, hiperatividade e movimentos acelerados. Em relação às alterações nas respostas cognitivas, podem estar relacionadas com a atenção e vigília redobrada, para além de certos pensamentos intrusivos. Porém estas alterações podem ser percetíveis ou impercetíveis (de Oliveira & Oliveira, 2021).

Estas modificações que o adolescente sofre ao longo desta etapa, faz com que experiencie as suas alterações, suscitando emoções negativas, contribuindo para o desenvolvimento de sintomas de ansiedade (Raknes *et al.*, 2017).

Por isso, este aumento de sintomas de ansiedade não é inesperado, uma vez que esta passagem é caracterizada pelo facto dos adolescentes deixarem de necessitar da sua família e conviverem mais com os seus amigos, assim tornam-se mais independentes da sua família e mais dependentes dos seus amigos. Os adolescentes vão criar capacidades neurocognitivas particulares, principalmente a autoconsciência (Leigh & Clark, 2018).

Da qual, esta vai ser dirigida no olhar para dentro e dividida em duas dimensões dentro da autoconsciência, nomeadamente a privada e a pública (Davis & Franzoi, 1999).

Em relação a autoconsciência privada, esta encontra-se relacionada com a compreensão de pensamentos e sentimentos íntimos. A autoconsciência pública, foi percebida como um dos principais picos no começo da adolescência, sendo caracterizada pela forma como o sujeito se vê a si mesmo objeto social. Para além disso, esta permitirá ampliar sensibilidade dos adolescentes na forma como estão a ser entendidos pelos outros. Assim, esta consciência irá permitir esclarecer os comportamentos dos adolescentes face aos outros, permitindo auxiliar na criação de relações maduras com os pares, contribuindo para o aparecimento e manutenção da ansiedade durante da adolescência. Nesta passagem da adolescência existe uma grande influência dos pares nos adolescentes. Esta influência é vista como um ajustamento, isto porque vai possibilitar a criação de relacionamentos sociais, trazendo conhecimentos positivos e negativos dos seus relacionamentos (Leigh & Clark, 2018).

Em diversos estudos, é comprovado que existe uma recusa por parte dos pares, isto provoca uma ampliação de ansiedade, mágoa, diminuição do humor (Platt *et al.*,2013) e fuga de interações sociais/ situações sociais.

Para além de, afetar no adolescente a sua autoimagem tornando-a mais negativa, tendo comportamentos de insegurança e pensamentos negativos. Os medos principais que os adolescentes podem sentir estão relacionados com o serem observados por outros sujeitos, receberem críticas pelo que foi dito, utilizar casas de banho, exercer interação com outras pessoas do género contrário ou desconhecidos, ser o centro das atenções das pessoas, de escrever/comer ou beber ao pé das pessoas, situações em que este pode ser avaliado por outros sujeitos. Isto provoca atenção centrada neles, a exibição das fraquezas e uma avaliação negativa destes (de Oliveira & Oliveira, 2021).

Comprovando que existe uma sensibilidade para o aparecimento de medos sociais, originando a ansiedade (Leigh & Clark, 2018). Podendo desenvolver perturbação de ansiedade social.

A ansiedade nos adolescentes vai ser caracterizada pelo medo perante um ou mais acontecimentos sociais, originadas pela observação, convívio social e quando o adolescente é exposto a avaliação dos outros (Viana & Lourenço, 2017).

Havendo assim, uma prevalência de 10 a 30 % de ansiedade, principalmente no género feminino, do que no género masculino (Baptista & Soares, 2017).

De acordo com Batista e Oliveira (2005 citado por de Oliveira & Oliveira, 2021), referem que o género masculino apresenta mais preocupação em criar independência dos seus pais e transportam o apego emocional deles para o seu processo de individualização.

Segundo Grolli *et al.* (2017 citado por de Oliveira & Oliveira, 2021) afirma que existe sintomas mais leves relativamente ao género masculino, sendo que num estudo comprovou-se que existe um maior predomínio de sintomas moderado nos participantes de gênero (20%), sendo comparáveis aos 10% do grupo do género masculino. Verifica-se que o género feminino apresenta sintomas mais graves (13,3%), do que o género masculino que não alcançaram essa pontuação.

Diversos estudos longitudinais, demonstram que é atípico ocorrer ansiedade no início da infância, mas existe maior ocorrência na adolescência, nomeadamente, na idade média dos 13 anos (Leigh & Clark, 2018).

Para além disso, é verificável que o aumento dos sintomas de ansiedade leva a diminuição na qualidade de vida dos adolescentes, afetando os adolescentes nas suas aptidões, relacionamentos e no ambiente escolar.

Este nível elevado de sintomas de ansiedade no decorrer da adolescência, pode levar ao surgimento e ao desenvolvimento da depressão nos adolescentes (Raknes *et al.*, 2017).

Depressão na adolescência

A palavra depressão foi utilizada pela primeira vez, em 1680, com o objetivo de definir um estado de cansaço (Marconi, 2017).

A depressão é considera uma perturbação mental, sendo esta a mais prevalente a nível mundial (Sancho *et al.*, 2020).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) afirma que a depressão é uma das perturbações que abrange mais de 350 milhões de indivíduos no mundo (Viana & Lourenço, 2017). A partir dos relatórios divulgados por esta, é possível projetar a depressão como uma das perturbações principais e com maior prevalência, em 2030 (Yang *et al.*, 2015).

Em 2013, Portugal foi considerado um dos países europeus com maior predomínio de perturbações mentais, nomeadamente perturbações depressivas (7.9%) (Pinto *et al.*, 2015). É esperado, em 2020, Portugal ter um aumento de 25% de indivíduos com perturbações de ansiedade e depressão, sendo que a perturbações de depressão é esperado 17 % (DGS, 2017).

A perturbação de depressão é vista como um tipo de perturbação afetiva que gera modificações mentais, corporais e de humor. Isto faz, com que haja um conjunto de sintomas que podem manter-se durante semanas, meses e anos, influenciando a vida social, pessoal e profissional (Feitosa & Machado, 2011).

Os sintomas de depressão são a tristeza, falta de interesse, insatisfação, sentimentos de culpa, autoestima baixa, fadiga excessiva, falta de concentração, lentificação dos movimentos, perturbações de sono e de apetite (Pinto *et al.*, 2015). Por vezes, estes sintomas podem trazer um aumento de comportamentos de risco, nomeadamente pensamentos suicidas, uso de drogas, agressão, uso de armas e impulsividade (Souza & Lourenço, 2017).

Podendo interferir nos distintos estágios de vida do ser humano, como por exemplo, nas crianças, adolescentes, adultos e idosos (Melo & Moreira, 2017).

Existem vários fatores de risco que podem levar ao surgimento da perturbação e abrangem aspetos biológicos, psicológico e sociais (González & Gaxiola, 2020).

Os aspetos biológicos e genéticos, estão relacionados com a herança genética e desregulação dos neurotransmissores. Os aspetos sociais abrangem ocorrências vitais e stress ambiental (Feitosa & Machado, 2011).

Alguns exemplos de variáveis sociodemográficas que podem ter impacto e influenciar a depressão, nomeadamente, a idade, sexo e região (González & Gaxiola, 2020).

O Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-5) da Associação Americana Psiquiatra, demonstram vários tipos de perturbações depressivas, como por exemplo: a perturbação depressão de desregulação de humor disruptivo, perturbação depressão major, perturbação depressiva persistente (distimia), perturbação disfórica pré-menstrual, perturbação depressiva induzida por substância/ medicamento, perturbação depressiva devida a outra condição médica, perturbação depressiva com outra especificação e perturbação depressiva não especificada. De acordo com as depressões apresentadas pelo manual, a perturbação de depressão que mais afeta a população é a depressão major. Esta perturbação pode começar na adolescência, tendo uma prevalência no género feminino, apresentando uma taxa de 1,5 a 3 vezes superior em relação ao género masculino. Existindo também uma maior taxa de tentativa de suicídio no género feminino, do qua no género masculino. Para realizarmos um diagnóstico é necessário haver pelo menos cinco sintomas ou mais, durante duas semanas sucessivas e apresentar uma modificação no funcionamento prévio. É importante também haver um dos seguintes sintomas: humor deprimido ou perda de interesse (*American Psychiatric Association*, 2014).

Segundo a *American Psychiatric Association* (2014) os critérios de diagnóstico encontram-se relacionados com o humor deprimido durante grande parte do dia, praticamente quase todos os dias, sendo dito pela própria pessoa ou por observação de outra pessoa; falta de interesse ou prazer em todas atividades, durante todo o dia e quase todos os dias; perda de peso ou aumento do peso ou falta de apetite; vigília ou hipersónia praticamente todos os dias; agitação ou lentificação nos movimentos psicomotores; cansaço ou perda de energia todos os dias; sentimento de desvalorização ou culpa excessiva; dificuldades em concentrar-se, em pensar e tomar decisões; pensamentos de morte regularmente, ideias de suicídio regularmente com tentativas ou sem planificação específico ou com planificação específica.

Para além dos critérios descritos anteriormente, deve-se de ter em conta se sintomas que o indivíduo esta a sentir e quanto afeta o bem-estar deste, até ao nível social, ocupacional ou outra área que seja significativa para o funcionamento deste; se a ocorrência não foi provocada por efeitos de uma substância ou uma condição médica; nunca houve ocorrência de episódio maníaco ou um episódio hipomaníaco e o

acontecimento do episódio depressivo major que não é explicito pelas perturbações de esquizofrenia, perturbação esquizoafetiva, perturbação esquizofreniforme, perturbação delirante ou perturbações do espectro da esquizofrenia com outra especificação ou não especificada ou por outras perturbações psicóticas (*American Psychiatric Association*, 2014).

Existindo fatores risco e prognóstico que podem levar ao surgimento da perturbação de depressão major, nomeadamente, fatores temporais, ambientais, modificadores de curso, genéticos e fisiológicos. Em relação aos fatores ambientais, as diversas experiências opostas podem representar um fator de risco. Assim como, situações de vida que criam stress podem gerar uma perturbação de depressão major. Os fatores genéticos e fisiológicos, estão relacionados com familiares de primeiro grau que sofrem desta perturbação, pode ter um maior risco de 2 a 4 vezes de poderem conceber esta perturbação. Comparativamente, a hereditariedade tem uma percentagem 40 %. Relativamente aos modificadores de curso, normalmente esta perturbação aparece no contexto de outra perturbação, como por exemplo a perturbação de ansiedade ou a perturbação estado-limite. Por isso, para haver melhores resultados clínicos da perturbação depressiva major, terá que haver um tratamento das outras perturbações. Existem também situações médicas crónicas que poderão provocar o aparecimento desta perturbação, nomeadamente, diabetes ou doenças cardiovasculares. Nos fatores temperamentais, verifica-se que o neuroticismo pode ser considerado um fator de risco e gerar esta perturbação (*American Psychiatric Association*, 2014).

Contudo, a perturbação de depressão é complexa e multidimensional que prejudica diretamente a saúde mental, a qualidade de vida e a vida social do indivíduo como um todo (Lima Coutinho *et al.*, 2016).

Uma das populações que a depressão afeta é os adolescentes, pois existem modificações neste período da adolescência que pode trazer sentimentos negativos (Freire & Ferreira, 2018), levando ao surgimento e ao desenvolvimento de sinais e sintomas de depressão (dos Santos *et al.*, 2019). Por isso, depressão na adolescência tem sido cada vez mais explorada, devido ao aumento de casos clínicos. Por isso, é necessário existirem estudo científicos focados nesta problemática e intervenções adequadas para esta perturbação. Sendo que esta, foi desde sempre avaliada como uma psicopatologia particular nos adultos (Biazus & Ramires, 2012).

Em 1975, *National Institute of Mental Health of the US* identificou a existência da perturbação de depressão nas crianças e adolescentes, considerando-a uma doença frequente e debilitante (Viana & Lourenço, 2017).

A fase da adolescência é apresentada como uma persistente e profunda alteração, principalmente nos aspetos físicos, psicológicos e sociais. Assim, esta é considerada como uma fase de muitos conflitos e crise. Estes estão relacionados com a construção da sua identidade, perdas referentes à sua imagem infantil e reinvestimento dos aspetos do ego, do self e das relações de objeto faz com que, por vezes, crie sofrimento e angústia para o adolescente, originando manifestações psicopatológicas (Biazus & Ramires, 2012).

Umas das psicopatologias manifestadas é a depressão, sendo reconhecida como uma perturbação de humor e orgânica, abrangendo variáveis psicológicas, sociais e biológicas (Marconi, 2017).

Os adolescentes com depressão apresentam sintomas como irritabilidade e tristeza (humor depressivo), instabilidade, crises de raiva, apatia (Vital, 2021), a perda de interesse ou prazer por atividades escolares ou fora do contexto escolar; perturbações do sono; dificuldade de concentração e atenção podem vir acompanhados de problemas comportamentais ou mau desempenho escolar; aumento de peso; fadiga; ausência de brincadeiras com os colegas e recursar ir à escola;); baixa autoestima; auto-desvalorização; queixas sintomáticas; agitação motora e sinais não verbais de comportamento suicídio (exemplo: cortes, queimaduras e entre outros durante uma brincadeira) (Martínez, 2014).

Um dos sintomas mais pertinentes da perturbação da depressão nos adolescentes é o suicídio, onde pode-se encontrar pensamentos suicídios e tentativas de suicídio (Vital, 2021).

A organização mundial de saúde, considera o suicídio como um ato propositado do indivíduo para retirar a sua própria vida, sendo cada vez mais uma questão alarmante, em relação à saúde pública (Vital, 2021).

A organização mundial de saúde, revela que é segunda principal causador de morte nos adolescentes de 15 e 29 anos (Scarpati & Gomes, 2021).

Existe uma prevalência da perturbação de depressão de 6,1% nos adolescentes, do qual estas taxas vão aumentando ao longo da infância e da adolescência (van Dalen *et al.*, 2020). Por vezes, esta perturbação poderá levar ao internamento dos adolescentes nos hospitais (Nereu & Barboza, 2021).

Verifica-se um domino do género feminino com esta perturbação, apresentado taxas de 3,3% a 12,4%, do que o género masculino (Lima Coutinho *et al.*, 2016).

Para além disso, tem se visto que existe uma possibilidade da manifestação de sintomas depressivos com progresso da idade. Principalmente, entre os 10 aos 14 anos, a taxa chega a triplicar e ser um dos predomínios mais altos (Viana & Lourenço, 2017).

Assim, é possível identificar uma distinção entre a manifestações dos sintomas depressivos no adolescente do género feminino e do género masculino, havendo uma maior propensão no género feminino para apresentar sintomas subjetivos (desânimo, raiva, solidão, angústia), apresenta maior preocupação com a socialização, baixa autoestima e não gosta do seu corpo. O género masculino, demonstram sentimentos de rejeição, utilização de substâncias, desprezo e problemas de comportamentos (Lima Coutinho *et al.*, 2016).

Existem estudos que afirmam a permanência da depressão na adolescência, por existir uma ligação direta com os fatores biopsicossociais, principalmente a socialização, apoio familiar, apoio social, satisfação com a vida, bem-estar emocional, físico e psicológico. Em relação à família, esta pode influenciar no desenvolvimento da depressão no adolescente, uma vez que a omissão de suporte familiar é considerada um fator de risco. A origem do desenvolvimento desta perturbação devido à família as discussões, disputas, separações dos pais, confrontos, negligência e falta de afeto e desfavorecimento a nível mundial. Mas também pela imposição excessiva praticada pelos familiares, relativamente aos estudos, aos trabalhos e formação do adolescente. Ao contrário, da família quando está ciente da situação do adolescente faz com que haja um estabelecimento de relação de afeto e orientação, ajuda na precaução e no tratamento desta perturbação. Assim, uma boa estrutura e base familiar permite a uma maior satisfação em relação à vida (Scarpati & Gomes, 2021).

Assim, existem fatores de risco e proteção que podem ajudar na diminuição ou aumento da permanência da depressão na adolescência (Lima Coutinho *et al.*, 2016).

Os fatores de risco que levam ao aumento da depressão na adolescência e devemos ter em ponderação é uso de substâncias (exemplo: drogas), abuso sexual ou físico, contextos traumáticos, perturbações familiares, negligências, ideias ou comportamentos suicidas e outras perturbações que possam influenciar (Viana & Lourenço, 2017).

O aumento de ideias ou comportamentos suicidas por parte do adolescente, como foi referido anteriormente. Existe uma comorbidade entre as perturbações

depressivas e as perturbações de ansiedade (Viana & Lourenço, 2017). As perturbações de ansiedade, normalmente desencadeiam-se mais cedo no adolescente, do que a depressão. Havendo uma ligação temporal, no qual existe o aparecimento da ansiedade no adolescente, tornando-se frágil e originando sintomas e sinais depressivos (Cruz & Marques, 2015).

Os fatores de proteção estão relacionados com a diminuição e prevenção da depressão na adolescência como um bom suporte social, autossuficiência, colaboração, melhoria da autoestima, integração familiar e autoeficácia (Lima Coutinho *et al.*, 2016).

Muitas vezes, os adolescentes referem que não buscam ajuda para esta perturbação, por medo do que os outros podem achar ou falar ou sofrer preconceitos, o que retarda o diagnóstico (Nereu & Barboza, 2021).

Estas condições, principalmente os fatores de risco, vão favorecer experiências de instabilidade, o que faz com que os adolescentes sofram alterações emocionais e comportamentais, gerando modificações na perceção da qualidade de vida destes. Uma vez, que a qualidade de vida pode ser afetada por diversos fatores, nomeadamente fatores socioeconómicos, familiares e pessoais. Assim como a perturbação de depressão pode afetar negativamente na qualidade de vida do adolescente. Por isso, é necessário compreender o impacto da depressão e da ansiedade na qualidade de vida dos adolescentes, de forma a contribuir para futuras intervenções mais efetivas para uma melhor qualidade de vida (Lima Coutinho *et al.*, 2016).

A Ansiedade e a Depressão na Qualidade de Vida dos Adolescentes

A adolescência é caracterizada pelo início aos 10 anos e o terminar aos 19 anos, sendo esta dividida em dois períodos (WHO, 2016). Esta fase é onde ocorre a puberdade, atuando na aquisição de novas aprendizagens e conhecimentos que prepara o adolescente para a vida adulta (Gadêlha & Gonçalves, 2017).

Verifica-se mudanças, a nível físico, social e emocional (Best & Ban, 2021), sendo que algumas dessas mudanças na adolescência, só vão estar completas por volta dos 18 anos (Viçoso, 2005).

Assim, é relevante compreender quais são os fatores que podem contribuir para uma boa saúde e bem-estar dos adolescentes, para que haja um desenvolvimento positivo e uma melhor qualidade de vida (Freire & Ferreira, 2018), para que estas alterações não prejudiquem negativamente a qualidade de vida dos adolescentes (da Costa *et al.*, 2020).

A qualidade de vida é um conceito multidimensional do bem-estar geral (Phyo *et al.*, 2020) e subjetiva do indivíduo (Soares *et al.*, 2011). Tendo em conta ao ambiente, ao valor, à condição social e cultural que este vive (Phyo *et al.*, 2020). Por isso, haverá diferentes significados acerca da qualidade de vida que representam as experiências, os conhecimentos e os valores dos indivíduos e das sociedades (Soares *et al.*, 2011).

Relativamente, aos adolescentes, é relevante haver uma melhoria da qualidade de vida destes, uma vez que pode ser afetada pelas alterações ocorrentes nesta fase, mas num sentido mais ecológico. Pois, existe uma influência do estilo de vida na qualidade de vida destes, pois abrange comportamentos que podem prejudicar negativamente ou positivamente o seu modo de vida e da sua saúde. Alguns comportamentos que influenciam negativamente é a privação de sono prejudica a regulação emocional e a atividade cognitiva, a utilização de substâncias pode levar ao aparecimento e evolução da ansiedade. Assim como a utilização elevada de mídia social pode levar ao aparecimento da depressão. Isto faz com que haja um agravamento da qualidade de vida dos adolescentes, por sua vez, ao surgimento de sintomas de ansiedade e depressão (da Costa *et al.*, 2020).

A ansiedade vai ser definida como um sofrimento emocional, provocada por uma angústia excessiva ao pensar em acontecimentos futuros, provocando sofrimento físico e psicológico (de Abre & Silveira, 2020), mas pode ocorrer também por influências de fatores ambientais e genéticos (de Abre & Silveira, 2020).

As modificações que ocorrem na adolescência são desafiadores para o adolescente (Barbosa- Silva, Pereira & Alves, 2021). A ansiedade surge nestes devido ao medo, aos riscos ou perigos subjetivos concedidos à crise de identidade, execução de tarefas e grau de desempenho (de Oliveira & Oliveira, 2021). Contribuindo para possivelmente experienciar emoções negativas.

O aumento de ansiedade no decorrer da adolescência, pode originar um surgimento da de depressão nestes adolescentes (Raknes *et al.*, 2017).

A partir de vários estudos foi possível perceber que existe uma relação entre a ansiedade e a depressão, sendo que a ansiedade tem um progresso mais cedo, do que a depressão. Havendo uma ligação temporal que alude, que a ansiedade se torna frágil ao desenvolvimento dos sintomas depressivos (Cruz & Marques, 2015).

A perturbação depressão é considera uma perturbação de humor e orgânica, abrangendo variáveis psicológicas, sociais e biológicas (Marconi, 2017). Para além disso, é vista como uma perturbação afetiva que gera modificações mentais, corporais e de humor. Isto faz, com que haja um conjunto de sintomas que podem influenciar a vida social, pessoal e profissional (Feitosa & Machado, 2011).

Como referido anteriormente, as modificações que o adolescente sofre a nível físico, social e psicológico, faz com que crie conflitos e crises dentro de si. Por sua vez crie sofrimento e angústia, manifestando-se através da perturbação de depressão (Biazus & Ramires, 2012).

Para além disso, este desenvolvimento desta perturbação na adolescência pode ser influenciado pela utilização de substâncias, estrutura/ apoio familiar, satisfação com a vida, abuso sexual ou físico, contextos traumáticos, negligências, ideias ou comportamentos suicidas (Viana & Lourenço, 2017).

Provocando irritabilidade, tristeza, instabilidade, apatia, raiva, perda de interesses, dificuldades em dormir e entre outros (Martínez, 2014).

A depressão como a ansiedade, vão gerar modificações na perceção da qualidade de vida dos adolescentes (Lima Coutinho *et al.*, 2016).

Existem diversos estudos que demonstram a presença de uma relação restrita da qualidade de vida com a depressão e ansiedade. A ansiedade apresenta uma relação negativa com a qualidade de vida, assim como depressão (Geng *et al.*, 2020).

Segundo o estudo de Geng *et al.* (2020) foi possível observar que a depressão e ansiedade estão relacionadas negativamente e influenciam a qualidade de vida dos adolescentes.

Assim como, o estudo Raknes *et al.* (2017) vai acrescentar as pesquisas anteriores, referindo que graus médios e altos de sintomas de ansiedade encontram-se relacionados com a baixa qualidade de vida. Em contrapartida, adolescentes que apresentem baixos sintomas de ansiedade, são associados a uma qualidade de vida normal. Para além disso, foi possível compreender que o género feminino, com maior idade, poucas possibilidades económicas e com elevados sintomas de ansiedade, estavam relacionados a uma menor qualidade de vida.

De acordo com o estudo de Lima Coutinho *et al.* (2016) revelou uma certeza científica no impacto negativo da depressão na qualidade de vida dos adolescentes, dos quais foi possível verificar-se um decrescimento do bem-estar físico e psicológico, bem como redução do suporte familiar, surgindo um aumento de sentimentos de solidão, tristeza e angústia.

O estudo dos Santos *et al.* (2019) demonstra que o género feminino expressar uma ideia menos positiva acerca da sua qualidade de vida e existe uma maior predisposição para utilização de sintomas internalizantes (sintomas de ansiedade e depressão) como forma de se expressarem o seu mal-estar psicológico, o que não acontece no género masculino. No género masculino, é possível perceber que existe um maior risco para sintomas externalizantes, relacionados por exemplo com a utilização de substâncias ilícitas. Relativamente à escolaridade, adolescente que frequentam o 8º ano exibem valores mais positivos, do que adolescente que frequentam o 10º e 12ºano.

No estudo realizado, foi possível verificar a depressão, a ansiedade e qualidade de vida nas regiões principais de Portugal. Em relação à qualidade de vida, o norte do país apresenta-se como aquele que os adolescentes se encontram mais satisfeitos em relação à sua vida.

Em relação à depressão, as regiões que apresentam um número elevado é o Algarve e o Centro, apresentado sintomas como comportamentos autolesivos, sentirem-se cansados, tristes/deprimidos ao ponto de não aguentarem mais. Contrariamente, a região do Alentejo que se apresentam com menos sintomas depressivos.

A ansiedade, é possível verificar-se na região de Lisboa e Vale do Tejo e na região Centro, apresentando sintomas (Camacho *et al.*, 2016).

Por isso, é importante perceber este impacto e contribuir para uma futura intervenção psicológica para o melhoramento da qualidade de vida do adolescente e das perturbações (Lima Coutinho *et al.*, 2016)

Intervenção psicológica na ansiedade e depressão na adolescência

Verifica-se que as perturbações de ansiedade e depressão são consideras inquietações relevantes para a saúde pública. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), estima-se que exista 264 e 322 milhões de pessoas que possuem uma destas perturbações ou as duas, pois existe uma comorbidade entre ambas. Estas perturbações poderão desenvolver-se em todas as idades. Principalmente nos adolescentes ou jovens adultos, por serem considerados vulneráveis (Conejo-Cerón *et al.*, 2021). Isto porque, na adolescência existem modificações a nível físico, social e emocional (Best & Ban, 2021).

Existem nesta fase imensas evoluções a nível social, responsabilidades pessoais e futuras. Perante estas responsabilidades, estes podem desenvolver alterações psíquicas e físicas (Silveira *et al.*, 2020).

Nomeadamente a perturbação de ansiedade e depressão, que em 2019, foram consideradas a sexta e a quarta motivo de doenças e inaptidões nos adolescentes e jovens adultos com idades entre os 10 aos 24 anos (Conejo-Cerón *et al.*, 2021).

Relativamente à ansiedade, esta surge na adolescência devido ao medo de correr riscos ou perigos subjetivos atribuídos à crise de identidade, execução de tarefas e grau de desempenho (de Oliveira & Oliveira, 2021). A ansiedade pode desenvolver a perturbação de depressão nos adolescentes (Raknes *et al.*, 2017).

Em relação à depressão, esta é conhecida como uma perturbação de humor e orgânica, abrangendo variáveis psicológicas, sociais e biológicas (Marconi, 2017). Tendo os adolescentes sintomas, como por exemplo, irritabilidade e tristeza (humor depressivo), instabilidade, crises de raiva e apatia (Vital, 2021).

Estes sintomas da perturbação de ansiedade e depressão podem afetar o funcionamento do dia-a-dia do adolescente e a sua qualidade de vida podendo ser necessário o auxílio de profissionais para melhorar a sua qualidade de vida e bem-estar (Munthe- Kaas *et al.*, 2014). Sendo importante uma avaliação da sintomatologia do adolescente, tendo em conta a proporção, insistência e o grau de impacto dos sintomas que pode ter sobre o adolescente e nos restantes elementos à sua volta, como a família (Parada & Ferreira, 2018).

Caso o adolescente, apresente a perturbação de ansiedade e de depressão, sendo esta predominante e provocam problemas sociais, é essencial a realização de intervenções psicológicas. Assim, uma intervenção multiprofissional com um

tratamento adequado e cumprido oferece uma melhoria de qualidade de vida e da saúde mental dos adolescentes (de Gusmão *et al.*, 2020).

Em relação as intervenções psicológicas, estas são vistas como um tratamento psicoterapêutico impulsionado para a alteração da cognição, do comportamento ou de ambos, tendo como objetivo o melhoramento da saúde mental. As várias intervenções psicológicas existentes, são a terapia cognitivo-comportamental, terapia humanista, terapia dinâmica, terapias sistémicas, terapias integrativas e entre outras mais. Porém à intervenção psicológica mais utilizada para as perturbações de ansiedade e depressão é a terapia cognitivo-comportamental que abrange componentes de educação acerca do problema psicológico a ser tratado (Thabrew *et al.*, 2018).

Uma vez, que esta terapia demonstra ser um método eficiente na aquisição de resultados aceitáveis e bom prognóstico, nomeadamente em perturbações de ansiedade e de depressão (de Gusmão *et al.*, 2020).

A terapia comportamental, tem como objetivo a mudança positiva do comportamento dos pacientes, no que diz respeitos aos sintomas e utiliza o condicionamento operante. Os métodos mais utilizados para o tratamento da ansiedade e da depressão é a psicoeducação, treinamento de relaxamento, ativação comportamental e técnicas de biofeedback. A terapia cognitivo-comportamental irá auxiliar a unir/ligar os pensamentos, comportamentos e sentimentos, de forma a dirigir as situações que provam determinadas respostas emocionais. Assim é realizada uma avaliação cognitiva dessas situações e alterações cognitivas, com o objetivo de alterar o humor e o comportamento do sujeito. Em relação à perturbação de depressão, vai ser utilizado a intervenção psicológica através de terapia cognitivo-comportamental, tendo como base o modelo cognitivo. Este modelo sugere que os sujeitos com propensões à depressão tenham distorções cognitivas, por sua vez originam uma visão negativa acerca de eles próprios, do seu futuro e do mundo que os rodeia (Thabrew *et al.*, 2018).

Por isso, na terapia cognitiva os sujeitos que sofrem desta perturbação são transmitidas habilidades cognitivas e comportamentais que vão auxiliá-los a criar pensamentos positivos acerca de si próprios, dos outros que lhes rodeiam e do mundo. Os terapeutas que atuam com crianças ou adolescentes com esta perturbação têm de procurar três alterações, tais como: instruir-se a valorizar os seus sentimentos, trocar determinados comportamentos que provocam sentimentos negativos e mudar os pensamentos deturpados e o raciocínio vago. Na perturbação de depressão também poderão utilizar os terapeutas a terapia comportamental. Uma vez, que os adolescentes

sofrem desta perturbação vão desligarem-se das suas rotinas diárias e ficaram cada vez mais isolados dos outros, tornando-se com o tempo um dos sintomas desta perturbação. Esta terapia tem como objetivo, aumentar as oportunidades de os indivíduos poderem fortalecer-se positivamente, ampliando os níveis de atividade e aperfeiçoando as relações sociais (Bernaras, Jaureguizar & Garaigordobil, 2019).

Ficou explicito que a terapia cognitivo-comportamental melhora a perturbação de depressão nas crianças e nos adolescentes, assim como antecipa possíveis recaídas (Thabrew *et al.*, 2018). Em relação, à perturbação de ansiedade também são utilizadas intervenções psicológicas através da terapia cognitivo-comportamental, tendo como base o modelo cognitivo. Este lembra que o medo como ansiedade, sendo respostas aprendidas ao longo do tempo que podem ser desaprendidas perante determinada situação (Silverman & Kurtines, 2013).

A terapia cognitivo-comportamental nesta perturbação em crianças como em adolescente vai ajudá-los, primeiramente a identificar sentimentos ansiosos e os respetivos comportamentos resultantes desses sentimentos; segundo vai clarificar pensamentos que geram ansiedade; e o terceiro vai reproduzir habilidades eficientes para o enfrentamento como por exemplo o treino de relaxamento, atuação dos papeis, modelagem e exibição da realidade (Thabrew *et al.*, 2018).

Um dos componentes desta terapia é a dessensibilização sistémica, tem como objetivo abranger os estímulos de ansiedade junto com o in vivo ou pela imaginação, que irá progressivamente irá crescer os estímulos de relaxamento, tais como: uma imagem positiva/agradável e o relaxamento muscular (James *et al.*, 2013).

Existe outra intervenção da terapia cognitivo-comportamental que abrange: a terapia foca na compaixão, aceitação e compromisso, psicoterapia analítica funcional, terapia metacognitiva para depressão e terapia comportamental dialética. Uma das técnicas que poderá ser utilizada é o Mindfulness que permite ter atenção ao presente e viver cada experiência sem qualquer julgamento (Thabrew *et al.*, 2018).

No estudo de González-Valero *et al.* (2019) comprovou-se que a utilização desta técnica com adolescentes trouxe pequenos resultados sobre a diminuição de sintomas de perturbação de ansiedade e depressão. Já as técnicas de relaxamento obtiveram um grande resultado na ansiedade e um resultado médio na depressão.

Estas terapias utilizam um conjunto de técnicas comportamentais e cognitivas para auxiliar os indivíduos a controlar situações sem que haja o evitamento da situação ou sem anulação de pensamento por parte deste (Thabrew *et al.*, 2018).

É relevante termos em conta as limitações que podem existir nesta terapia com adolescentes. Assim, o terapeuta deve ter em conta o atendimento apropriado ao público-alvo, o que permitira ser uma terapia mais agradável para esta faixa etária (de Gusmão *et al.*, 2020).

Objetivos

Esta investigação tem como principal objetivo compreende e caracterizar a relação da ansiedade e da depressão na qualidade de vida dos adolescentes.

Tendo em conta ao objetivo geral, foram traçados os seguintes objetivos:

- Objetivos específicos:

1. Compreender e caracterizar a ansiedade dos adolescentes.
2. Compreender e caracterizar a depressão dos adolescentes.
3. Compreender e caracterizar a qualidade de vida dos adolescentes.
4. Compreender e caracterizar a relação da ansiedade e a depressão na qualidade de vida dos adolescentes.
5. Compreender e caracterizar a relação da ansiedade, depressão e a qualidade de vida segundo o género e a região.

Metodologia

Participantes

O estudo *Health Behavior in School-aged Children* (HBSC) de 2018, foi realizado a 8215 alunos, sendo feita uma recolha de dados através da técnica "*cluster sampling*" (Matos *et al.*, 2018 & Currie *et al.*, 2018).

A amostra recolhida pertencia a 42 agrupamentos e 476 turmas, dos quais foram escolhidos casualmente e tendo em conta as 5 regiões escolares de Portugal Continental. Assim, contribui para que os resultados da amostra fossem alegóricos da população escolar do país (6º, 8º, 10º e 12º anos).

No presente estudo, haverá uma participação qualitativa e quantitativa de adolescentes do género feminino e do género masculino, mantendo um número de participantes de ambos o sexo equilibrado para que não exista discrepância. A idade dos participantes será de 15 anos, frequentando o 10º ano, sendo estes da região Lisboa e Vale do Tejo (Matos *et al.*, 2018).

Instrumentos

Os instrumentos que vão ser utilizados para este estudo, têm em conta os objetivos pretendidos. A parte quantitativa do estudo, esta relacionada com o *Health Behavior in School-aged Children* (HBSC), que foi elaborado durante uma investigação colaborativa entre investigadores de diversos países (Currie *et al.*, 2018) sendo aplicado de 4 em 4 anos em 48 países. Para além disso, este é encontra-se em cooperação com a Organização Mundial de Saúde (OMS), seguindo um protocolo internacional.

Têm como principal objetivo analisar os comportamentos dos adolescentes em diversos contextos e a influencia destes contextos na saúde/bem-estar dos adolescentes (dos Santos *et al.*, 2019).

Todos os países envolvidos neste estudo, têm tópicos relacionados com a saúde, abrangendo aspetos comportamentais, demográficos e psicossociais. As questões comuns nestes países estão relacionadas com a idade, sexo (demográficas); hábitos alimentares; imagem corporal; o sono; a higiene; a prática de exercício físico; uso de tecnologia; utilização de substâncias; família; a escola; as relações de amizade; violência; comportamentos sexuais; saúde e bem-estar.

No questionário realizado em Portugal, foi acrescentado outras questões particulares, tendo em conta a população portuguesa, sendo essas questões sobre anseios dos adolescentes, o sono, autolesões, experiência escolar, o papel social, a sua situação física, o lazer, possíveis doenças crónicas e entre outros temas (Matos & Social, 2018).

Este estudo irá ter como suporte às variáveis de saúde mental e bem-estar, saúde e doenças, consumo de substâncias, violências e lesões. Para além disso, irá ser utilizado o instrumento KIDSCREEN-10, sendo este uma versão pequena do KIDSCREEN-52 e do KIDSCREEN-27(Gaspar & Matos, 2008).

O objetivo principal do KIDSCREEN é perceber e representar a compreensão de qualidade de vida relacionada com a saúde, fatores sociais e pessoas produtoras dessa qualidade de vida (Gaspar & Matos, 2008).

O KIDSCREEN-52 é constituído por 52 itens, estando estes ordenados por 10 dimensões, sendo essas o bem-estar físico, bem-estar psicológico, humores e emoções, autonomia, autopercepção, relacionamento com os pais e o contexto de vida domiciliar, recursos financeiros, apoio social e pares, ambiente escolar, aceitação social e bullying. Este instrumento possibilitou o desenvolvimento de duas versões reduzidas, sendo esses o KIDSCREEN-27 que é constituído por 27 itens e 5 dimensões (Matos *et al.*, 2012), e o KIDSCREEN-10 considerado um instrumento unidimensional (Gaspar & Matos, 2008).

O KIDSCREEN-10 como principal objetivo de compreender a qualidade de vida global relativamente à saúde. Este apresenta uma ótima consistência interna (alfa do Cronback = 0,82) e uma ótima firmeza do teste (r=0.73; ICC=0.72), contribuindo para uma mediação segura e firme (Matos *et al.*, 2012). Isto permite ser utilizado em vários países europeus, mostrado ótimas qualidade métricas e cooperação para o entendimento e distinção entre grupos, como por exemplo a idade (Gaspar & Matos, 2008). Pois, este apresenta um escore global apropriado para ser utilizado em ensaios epidemiológicos (Matos *et al.*, 2012).

Este vai ser avaliado de acordo com a escala de tipo *Likert* de 5 níveis (1 = nada, 2 = pouco, 3 = moderadamente, 4 = muito e 5 = totalmente), sendo que cada item é pontuado de forma qualitativa. É efetuado um cálculo da média arimética dos resultados obtidos em cada questão para percebemos o que constitui cada score, após este cálculo é realizada a regra três simples para que possamos verificar onde se encontra na escala de 0 a 100 (Abreu *et al.*, 2016).

Se o resultado obtido neste instrumento for baixo, este vai representar sentimentos de tristeza, insatisfação e inapropriado os diferentes contextos de vida que se encontram as crianças e os adolescentes, especialmente, a família, os grupos de pares e a escola. Caso o resultado obtido for um valor elevado, este representa sentimentos de felicidade, perceção apropriada e satisfação das crianças e adolescentes pelos seus contextos de vida (Gaspar & Matos, 2008).

Foi utilizado neste estudo, a Escala de Ansiedade e de Stress, tendo como objetivo avaliar a ansiedade e stress nos adolescentes no seu dia-a-dia. Esta escala apresenta perguntas relacionadas com o sentir-se triste, medo, só, dificuldades em prestar atenção, sentir-se desconfortável e entre outras questões. Representa uma escala de *Likert* de 5 níveis (1= nunca; 2= quase nunca; 3=às vezes; 4= com frequência; 5= sempre/quase, sempre), do qual cada item é pontuado qualitativamente.

Ao longo do estudo foi aplicado, a Escala de Depressão, tem como principal objetivo avaliar sintomas de depressão nos adolescentes no seu dia-a-dia. Esta escala representa uma escala de *Likert* de 4 níveis, sendo esses o 1= raramente ou nunca (menos de um dia), 2= algum tempo (1 ou 2 dias), 3=ocasionalmente (3 a 4 dias) e 4= sempre ou todo o tempo (5 a 7 dias), sendo que cada item vai ser pontuado qualitativamente. As questões feitas ao longo da escala, são por exemplo, relacionadas com o não conseguirem controlar determinados assuntos, confiança para lidar com problemas e entre outras (Matos *et al.*, 2018 & Currie *et al.*, 2018).

Em relação à parte qualitativa, foi realizada uma entrevista estruturada, sendo esta composta por um guião, construído com base nos artigos e relatórios sobre o questionário *Health Behavior in School-aged Children* (HBSC) (dos Santos *et al.*, 2019; Tomé, Gaspar, dos Santos & Oliveira, 2019; Tomé, Gómez- Baya, Cerqueira & Matos, 2019; Matos *et al.*, 2018)

Este é constituído por 46 questões, das quais podemos saber mais sobre o inquirido e relacionar variáveis relevantes para o estudo. As primeiras questões colocadas aos adolescentes estão relacionadas com aspetos sociodemográficos, como a idade, o sexo, a escolaridade, onde vive e com quem vive.

As seguintes questões da entrevista qualitativa estão divididas em três categorias, sendo a primeira categoria a qualidade de vida, a ansiedade e a depressão. Dentro da qualidade de vida, podemos encontrar questões relacionadas com a perceção em relação à vida, felicidade/insatisfação e possíveis mudanças, família, escola, amigos e tempo livre. Na categoria de ansiedade, encontra-se questões acerca dos pensamentos acerca de eles próprios, preocupação, ansiedade/dificuldades respiratórias, medo/insegurança, uso de substâncias e comportamentos de risco. Na categoria de depressão, encontra-se subcategorias relacionadas com a concentração/organização, isolamento, tristeza, dificuldades de sono e cansaço/sem energia, comportamentos de risco e uso de substâncias.

Procedimentos

O presente estudo foi elaborado a partir da cooperação entre o Centro Lusíada de Investigação em Serviço Social e Intervenção Social (CLISSIS) e o Grupo Nacional responsável pelo Estudo *Health Behavior in Shcool-aged Children*, tendo a coordenação da Professora Doutora Tânia Gaspar.

No qual o questionário HBSC, foi desenvolvido, após a sua construção e encontra-se disponível para aplicação, foram escolhidas escolas que pretendia-se intervir e comunicadas para apurar a disponibilidade e interesse para participarem no estudo.

Depois da confirmação destes para a participação no estudo, foi remetido um e-mail para os representantes das escolas, tendo um total de 44 participantes das 5 regiões escolares do país.

Este *e-mail* continha o referente questionário, bem como uma apresentação do estudo delimitado, quais os procedimentos que teriam de efetuar, os *links* de ingresso que continha o ano de escolaridade correspondente a cada aluno, a respetiva *password* para cada turma e o consentimento informados aos encarregados de educação.

Após a entrega dos consentimos informados devidamente assinados, foi clarificado a todos os participantes que as respostas destes deveriam ser voluntárias, anónimas e confidenciais, bem como estes podiam renunciar a qualquer momento e que não existiam respostas corretas ou incorretas.

O questionário foi construído para ser respondido de forma individual, do qual a resposta dada era através do autopreenchimento. Foi aplicado aos participantes na sala de aula, com a vigilância do professor e pedido para que não houvesse intervenção deste no preenchimento do mesmo, devendo ser respondido entre 60 a 90 minutos.

Em relação à parte qualitativa, foi feito um contacto através das redes sociais e *e-mail* com os pais dos adolescentes para dar a conhecer o presente estudo, de forma a poder contribuir com a participação dos adolescentes no mesmo.

Após terem sido informados acerca do estudo e esclarecidos em algumas questões que surgiram, foi dada a autorização para a participação dos adolescentes no estudo. A autorização para a participação foi enviada por *e-mail* para os respetivos pais, sendo devolvida da mesma forma.

A entrevistas foram realizadas a partir do *Zoom*, de forma a proporcionar uma segurança, devido à pandemia existente, garantido o bem-estar e segurança de todos. A duração das entrevistas aplicadas, variavam entre meia hora a uma hora de entrevista.

A confidencialidade como o anonimato vão ser sempre respeitados e mantidos ao longo da aplicação dos instrumentos, bem como o auxílio a possíveis questões que possam surgir por parte dos participantes e os respetivos encarregados.

Os dados que serão recolhidos vão ser analisados através do programa IBM SPPS *Statistics*.

Na respetiva análise de tratamentos de dados, nomeadamente do Kidscreen-10, verifica-se que este é constituído por uma escala do tipo *Likert* de 5 níveis, dos quais foram agrupados o nível 1 com o 2 e o 4 com o 5. Foi realizada a mesma análise para a Escala de ansiedade e stress, sendo que esta é constituída por uma escala do tipo *Likert* de 5 níveis, sendo agregados o 1 com o 2 e o 4 com o 5.

A análise de tratamentos de dados da Escala de Depressão, esta é um tipo de escala de *Likert* de 4 níveis, sendo que o 1 e o 2 nível foram agrupados, assim como o 3 e o 4.

Resultados

Em seguida, vão se representados os resultados obtidos através de tabelas, com a sua respetiva análise quantitativa. As tabelas, encontram-se relacionadas com a Estatística Descritiva- Ansiedade, Stress, Depressão e Qualidade de Vida; tabela de Frequência da Qualidade de vida ; Escala da Depressão; Escala Ansiedade e Stress; Correlação entre a Ansiedade e Stress, a Depressão e Qualidade de Vida; Teste-T entre a variável género e as varáveis Ansiedade e Stress, Depressão e Qualidade de Vida; Anova Unidirecional entre as regiões de Portugal e as variáveis: Ansiedade e Stress, Depressão e Qualidade de Vida; Regressão Linear do género e as variáveis: Ansiedade e Stress, Depressão e Qualidade de Vida.

Neste estudo participaram ao todo 1711 adolescentes, dos quais 929 são do género feminino (PV= 54,3%) e 782 são do género masculino (PV=45,7).

Nomeadamente, à idade o valor mínimo apresentado neste estudo é de 14,25 e o máximo de 19,83 (M= 16.05, DP=0,88). Relativamente à região, é possível verificar que existe um maior número de participantes da região do Norte (PV=37,1%) e da região de Lisboa e Vale do Tejo (PV=30,9%). Seguidamente, da região do Centro (PV=12,7), da região do Algarve (PV=12,3%) e do Alentejo (PV= 6,9%).

Tabela 1*- Estatística Descritiva- Ansiedade e Stress, Depressão e Qualidade de Vida.*

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio de padrão
Escala da Ansiedade e de Stress	1,00	5,00	2,75	0,66
Escala de Depressão	1,00	4,00	1,80	0,55
Kidscreen-10	10,00	50,00	36,06	7,03

Na seguinte tabela, é possível verificar que na Escala da Ansiedade e Stress, o valor mínimo desta é de 1 e o valor máximo de 5, tendo com média de 2,75 (DP=0,66).

A Escala de Depressão no seguinte estudo, apresenta um valor mínimo de 1 e um valor máximo de 4, sendo que a média obtida desta é de 1,80 (DP=0,55). No Kidscreen-10, este constituí um valor mínimo de 10 e um valor máximo de 50, tendo como média neste estudo de 36,06 (DP=7,03).

Tabela 2- *Qualidade de Vida.*

	Nunca	Algumas vezes	Sempre
	%	%	%
Tens-te sentido bem e em forma?	16.8	23,9	59,4
Sentiste-te cheio de energia?	17,0	34,5	48,5
Sentiste-te triste?	46,5	34,7	18,8
Sentiste-te sozinho?	61,7	23,1	15,1
Tiveste tempo suficiente para ti próprio?	21,8	30,1	48,1
Foste capaz de fazer atividades que gostas no teu tempo livre?	22,5	25,2	52,3
Os teus pais trataram-te com justiça?	14,6	17,0	68,4
Divertiste-te com os teus amigos?	8	18,4	73,6
Foste bom aluno na escola?	10,6	39,2	50,2
Sentiste-te capaz de prestar atenção?	11,9	35,8	52,3

A primeira questão, é sobre se o adolescente se sente bem e em forma, é possível verificar uma grande positividade, apresentado uma percentagem 59,4% que responderam que se sentem sempre bem e em forma. A segunda questão colocada, encontra-se relacionada se o sujeito se sente com energia, do qual 48,5% respondeu que se sentiam sempre com energia.

Relativamente, a questão se o adolescente sentia tristeza, 46,5 % responderam que nunca se tinham sentido tristes na última semana. Quando questionados sobre os adolescentes sentirem-se sozinhos, 61,7% respondeu que nunca se sentem sozinhos.

Nomeadamente, a questão sobre quanto tempo suficiente o adolescente teve para ele, 48,1% refere que têm sempre tempo para si próprio. Na questão, referente ao adolescente se capaz de realizar as atividades que gosta no tempo livre, 52,3% referiu que é capaz de realizar essas atividades.

Na questão sobre se os pais tratam os adolescentes com justiça, 68,4% respondeu que tratam sempre com justiça. A questão sobre se o adolescente se diverte com os seus amigos, 73,6% respondeu que sempre se diverte. A questão, sobre se o adolescente tem sido bom aluno, 50,2% respondeu que tem sido sempre. Em relação, ao

adolescente ser capaz de prestar atenção, verificou-se que 52,3% refere que sempre prestam atenção.

Na questão sobre a Autolesão, é possível verificar que existir um maior número de adolescentes que não o praticam (84,1%), sendo que 15,9% dos adolescentes que participaram neste estudo faziam Autolesão.

Tabela 3- *Escala de Depressão*

	Sim %
Senti desconfortável	10,3
Dificuldade em prestar atenção	22,1
Senti triste/deprimido	20,4
Senti esforço em tudo	23,2
Esperança no futuro	48,3
Senti medo	13,7
Sono agitado	17,8
Senti felicidade	67
Senti só	16,4
Não consegui avançar com os assuntos	16,2

Na seguinte escala da Depressão, é possível verificar na primeira questão que os participantes responderam 89,7% que não se sentiram desconfortáveis com determinadas questões que não são relevantes. A segunda questão, encontrava-se relacionada com a dificuldade em prestar atenção, 77,9% responderam que não tem dificuldades em prestar atenção. Em relação, à terceira pergunta esta era sobre o sentir-se triste/deprimido, 79,6% respondeu que não se sentia triste/deprimido. Na quarta pergunta, tinha haver com o adolescente sentir esforço em realizar qualquer atividade, 76,8% respondeu que não sentia esforço. A quinta pergunta, destaca-se com 51,7% de respostas dadas pelos adolescentes, que não sentiam esperança em relação ao futuro. Na seguinte, é questionado sobre o sentirem medo, do qual 86,3% dos adolescentes relata não sentir medo. Em relação, a questão acerca do sono, 82,2% respondeu que não tinham um sono agido.

Na seguinte questão, esta destaca-se por um nível elevado de respostas a pergunta se sentiam felicidade, sendo que 67% respondeu que se sentiam felizes. Nomeadamente, a questão de se sentirem só, 83,6% respondeu que não se sentia só. A última questão, estava relacionada com o não conseguirem avançar com determinados assuntos, 83,8% respondeu que não conseguiam.

Através desta análise é possível concluir que a maioria dos adolescentes que participaram neste estudo apresentam um maior nível de felicidade (67%), do que aqueles que se sentem deprimidos/triste (20,4%). Destacando-se, a questão relacionada com a esperança no futuro, que 51,7% demonstra que não tem esperança relativamente ao seu futuro. Mas também a última questão, houve uma grande maioria que respondeu que não conseguia avançar com os seus assuntos/problemas.

Tabela 4- *Escala de Ansiedade e Stress.*

	Nunca	Algumas vezes	Sempre
	%	%	%
Sentimento não conseguir controlar determinados assuntos	42,3	37,9	19,7
Confiança para lidar com problemas pessoais	21	39,5	39,4
Quantas vezes algo estava a correr como querias	22,7	48,2	29,1
Aglomeração das dificuldades sem capacidade de ultrapassar	41,6	39,5	18,9

Em relação há escala de Ansiedade e de Stress, a primeira questão encontra-se relacionada com o sentimento de não conseguir controlar certos assuntos da vida, foi possível verificar que a grande maioria dos adolescentes 42,3% respondeu positivamente, demonstrando que nunca sentiu que não era capaz de controlar os seus assuntos.

Relativamente há segunda pergunta, esta é sobre a confiança que os sujeitos têm para lidar com os seus problemas, a grande maioria dos adolescentes respondeu 39,5% que algumas vezes sente que têm confiança para lidar com os seus problemas. A terceira pergunta, a aborda a quantidade de vezes que alguma situação estava a correr como o adolescente queria, sendo que 48,2% respondeu que algumas vezes as situações estavam

a correr como queriam. A pergunta quatro, refere-se à aglomeração das dificuldades dos adolescentes e não conseguirem superá-las, do qual 41,6% respondeu que nunca sentiu dificuldades na aglomeração e na sua respetiva superação.

Tabela 5- *Correlação de Pearson entre a Ansiedade e Stress, Depressão e Qualidade de Vida.*

	Ansiedade e stress	Depressão	Qualidade de vida
Ansiedade e stress	1		
Depressão	0,66 **	1	
Qualidade de Vida	-0,59**	-0,655**	1

Nota: ***p >0,01*

Na sequente tabela, é possível verificar que existe correlações entre as variáveis.

Relativamente, a variável ansiedade e stress correlaciona-se de uma forma forte e positiva entre a variável depressão (CP=0,656). Em relação, à variável depressão esta correlaciona-se de forma forte e negativa com a variável qualidade de vida (CP= -0,655).

Em relação, à variável qualidade de vida, esta correlaciona-se de forma forte e negativa com a variável ansiedade e stress (CP= -0,589).

Tabela 6*- Teste- T entre a variável género e as variáveis: Ansiedade e Stress, Depressão e Qualidade de Vida.*

	Rapariga		Rapaz		*t*
	M	DP	M	DP	
Ansiedade e Stress	2,88	0,64	2,60	0,66	-7,86***
Depressão	1,90	0,56	1,68	0,50	-7,42***
Qualidade de Vida	34,82	6,57	37,56	7,27	7,71***

Nota: **** P<0,05*

Verifica-se através da tabela 7, a existência de diferenças significativas entre os géneros, feminino e masculino, nas variáveis de ansiedade e stress (p= 0,023), na depressão (p= 0,00) e na qualidade de vida (p= 0,04).

É possível verificar que o género feminino apresenta uma maior ansiedade e stress, apresentado uma média de 2,88 (DP= 0,64). Do que o género masculino, que apresenta um valor mais baixo de 2,60 (DP= 0,66), representado menor ansiedade e stress.

Para além disso, o género feminino apresenta uma maior depressão, apresentando uma média de 1,90 (DP= 0,56). No género masculino, estes apresentam menor depressão, tendo uma média de 1,68 (DP= 0,50). Em relação à qualidade de vida, o género masculino apresenta uma média de 37,56 (DP= 7,27), o que significa que estes têm uma maior qualidade de vida do que o género feminino. Sendo que, o género feminino apresenta uma média de 34,82 (DP= 6,57).

Tabela 7- *Anova Unidirecional entre as regiões de Portugal e as variáveis: Ansiedade e Stress, Depressão e Qualidade de Vida.*

	Norte		Centro		Lisboa e Vale do Tejo		Alentejo		Algarve		*F*
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	
Ansiedade e Stress	2,67	0,66	2,81	0,61	2,82	0,68	2,79	0,71	2,76	0,59	3, 19***
Depressão	1,74	0,55	1,85	0,56	1,87	0,56	1,82	0,53	1,76	0,50	3,45***
Kidscreen-10	37,17	7,30	36,05	6,89	34,97	6,94	34,89	6,64	36,37	6,31	7,13***

Nota: **** P< 0,05*

Verifica-se através da tabela 8, a existência de diferenças significativas entre as regiões do país, em relação às variáveis de ansiedade e stress (p = 0,13), na depressão (p= 0,08) e a qualidade de vida (p = 0,00).

É possível compreender que existe uma maior ansiedade e stress na região de Lisboa e Vale do tejo (M= 2,82; DP= 0,68), do que relativamente as restantes regiões.

Sendo que a região que apresenta menor ansiedade e stress, é o Norte (M= 2,67; DP= 0,66). Na variável depressão, existe uma maior depressão, em Lisboa e Vale do Tejo (M= 1,87; DP=0,56), do que na região do Norte que apresenta os valores mais baixos de depressão (M= 1,74; DP=0,55).

Relativamente à qualidade de vida, os adolescentes apresentam uma maior qualidade de vida na região Norte (M= 37,17; DP=7,30), enquanto a região do Alentejo apresentou uma baixa qualidade de vida (M= 34,89; DP=6,64).

Tabela 8*- Regressão Linear do género e as variáveis: Ansiedade e Stress, Depressão e Qualidade de Vida.*

	Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados	
	B	Erro Padrão	Beta	t
Género	-0,994	0,29	-0,71	-3,46***
Idade	-0,18	0,16	-0,02	-1,10***
Ansiedade e Stress	-2,10	0,28	-0,28	-10,79***
Depressão	-5,71	0,34	-0,45	-17,10***

Nota: ****p<0,001*

Nesta tabela, foi realizada uma análise entre a variável género, a ansiedade e stress e a depressão para a qualidade de vida dos adolescentes. Do qual, o género vai demonstrar uma influência de 48% na qualidade de vida do adolescente$\left[\mathrm{RG} = 4;\ \mathrm{R} = 1312;\ F(4) = 307{,}02\right]$.

Relativamente aos resultados qualitativos, foram realizadas ao todo 17 entrevistas, das quais obtive a respetiva autorização para a participação deste no estudo. A primeira parte do guião de entrevista corresponde aos dados sociodemográficos do sujeito.

No início de cada entrevista, era feita uma recolha dos respetivos dados sociodemográficos, sendo que foram realizadas 9 entrevistas ao género feminino e 8 entrevistas ao género masculino. Estes adolescentes, têm 15 anos de idade e frequentam o 10º ano. A região que habitam é Lisboa e Vale do Tejo.

A segunda parte do guião, é dividida em categorias, estando essas relacionadas com o objetivo geral e específico. As categorias foram organizadas em três, sendo essas a qualidade de vida, a depressão e a ansiedade.

Tabela 9*- Análise qualitativa das Entrevistas realizadas aos Adolescentes.*

Categoria	Subcategoria	Exemplo
Qualidade de vida	Perceção em relação à vida, felicidade/ insatisfação e possíveis mudanças	"Quando pensas na tua vida, ela representa uma boa vida? ¸Sentes-te feliz ou infeliz em relação à vida que tens?"
	Família	"Gostas da tua família?"
	Escola	"O que gostas mais na tua escola? Porquê?"
	Amigos	"Fala-me um pouco dos teus amigos?"
	Tempo livre	"Quando tens tempos livres, o que costumas fazer?"

	Pensamento do que os outros podem pensar sobre este	"O que achas que os teus amigos podem pensar sobre ti?"
Ansiedade	Preocupação	"Quando tens testes na escola ou quando te sentes desconfortável com algo na tua vida, costumas ficar preocupado?"
	Ansiedade/Dificuldades Respiratórias	"Quando sentes dificuldade em respirar parece que vais ter um ataque de ansiedade?"
	Medo/ Insegurança	No teu dia-a-dia costumas sentir medo?
	Uso de Substâncias	"Quando sentes uma enorme tristeza ou bastante preocupação, já recorreste algumas substâncias para poder diminuir o que estavas a sentir?"
	Comportamentos de risco	"Quando costumas magoar-te sentes-te preocupado?"

	Concentração / Organização	“Costumas sentir dificuldades em concentrar-te nas aulas?” / “Sentes dificuldades em organizar as tuas tarefas escolares?”
	Isolamento	“Sentes que por vezes queres estar sozinho e longe dos teus amigos?”
Depressão	Dificuldades de sono e Cansaço/ Sem energia	“Quando chegas muito cansado, sentes que tens dificuldade em adormecer todos os dias ou raramente acontece?; Quando chegas a casa sentes-te cansado ou sem energia? E acontece para além dos dias que vais à escola?”
	Tristeza	“Nos últimos meses, já sentiste uma tristeza imensa que parecia que não eras capaz de aguentar? “
	Comportamentos de risco	“Quando te sentes assim muito triste, costumas magoar-te?”
	Uso de Substâncias	“Quando sentes uma enorme tristeza ou bastante preocupação, já recorreste algumas substâncias para

	poder diminuir o que estavas a sentir?”

A **primeira categoria** encontra-se relacionada com a **qualidade de vida**, tendo sido feitas questões acerca da satisfação ou insatisfação dos adolescentes perante a sua vida. Em relação às **subcategorias**, a **primeira subcategoria** encontra-se relacionada com a vida do adolescente se esta representa uma boa vida para este, se este sente -se feliz e o que poderia mudar na sua vida. O género masculino, apresenta uma resposta positiva e constante perante a sua vida afirmando que esta representa uma boa vida *“Certamente que sim”*, no género feminino verifica-se uma diversidade nas respostas dadas, sendo que algumas adolescentes afirmam que a vida destes representam uma boa vida e alguns dizem que não representa *“Não muito. / Mas sinto que há conflitos interiores da cada pessoa cá em casa e que acaba por influenciar a vida”*. Nomeadamente na questão relacionada com a felicidade em relação à sua vida a resposta foi positiva e constante demonstrando que o género masculino se encontra feliz perante a vida que tem *“Sinto-me muito feliz”*; no género feminino de uma forma geral as respostas foram positivas, afirmando que se sentia feliz em relação há sua vida, mas houve determinadas respostas que demonstram que se sentem felizes e infelizes *“Sinto-me feliz e infeliz um bocadinho de cada”.* Na questão se o adolescente podia mudar a sua vida, o género masculino como o género feminino houve diversas respostas entre alguns adolescentes acharem que não era necessário mudar algo na sua vida para correr melhor e outros que achavam necessário *“Sim mudava algumas coisas, mudar um bocado a minha personalidade”* (género masculino) e *“Mudava coisas que tenho de ultrapassar em mim para não criar tantas frustrações”* (género feminino).

Na **subcategoria** da **família** foram feitas questões relacionadas sobre se gostava da sua família, de uma forma geral a resposta foi positiva entre ambos o género demonstrando que todos gostam da sua família. Já sobre a relação entre os pais e os adolescentes, reparamos que o género masculino se refere a uma boa relação com os seus pais *“A minha relação com os meus pais é boa falamos de tudo ou quase tudo”*, o que já não acontece no género feminino que apresenta respostas diferentes, sendo que a se destaca é apresentarem uma má relação com os seus pais *“A relação com os meus pais é complicada”*. Relativamente há questão sobre a relação com os seus irmãos e

família, verifica-se em ambos o género uma resposta positiva, demonstrando que ambos tem uma boa relação com a sua família.

Na **subcategoria** sobre a **escola** observa-se que em ambos os géneros gostam da sua escola, sendo que o que mais gostam na sua escola é principalmente os amigos e os professores **"***Gosto de estar com os meus amigos, porque eles estão lá sempre para mim, fazem-me rir ou as vezes sou eu a fazê-los rir" / "Gosto dos meus companheiros de turma, alguns professores e amigos".*

Na **subcategoria** dos **amigos**, verifica-se que de uma forma geral os géneros femininos e masculinos apresentam ter o seu grupo de amigos com quem gostam de conviver *"Gosto de ir ao parque, gosto de jogar, gosto de conversar/ partilharmos o que gostamos. / Gosto de ir sair, de ir passear e de aventura-nos"*, mas alguns adolescentes de ambos os géneros afirmam ser seletivos nas suas amizades *"Sou seletiva nas amizades que tenho, dou-me com toda a gente, mas alguns é só bom dia e boa tarde. / Eu não sou capaz de ter amizades mais nova, só da minha idade ou mais velhos"*. O género feminino apresenta maiores dificuldades em formar novas amizades *"sinto que tenho dificuldades por ser tímida e não sei como ei de começar uma conversar com alguma pessoa"*, do que o género masculino que não apresenta dificuldades em relacionar-se com novas pessoas *"Não sinto dificuldades em fazer amizades"*.

Na **subcategoria** sobre os **tempos livres**, percebeu-se que ambos os géneros gostam de aproveitar o seu tempo livre para "*sair com os meus amigos, ouvir música, pintar e desenhar" / "Costumo jogar, gosto de ler, ir ao cinema ou shopping*". Na questão a seguir, sobre se estes realizavam atividades de família, em ambos os géneros foram praticamente respondidos que não praticam atividades em conjunto. Assim como em relação, à concentração em ambos os géneros demonstram que ambos tem uma grande concentração nas atividades. Assim como, em ambos afirmaram que já sentiram pouco interesse pelas atividades que faziam *"Às vezes sim"* e sugeriram diversas respostas ao que devem fazer para conseguirem voltar a ter aquela atividade *"as vezes falo com amigos que gostam de fazer essa atividade ou concentro-me nessa atividade ou vejo vídeos acerca dela".*

A **segunda categoria** encontra-se relacionada com a **ansiedade**, tendo sido feitas questões relacionadas com preocupações, dificuldades na respiração, pensamentos e medos. A primeira **subcategoria** tem haver o que os adolescentes acham que os outros

podem pensar sobre eles, o género feminino e o género masculino não demonstra ao longo das respostas preocupação sobre o que os outros podem pensaram acerca destes e apresentam uma perceção positiva acerca deles mesmo *"Eu acho que eles pensam que vou estar sempre lá para eles como eles vão sempre cá para mim quando eles precisarem, sou boa pessoa, bom amigo e que vou estar lá sempre para eles. / (...) sou simpática, compreensível e estou sempre lá a ouvi-los"*

Na **subcategoria** acerca da **preocupação**, o género feminino apresenta maior preocupação quando algo acontece *"Sim, sou um bocado ansiosa"*, mas que não é constante e conseguem controlar a preocupação que sente *"Normalmente consigo manter a calma e que não interfira no meu dia a dia"*. No género masculino, apresentam uma menor preocupação no seu dia-a-dia *"Não costumo ficar preocupado"*, caso apresentam alguma preocupação referem que esta é temporária *"Acho que sinto preocupação, mas é algo passageiro".*

Em relação a **subcategoria** de **ansiedade/dificuldades** respiratórias, o género masculino não apresenta dificuldades na respiração quando se sente preocupado ao ponto de ser um ataque de pânico. Ao contrário do que acontece com o género feminino demonstra ter muitas dificuldades em respirar quando estão preocupadas ao ponto de parecerem que vão ter um ataque de ansiedade *"Eu acho que sim, sinto o corpo a tremer e falta de ar"*.

Na **subcategoria** dos **medos/insegurança**, ambos o género feminino como o género masculino não apresentam medo no seu dia-a-dia.

Relativamente, à **subcategoria** relacionada com o **uso de substâncias**, tanto o género masculino como feminino não utilizam substâncias para poderem diminuir a preocupação/ansiedade que sente. O mesmo acontece para **comportamentos de risco**, em que ambos os géneros respondem que nunca pensaram em magoar-se quando estão preocupados.

A **terceira categoria** encontra-se relacionada com a **depressão**, tendo sido feitas questões acerca do isolamento, da tristeza, das dificuldades de sono, dificuldades em concentração e organização.

Em relação às **subcategorias**, a **primeira subcategoria** está relacionada com a **concentração/ organização,** verifica-se que a grande maioria das respostas dos adolescentes de ambos os géneros apresentam dificuldades na sua concentração nas aulas e nas tarefas escolares. Na **organização**, o género feminino é mais organizado

"Não. Sou muito organizada", do que o género masculino que revelam maior dificuldade ao nível da organização *"Não gosto muito de organizar as coisas. Não sou muito organizado"*.

Na **subcategoria** sobre o **isolamento** sentido pelos adolescentes, do qual demonstra que o género feminino apresenta um maior isolamento das pessoas ao seu redor *"Sim às vezes gosto mais de estar sozinha e longe deles"*. Do que o género masculino, *"Não, normalmente não gosto de andar sozinho e gosto de ter sempre amigos por perto"*.

Na **subcategoria**, é sobre as das **dificuldades de sono e o cansaço** sentido pelos adolescentes. No **cansaço/ sem energia**, o género feminino como o género masculino apresentam um maior cansaço/sem energia nos períodos da escola e quando estão em casa *"Todos os dias, sinto-me cansada e sem energia nos dias da escola e sem ser os dias que tenho escola. / Sim quando chego a casa sinto-me muito cansado, principalmente quando tenho os treinos e educação física ou troneio. Chego a casa muito cansado e exausto. Às vezes, sinto-me cansado nos dias que não vou há escola"*. Relativamente às dificuldades de sono o género feminino revela ter dificuldades em adormecer *"Eu tenho insónias, então há épocas regularmente não consigo dormir mesmo durante uma semana ou mais e fico a acordar até mais tarde porque não consigo ter sono. / (...) tenho problemas de sono quando estou mais preocupada",* do que o género masculino que não apresenta dificuldades em adormecer *"Eu costumo adormecer rapidamente"*.

Na subcategoria, está aborda a **tristeza** o género masculino referiu nos últimos meses não ter sentido uma tristeza profunda. Mas o género feminino refere que já sentiu nos últimos meses uma tristeza profunda *"Já, parecia que não ia aguentar"* e que a duração dessa tristeza não foi prolongada *"Não foi muito tempo".*

Na **subcategoria** sobre o adolescente poder-se **magoar** devido à tristeza, o género masculino não apresenta comportamentos autolesivos ao contrário do género feminino que duas adolescentes apresentam comportamento de risco, afirmando que *"Sim/ Às vezes…. Mas já vou a um psicólogo e tem ajudado"* a parte do corpo que costumam ter esse comportamento é *"nos braços, na perna e na barriga"*.

Relativamente, à **subcategoria** relacionada com o **uso de substâncias**, tanto o género masculino como feminino não utilizam substâncias para poderem diminuir a tristeza que sente.

Discussão

Em relação ao estudo realizado, verifica-se que foi possível responder aos objetivos propostos para este estudo. O principal objetivo, estava relacionado com o compreender e caracterizar a relação entre da ansiedade e da depressão na qualidade de vida dos adolescentes, através do estudo foi possível compreender que existe uma correlação forte e positiva entre a ansiedade e stress e a depressão, o que demonstra que ambas as variáveis influenciam, ou seja, quando surge ansiedade e stress pode desencadear a depressão e vice-versa.

Nomeadamente à qualidade de vida, verifica-se que existe uma ligação forte e negativa, o que demonstra que quanto pior for a qualidade de vida maior tendência tem de surgir perturbações ou quanto maior for a qualidade de vida, não haverá o surgimento destas perturbações.

Segundo a literatura, estes resultados vão de acordo, sendo que é verificável que um nível de ansiedade no decorrer da adolescência pode levar ao surgimento e desenvolvimento da depressão nos adolescentes (Raknes *et al.*, 2017), como a depressão também pode levar ao surgimento da ansiedade influenciado uma à outra.

Assim, a depressão e ansiedade vão gerar modificações na perceção da qualidade de vida dos adolescentes (Lima Coutinho *et al.*, 2016). O aumento dos sintomas de ansiedade pode levar à diminuição da qualidade vida dos adolescentes, assim como a depressão também pode levar a um impacto negativo na qualidade de vida dos adolescentes (Lima Coutinho *et al.*, 2016). Concluindo assim, que a ansiedade e depressão estão relacionadas negativamente e influenciam negativamente a qualidade de vida dos adolescentes (Geng *et al.*, 2020).

Especificamente à compreensão e caracterização da ansiedade dos adolescentes, verifica-se que a ansiedade é vista como um sofrimento emocional, tendo com o principal sintoma a angústia excessiva de pensar em situações futuras que causam sofrimento físico e psicológico para o indivíduo (de Abre & Silveira, 2020).

Particularmente na fase da adolescência, pode surgir a ansiedade devido as modificações que estes sofrem e ao medo que surge perante os riscos ou o perigo subjetivo atribuído à crise de identidade, execução de tarefas e grau de desempenho (de Oliveira & Oliveira, 2021).

Através do estudo realizado, a ansiedade e stress vão comparecer e elevar em situações das quais os adolescentes não conseguem ter controlo sobre elas e gostariam de o ter. Para além disso, verificou-se através das entrevistas realizadas que a falta de

controlo gera preocupação, nomeadamente no género feminino que demonstra quando algo acontece fora do seu controlo sentem-se "*um bocado ansiosas*".

Segundo a literatura, essas situações que o adolescente pode não ter controlo, podem estar relacionadas com o serem observados por outros sujeitos, receberem críticas pelo que foi dito, utilizar casas de banho, exercer interação com outras pessoas do género contrário ou desconhecidos, ser o centro das atenções das pessoas, de escrever/comer ou beber ao pé das pessoas, situações em que este pode ser avaliado por outros sujeitos (de Oliveira & Oliveira, 2021).

Assim, como se pode compreender que ansiedade surge também por os adolescentes não sentirem confiança para lidar com determinadas situações ou problemas.

Estas situações do qual o adolescente pode não sentir confiante em lidar, pode estar relacionado com o facto de a adolescência ser uma fase que permite a criação de relações maduras com pares (Leigh & Clark, 2018), por vezes ao existir uma recusa por parte dos pares pode levar à ansiedade, mágoa, falta de interação social ou falta de confiança com o outro (Platt *et al.*,2013). Podendo afetar a sua autoimagem, tornando-a mais negativa, contribuindo para comportamentos de insegurança e pensamentos negativos (de Oliveira & Oliveira, 2021), criando falta de confiança. com

Percebeu-se, que os adolescentes do género feminino e masculino não apresentam medos sociais, que possa levar a origem da ansiedade. De acordo com estes resultados, compreende-se que estes vão contra o que a literatura se refere, nomeadamente que os medos sentidos pelos adolescentes estão relacionados com receberem críticas dos outros sobre o que foi dito, utilização da casa de banho, comer/ escrever e entre outros (de Oliveira & Oliveira, 2021), que poderão levar à origem da ansiedade (Leigh & Clark, 2018).

Compreendeu-se que esta preocupação sentida pela falta de controlo e pouca confiança pode originar dificuldades respiratórias, que são mais sentidas sobretudo no género feminino. Quando questionada sobre a preocupação sentida, estas afirmam que sentem bastantes dificuldades em respirar, parecendo muitas vezes que vão ter um ataque de ansiedade, descrevendo *"Eu acho que sim, sinto o corpo a tremer e falta de ar"*.

De acordo com Tafet (2018), refere que os sintomas sentidos da ansiedade, são um aumento da frequência respiratório, que leva a sensação de dificuldades na

respiração ou falta de ar; tremores; aceleração dos batimentos cardíacos; alterações no sistema digestivo; e entre outros.

Por isso, é importante existir um acompanhamento/intervenção destes adolescentes, utilizando intervenções psicológicas cognitivo-comportamental. Uma vez que, as respostas aprendidas ao longo do tempo podem ser desaprendidas, perante determinada situação (Silverman & Kurtines, 2013). Permitindo através desta intervenção, auxiliar os adolescentes no conhecimento dos sentimentos ansiosos e dos seus comportamentos; clarificação do que pode gerar ansiedade; e repetição de habilidades para o enfrentamento destas situações, com a utilização do treino de relaxamento, atuação dos papeis, modelagem e exibição da realidade (Thabrew *et al.*, 2018). Comprovando-se através do González-Valero *et al.* (2019), que a utilização da técnica de relaxamento contribui para a diminuição de sintomas de ansiedade.

Caso, não haja uma intervenção adequada para a ansiedade, esta poderá desenvolver depressão e a diminuição da qualidade de vida do adolescente (Raknes *et al.*, 2017).

Em relação, em compreender e caracterizar a depressão, percebe-se que existe uma grande maioria dos adolescentes a sentir feliz, comparativamente com os adolescentes que se sentem deprimidos/tristes. Mas através das entrevistas, verifica-se que os adolescentes, nomeadamente o género feminino que sentiram uma tristeza grande *"Já, parecia que não ia aguentar"* e que muitos adolescentes demonstram não ter esperança em relação ao seu futuro, contribuindo para que estes não consigam avançar com os seus problemas. Isto pode gerar, comportamentos autolesivos por parte dos adolescentes, verificando-se principalmente no género feminino que afirmam terem estes comportamentos "*Sim/ Às vezes…"*, principalmente na zona dos *"braços, na perna e na barriga"*.

Segundo Freire & Ferreira (2018), os adolescentes vão ser os mais afetados pela depressão, gerado por modificações revelantes durante esta fase que contribuiu com sentimentos negativos. Existem alguns fatores que podem contribuir para o respetivo aparecimento da depressão, tais como o uso de substâncias, perturbações familiares, contextos traumáticos e entre outros (Viana & Lourenço, 2017). Ao longo da entrevista foi visível que, para além das modificações que os adolescentes afirmam sentir nesta transição, a família também por vezes contribuiu para o desenvolvimento da depressão.

De acordo com Scarpati & Gomes (2021), refere que as famílias com problemas que geram discussões, disputas, separações dos pais, confrontos, negligência, falta de

afeto, desfavorecimento e a imposição excessiva, pode afetar negativamente e levar à depressão.

Os sintomas que a depressão pode gerar é tristeza profunda, insatisfação, falta de interesse, sentimentos de culpa, autoestima baixa (Pinto *et al.*, 2015). Assim como comportamentos de risco, tais como cortes, queimaduras. Outros sintomas referidos ao longo da depressão, estão relacionados com o isolamento; perturbações do sono; dificuldade de concentração e atenção podem vir acompanhados de problemas comportamentais ou mau desempenho escolar; aumento de peso; fadiga; ausência de brincadeiras com os colegas e recursar ir à escola;); baixa autoestima; auto-desvalorização; queixas sintomáticas (Martínez, 2014).

Em relação, ao isolamento através do estudo é averiguado que existe um isolamento social, nomeadamente no género feminino *"Sim às vezes gosto mais de estar sozinha e longe deles"*, do que o género masculino. Assim, como dificuldades na concentração/organização por parte dos adolescentes de ambos o género. Nas dificuldades de sono, o género feminino apresenta maiores dificuldades *"Eu tenho insónias, então há épocas regularmente não consigo dormir mesmo durante uma semana ou mais e fico a acordar até mais tarde porque não consigo ter sono. / (...) tenho problemas de sono quando estou mais preocupada"*.

Por isso, é necessário realizar uma intervenção nestes sintomas de depressão através da terapia cognitivo-comportamental, que demonstrou ser um método eficiente na aquisição de resultados aceitáveis e bom prognóstico (de Gusmão *et al.*, 2020).

Podem ser utilizados tratamentos como a psicoeducação, treinamento de relaxamento, ativação comportamental e técnicas de biofeedback. Ao nível cognitivo, é relevante uma intervenção que auxilie nas distorções cognitivas dos adolescentes, que levam a terem uma visão negativa do futuro e de si (Thabrew *et al.*, 2018). Ao nível comportamental, os adolescentes vão ter tendência em isolar e desligar da sua rotina, por isso ser importante trabalhar a ampliação de níveis de atividade e aperfeiçoando as relações sociais (Bernaras, Jaureguizar & Garaigordobil, 2019).

Tendo, em conta os sintomas da depressão e da ansiedade, verifica-se que ambos podem afetar negativamente a qualidade de vida do adolescente. Por isso, ser relevante a sua compreensão da relação da ansiedade com a depressão na qualidade de vida dos adolescentes e ter em conta, as intervenções como auxílio para um melhor desenvolvimento desta fase (Lima Coutinho *et al.*, 2016).

Em relação, à compreensão e caracterização da qualidade de vida, observa-se que a qualidade de vida é compreendida como um conceito multidimensional do bem-estar do sujeito, abrangendo o ambiente, o valor, a condição social e cultural que este vive (Phyo *et al.*, 2020).

Nos adolescentes é bastante importante promover a qualidade de vida, uma vez que estes sofrem alterações ao nível psicológico, social, biológico e cognitivo (Freire & Ferreira, 2018). Assim como o contexto social que os adolescentes estão inseridos e as suas experiências, que ocorrem nesta etapa de vida (Fonseca *et al.*, 2019). Podem influenciar a forma como os adolescentes vão compreender a sua qualidade de vida, podendo influenciar de forma negativa e ter impacto na sua saúde e bem-estar destes (Freire & Ferreira, 2018).

Nos resultados obtidos, verifica-se que existe valores elevados de felicidade, satisfação e perceção adequada, em relação à qualidade de vida destes adolescentes. Do qual os adolescentes, responderam que *"Certamente que sim"*, que estão satisfeitos e sentem-se felizes em relação à sua vida. Assim como, existem respostas positivas relativamente ao seu bem-estar, em relação ao tempo que o adolescente tem para ele e para as atividades que gosta de realizar "*sair com os meus amigos, ouvir música, pintar e desenhar" / "Costumo jogar, gosto de ler, ir ao cinema ou shopping*", em prestar atenção, à família *"A minha relação com os meus pais é boa falamos de tudo ou quase tudo"*, aos amigos e à escola *"Gosto de estar com os meus amigos, porque eles estão lá sempre para mim, fazem-me rir ou as vezes sou eu a fazê-los rir" / "Gosto dos meus companheiros de turma, alguns professores e amigos".* Mas também, demonstram que os adolescentes têm sentido com energia, não se sentem sozinhos e não se sentem tristes.

O qual vai de acordo com a literatura, que refere que o estilo de saúde do adolescente, é decisivo para a sua qualidade de vida (Clarke & Harvey, 2012). Abrangendo comportamentos como o tempo livre, o bem-estar/autoestima, uma boa relação familiar/ amigos, o sono, caso esteve seja privado, irá prejudicar a regulação emocional e cognitiva do adolescente (da Costa *et al.*, 2020) contribuindo para uma pior qualidade de vida.

Por isso, é relevante compreender quais os aspetos que favorecem a saúde e o bem-estar dos adolescentes, de maneira a contribuir para o seu progresso positivo dos adolescentes (Freire & Ferreira, 2018).

Em relação a compreensão e caracterização da ansiedade, da depressão e da qualidade de vida segundo o género. Foi possível verificar através da análise quantitativa e análise qualitativa que é percetível que o género influência 48% do bem-estar do adolescente.

Na satisfação da qualidade de vida, o género feminino apresente uma menor qualidade de vida *"Não muito. / Mas sinto que há conflitos interiores da cada pessoa cá em casa e que acaba por influência na vida"*. Enquanto o género masculino apresenta uma resposta mais positiva acerca da sua qualidade de vida *"Certamente que sim"*, demonstrando felicidade e satisfação.

Segundo a literatura, já anteriormente referida, a qualidade de vida nos adolescentes é essencial, devido a esta transição ser um período ser considerado de desenvolvimento e caracterizado por diversas alterações a nível psicológico, social, biológico e cognitivo, bem como um aumento da autonomia do adolescente nas suas escolhas (Freire & Ferreira, 2018). Podendo assim, influenciar a forma como o adolescente vê a sua qualidade de vida (Freire & Ferreira, 2018) e por sua vez prejudicar negativamente a qualidade de vida deste (da Costa *et al.*, 2020).

O género masculino não apresenta maus níveis de qualidade de vida (Freire & Ferreira, 2018) ao contrário do género feminino e sobre tudo em idades entre os 10 e os 15 anos, que apresentam pior qualidade de vida, sobre tudo no bem-estar psicológico e físico, como o desenvolvimento emocional, relações, aceitação social e a liberdade, com exclusão do ambiente escolar (Gaspar *et al.*, 2010).

A ansiedade, demonstrou que o género feminino apresenta maior ansiedade e stress, demonstrando essa ansiedade através de preocupação com situações que surgem durante o dia-dia e que por vezes essas preocupações criam dificuldades respiratórias e ataques de ansiedade. O género masculino apresenta valores baixos relativamente à ansiedade e stress.

A ansiedade vai surgir nos adolescentes, devido ao medo que relacionado com riscos ou perigos subjetivos concedidos à crise de identidade, execução de tarefas e grau de desempenho (de Oliveira & Oliveira, 2021). Estes riscos e mudanças que surgem ao longo desta transição pode levar ao surgimento de emoções negativas, que por sua vez levam à ansiedade (Raknes *et al.*, 2017).

De acordo, com o resultado obtido do estudo, esta vai de encontro à literatura que afirma que o género feminino apresenta sintomas de ansiedade maiores que o

género masculino (Oliveira & Oliveira, 2021). Demonstrando que o género feminino tem propensão para apresentar mais ansiedade.

Relativamente à depressão, verifica-se através da análise qualitativa e quantitativa que o género feminino apresenta maior depressão, demonstrando um maior isolamento e uma maior tristeza, como referido anteriormente. Do que o género masculino, que apresenta baixos níveis de depressão.

Verifica-se que estes resultados obtidos relativamente à depressão estão de acordo com a literatura, que refere que o género feminino apresenta maiores sintomas de depressivos, do que o género masculino que apresenta níveis baixos de sintomas de depressão (Lima Coutinho *et al.*, 2016).

Em relação a compreensão e caracterização da ansiedade, da depressão e da qualidade de vida segundo a região, verifica-se através deste estudo que a região Lisboa e Vale do Tejo apresenta uma maior ansiedade e stress. O que vai de acordo com a literatura, no qual refere que Lisboa e Vale do Tejo é a região que mais apresenta sintomas de ansiedade (Camacho *et al.*, 2016). Relativamente à depressão, segundo o estudo realizado foi possível perceber que existe uma maior depressão em Lisboa e Vale do Tejo, o que não corresponde com a literatura referida. No qual, apresente o Algarve e o Centro como as regiões que mais apresentam depressão (Camacho *et al.*, 2016).

Em relação, a qualidade de vida a região Norte destaca-se por apresentar uma maior qualidade de vida, estando de acordo com o que a literatura se refere. Sendo o Norte, que se apresenta como aquele que os adolescentes se encontram mais satisfeitos em relação à sua vida (Camacho *et al.*, 2016). Este resultado, pode estar relacionado com os adolescentes estarem inseridos num contexto familiar e social favorável para o seu bem-estar, ou seja, demonstrarem que tem um maior apoio dos seus familiares, um ambiente familiar saudável, comunicação, nível socioeconómico estável e confiança. Estas diferenças, em relação às outras regiões de Portugal, podem estar relacionadas com as características demográficas e culturais (Guedes *et al.*, 2022).

Conclusão

A partir do seguinte estudo e dos resultados obtidos, vem reforçar que a adolescência é uma fase com muitas mudanças ao nível físico, social e emocional (Best & Ban, 2021), que podem contribuir para o aparecimento de ansiedade que por sua vez levará à depressão (Raknes *et al.*, 2017).

Verifica-se que existe uma correlação forte e positiva, entre a ansiedade e depressão nos adolescentes. Sendo que quando existe uma destas perturbações, como por exemplo a ansiedade leva à origem da depressão, devido as mudanças sentidas nesta fase que contribuem para influenciar negativamente a qualidade de vida dos adolescentes. Estando de acordo, com os diversos estudos mencionados, que a depressão e ansiedade se relacionam negativamente e que influenciam a qualidade de vida dos adolescentes (Geng *et al.*, 2020).

Compreendendo que o género feminino apresenta mais sintomas de ansiedade, nomeadamente quando sente que alguma situação se encontra fora do controlo que gostariam de ter e da falta de confiança para lidar com as situações, comparativamente ao género masculino. Assim, como na depressão que a maioria do género feminino apresenta uma maior tristeza que o género masculino, levando a comportamentos autolesivos.

A ansiedade e a depressão, vão surgir devido as modificações sentidas, referidas anteriormente, que origina sentimentos negativos (Freire & Ferreira, 2018). A depressão pode ser desencadeada através da utilização de substâncias, perturbações familiares, contextos traumáticos (Viana & Lourenço, 2017) e a ansiedade através de o adolescente pensar demasiado em situações futuras que causam sofrimento físico e psicológico para o indivíduo (de Abre & Silveira, 2020). Tendo, em conta que estes fatores vão contribuir para uma pior qualidade de vida (Lima Coutinho *et al.*, 2016).

Através do respetivo estudo, verifica-se que o género feminino apresenta também uma menor satisfação da sua qualidade de vida, do que o género masculino. É fundamental promover a qualidade de vida nestes adolescentes, sobretudo no género feminino, isto porque os adolescentes sofrem alterações ao nível psicológico, social, biológico e cognitivo (Freire & Ferreira, 2018).

Mas também a nível de contexto social que estes se encontram inseridos e nas experiências, que ocorre nesta fase (Fonseca *et al.*, 2019). Estas alterações podem provocar de forma negativa saúde e bem-estar destes (Freire & Ferreira, 2018). Por isso,

deve se ter em conta, intervenções psicológicas que possam auxiliar neste desenvolvimento dos adolescentes (Lima Coutinho *et al.*, 2016).

Foi possível, compreender que a região de Lisboa e Vale do Tejo, apresenta um maior número de adolescentes com ansiedade e depressão. Enquanto, a região do Porto, apresenta um maior número de adolescentes satisfeitos com a qualidade de vida que têm.

As limitações que surgiram ao longo do estudo estão relacionadas com o autorrelato dos adolescentes ao longo da entrevista, que por vezes era pouco colaborativa ou com frases simples, sem desenvolvimento. Assim como, conseguir arranjar adolescentes de ambos os géneros de forma equilibrada e por vezes, a falta de conhecimento das perturbações de ansiedade e depressão que fazia com que os pais não avançassem com receio.

Em estudos futuros, pode-se ter em conta uma entrevista semiestruturada que permita ao adolescente guiar a conversa e o seu desenvolvimento contribuindo para uma melhor compreensão da perceção da ansiedade e da depressão na qualidade de vida destes. Assim como, transmitir conhecimento e informação aos pais sobre as perturbações.

Para além disso, seria relevante compreender num estudo futuro se a idade, tem diferenças significativas ao nível da ansiedade e depressão na qualidade de vida dos adolescentes. Assim como, compreende quais os fatores que existem nas regiões de Portugal que contribuem para existir um aumento de maior ansiedade e depressão em determinadas zonas do país. Tal como, compreender especificamente o que leva à prática de comportamentos autolesivos, de forma a contribuir para uma melhor intervenção psicológica nestes casos.

Referências Bibliográficas

Abreu, M., Marques, I., Martins, M., Fernandes, T. M., & Gomes, P. (2016). Qualidade de vida relacionada com a saúde em crianças e adolescentes–estudo bicêntrico e comparação com dados europeus. *Nascer e Crescer*, 25, 141-146.

Amaral, A. M. S., Santos, D., Paes, H. C. D. S., Dantas, I. D. S., & Santos, D. S. S. (2016). Adolescência, Gênero e Sexualidade: Uma Revisão Integrativa.

American Psychiatric Association (2014). DSM-V: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (5ª Ed.). Lisboa: Climepsi Editores.

Baptista, M. N., & Soares, T. F. P. (2017). Revisão integrativa da ansiedade em adolescentes e instrumentos para avaliação na base *scientific electronic library online*. *Avaliação Psicológica*, 16(1), 97-105.

Barbosa-Silva, L., Pereira, Á., & Alves, F. A. (2021). Reflexões sobre os conceitos de adolescência e juventude: Uma revisão integrativa. *Revista Prática Docente*, 6(1), e026-e026.

Bernaras, E., Jaureguizar, J., & Garaigordobil, M. (2019). Child and Adolescent Depression: A Review of Theories, Evaluation Instruments, Prevention Programs, and Treatments. *Frontiers in psychology*, 10, 543. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00543

Best, O., & Ban, S. (2021). Adolescence: physical changes and neurological development. *British Journal of Nursing*, 30(5), 272-275.

Bhatia, M. S., & Goyal, A. (2018). Anxiety disorders in children and adolescents: Need for early detection. *Journal of postgraduate medicine*, 64(2), 75–76. https://doi.org/10.4103/jpgm.JPGM_65_18

Biazus, C. B., & Ramires, V. R. R. (2012). Depressão na adolescência: uma problemática dos vínculos. *Psicologia em Estudo*, 17(1), 83-91.

Camacho, I., Reis, M., Santos, T., Frasquilho, D., Mota, C., Baya, D., ... & de Matos, M. G. (2016). Diferenças regionais nos comportamentos de saúde e de risco dos adolescentes portugueses. *Psicologia, Saúde e Doenças*, *17*(3), 368-381.

Carochinho, J. A. (2020). Adaptação e validação psicométrica de uma escala destinada a avaliar o funcionamento ordálico nos jovens. *Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente*, 11(1), 25-37.

Conejo-Cerón, S., Taubner, S., Heinonen, E., Adler, A., Barkauskiene, R., Di Giacomo, D., ... & Moreno-Peral, P. (2021). Mediators in Psychological Treatments for

Anxiety and Depression in Adolescents and Young People: A Protocol of a Systematic Review. *Frontiers in psychology*, 2954.

Cruz, D. S. M. D., Collet, N., & Nóbrega, V. M. (2018). Qualidade de vida relacionada à saúde de adolescentes com dm1-revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23, 973-989.

Cruz, T., Matos, A. P., & Marques, C. (2015). Anxiety, depression and academic achievement among Portuguese adolescents: the moderation effect of negative life events. *Proceedings of INTED2015 Conference*.

Curtis, Alexa C. (2015) "Defining adolescence," Journal of Adolescent and Family Health: Vol. 7 : Iss. 2 , Article 2. Disponível em: https://scholar.utc.edu/jafh/vol7/iss2/2

Chiuzi, R. M., Peixoto, B. R. G., & Fusari, G. L. (2011). Conflito de gerações nas organizações: um fenômeno social interpretado a partir da teoria de Erik Erikson. *Temas em Psicologia*, *19*(2), 579-590.

Clarke, G., & Harvey, AG (2012). O papel complexo do sono na depressão do adolescente. *Clínicas psiquiátricas para crianças e adolescentes da América do Norte* , *21* (2), 385–400. https://doi.org/10.1016/j.chc.2012.01.006

da Costa, B. G. G., Chaput, J. P., Lopes, M. V. V., da Costa, R. M., Malheiros, L. E. A., & Silva, K. S. (2020). Association between lifestyle behaviors and health-related quality of life in a sample of Brazilian adolescents. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(19), 7133.

Davis, MH, & Franzoi, SL (1999). Autoconsciência e autoconsciência.

de Abreu, S., I., & da Silveira, M., T. (2020). Ansiedade nos processos avaliativos. *Cadernos de Psicologia*, 2(3).

DGS - Direção Geral de Saúde (2017). *Portugal: Saúde Mental em Números - 2017*.

de Gusmão, A. B., Machado, R. D. M. X., Ferreira, B. W. R. C., Duarte, L. D. S. M., Coutinho, M. B., & Macedo, C. L. (2020) Tratamento da depressão infantil: Atuação multiprofissional do psicólogo e do farmacêutico. *Temas em Saúde*, 20 (1).

de Oliveira, T. A., & Oliveira, A. A. (2021). A percepção da ansiedade pelos adolescentes. *Anais do Seminário Científico do UNIFACIG*, (6).

de Vasconcelos, L. B., Santos, M. C. L., da Silva, R. M., Garcia Filho, C., Santos, V. L., & Probo, D. R. G. (2020). Qualidade de vida relacionada à saúde: análise dimensional do conceito. *New Trends in Qualitative Research*, 3, 226-238.

Domingos, L. F., Manoel Luiz de Santana, C. ., & Zanatta, C. . (2021). ADOLESCÊNCIA E SEXUALIDADE . *RECIMA21 - Revista Científica Multidisciplinar - ISSN 2675-6218*, *2*(7), e27538.

dos Santos, T. G. S., Tomé, G., Gómez-Baya, D., Guedes, F. B., Cerqueira, A., Borges, A., & de Matos, M. G. (2019). O bem-estar e a saúde mental dos adolescentes portugueses. *Revista de Psicologia da Criança e do adolescente*, 10(1), 17-27.

Farhud DD (2015). Impacto do estilo de vida na saúde. *Jornal iraniano de saúde pública* , *44* (11), 1442-1444.

Feitosa, M. P., Bohry, S., & Machado, E. R. (2011). Depressão: Família, e seu papel no tratamento do paciente. *Encontro: Revista de Psicologia*, 14(21), 127-144.

Felinto, T. M., Gauer, G., Rocha, G. B., Braun, K. C. R., & Dias, A. C. G. (2020). Eventos de Vida y Construcción de Identidad en la Adultez Emergente. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 20(2), 500-518.

Fonseca, A. D. G., Cunha, F. O., Barbosa, I. A., Silva, J. O., & Araújo, D. D. D. (2019). Qualidade de vida em adolescentes relacionada a sexo, renda familiar e prática de atividade física. *Revista Mineira de Enfermagem*, 23, 1-7.

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.

Gadêlha, L. N., & Gonçalves, F. M. S. (2017). A adolescência e a responsabilidade social. Psicologia. *O Portal dos Psicólogos.*

Gaspar, T., & Matos, M. G. (2008). Qualidade de vida em crianças e adolescentes: Versão portuguesa dos instrumentos KIDSCREEN-52. *Cruz Quebrada: Aventura Social e Saúde*.

Gaspar, T. , Matos, MG , Pais Ribeiro, JL , Leal, I. , Costa, P. , Erhart, M. , & Ravens-Sieberer, U. (2010). Qualidade de vida: Diferenças relacionadas com sexo, idade, situação socioeconómica e estado de saúde, em adolescentes portugueses. *Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente, 1* , 87 – 103 .

Geng, Y., Gu, J., Zhu, X., Yang, M., Shi, D., Shang, J., & Zhao, F. (2020). Negative emotions and quality of life among adolescents: A moderated mediation model. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 20(2), 118-125.

Gerino, E., Rollè, L., Sechi, C., & Brustia, P. (2017). Loneliness, resilience, mental health, and quality of life in old age: A structural equation model. *Frontiers in psychology*, 8, 2003.

González, S. P., & Gaxiola, A. (2020). J. Depresión adolescente: factores de riesgo y apoyo social como factor protector. 2018. *Universitas Psychologica*, consultado, 17(3).

González-Valero, G., Zurita-Ortega, F., Ubago-Jiménez, J. L., & Puertas-Molero, P. (2019). Use of Meditation and Cognitive Behavioral Therapies for the Treatment of Stress, Depression and Anxiety in Students. A Systematic Review and Meta-Analysis. *International journal of environmental research and public health*, 16(22), 4394. https://doi.org/10.3390/ijerph16224394

Grolli, Verônica, Wagner, Marcia Fortes, & Dalbosco, Simone Nenê Portela. (2017). Sintomas Depressivos e de Ansiedade em Adolescentes do Ensino Médio. *Revista de Psicologia da IMED*, 9(1), 87-103. https://dx.doi.org/10.18256/2175-5027.2017.v9i1.2123

Guedes, F., B., Cerqueira A, Gaspar S, Gaspar T, Moreno C, Gaspar de Matos M. Family Environment and Portuguese Adolescents: Impact on Quality of Life and Well-Being. *Children*. 2022; 9(2):200. https://doi.org/10.3390/children9020200

Itani, M. H., Eltannir, E., Tinawi, H., Daher, D., Eltannir, A., & Moukarzel, A. A. (2021). Severe Social Anxiety Among Adolescents During COVID-19 Lockdown. *Journal of patient experience*, 8, 23743735211038386.

James A, James G, Cowdrey F, Soler A, Choke A. Terapia comportamental cognitiva para transtornos de ansiedade em crianças e adolescentes. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Edição 6.

Jaworska, N., & MacQueen, G. (2015). Adolescence as a unique developmental period. *Journal of psychiatry & neuroscience: JPN*, 40(5), 291–293. https://doi.org/10.1503/jpn.150268

Lima Coutinho, M. D. P., Pinto, A. V. L., Cavalcanti, J. G., de Araújo, L. S., & de Lima Coutinho, M. (2016). Relação entre depressão e qualidade de vida de adolescentes no contexto escolar. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 17(3), 338-351.

Lima Pinto, A. V., Cavalcanti, J. G., Araújo, E. S., & de Lima Coutinho, M. D. P. (2018). Depressão e adolescência: Relação com qualidade de vida e bem-estar subjetivo. *Revista de Psicologia da IMED*, 10(2), 6-21.

Leigh, E., & Clark, D. M. (2018). Understanding Social Anxiety Disorder in Adolescents and Improving Treatment Outcomes: Applying the Cognitive Model of Clark and Wells (1995). *Clinical child and family psychology review*, 21(3), 388–414. https://doi.org/10.1007/s10567-018-0258-5

Leite, A. A. D. M., & Silva, M. L. (2019). Um estudo bibliográfico da Teoria Psicossocial de Erik Erikson: contribuições para a educação. *Debates em Educação*, 11(23), 148-168.

Lopes, A. B., de Souza, L. L., Camacho, L. F., Nogueira, S. F., Vasconcelos, A. C. M. C., de Paula, L. T., ... & Fernandes, R. W. B. (2021). Transtorno de ansiedade generalizada: uma revisão narrativa. *Revista Eletrônica Acervo Científico*, *35*, e8773-e8773.

Matos, M. G. D., Gaspar, T., & Simões, C. (2012). Health-related quality of life in Portuguese children and adolescents. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 25(2), 230-237.

Matos, M. G., & Social, E. A. (2018). A saúde dos adolescentes portugueses após a recessão. *Relatório Do estudo Health Behaviour In School Aged Children (HBSC) Em*.

Marconi, E. V. N. (2017). Depressão infantil: uma revisão bibliográfica. *Psicol PT*.

Martínez-Martín, N. (2014). Trastornos depresivos en niños y adolescentes. *Anales de Pediatría Continuada*, 12(6), 294-299.

Martins, L. K., Carvalho, A. R. D. S., Oliveira, J. L. C. D., Santos, R. P. D., & Lordani, T. V. A. (2020). Qualidade de vida e percepção do estado de saúde entre indivíduos hospitalizados. *Escola Anna Nery*, 24(4).

Melo, A. K., Siebra, A. J., & Moreira, V. (2017). Depressão em adolescentes: revisão da literatura e o lugar da pesquisa fenomenológica. *Psicologia: ciência e profissão*, 37(1), 18-34.

Moudjahid, A., & Abdarrazak, B. (2019) Psychology of Quality of Life and Its Relation to Psychology. *International Journal of Inspiration & Resilience Economy*, 3 (2), 58-63. doi: 10.5923/j.ijire.20190302.04

Munthe-Kaas HM, Johansen S, Blaasvær N, et al. The Effect of Psychosocial Interventions for Preventing and Treating Depression and Anxiety Among At-Risk Children and Adolescents. Oslo, Norway: Knowledge Centre for the Health Services at The Norwegian Institute of Public Health (NIPH); 2014 *Nov. Report from Norwegian Knowledge Centre for the Health Services* (NOKC) No. 22-2014. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK464883/

Nascimento, I. R. V., dos Santos Alves, E., & Júnior, J. P. (2015). Contribuições do pensamento de Erikson à ideia de formação humana e à educação.

National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine; Health and Medicine Division; Division of Behavioral and Social Sciences and Education; Board on Children, Youth, and Families; Committee on the Neurobiological and Socio-behavioral Science of Adolescent Development and Its Applications, Backes, E. P., & Bonnie, R. J. (Eds.). (2019). *The Promise of Adolescence: Realizing Opportunity for All Youth. National Academies Press (US*).

Nereu, J., & Barboza, N. A. (2021) Intervenção com adolescentes em estado depressivo no município de São Gonçalo do Gurguéi-Piauí.

Parada, I., Nunes, R., & Ferreira, P. D. (2018). Ansiedade na adolescência e famílias: um tratamento cognitivo–comportamental em grupo.

Phyo, A.Z.Z., Freak-Poli, R., Craig, H. et al. Quality of life and mortality in the general population: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health* 20, 1596 (2020). https://doi.org/10.1186/s12889-020-09639-9

Pinto, J. C., Martins, P., Pinheiro, T. B., & Oliveira, A. C. (2015). Ansiedade, depressão e stresse: um estudo com jovens adultos e adultos portugueses. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 16(2), 148-163.

Platt, B., Kadosh, K. C., & Lau, J. Y. (2013). The role of peer rejection in adolescent depression. *Depression and anxiety*, *30*(9), 809-821.

Quiroga, F. L., & Vitalle, M. S. D. S. (2013). O adolescente e suas representações sociais: apontamentos sobre a importância do contexto histórico. *Physis: revista de saúde coletiva*, 23, 863-878.

Rabello, E., & Passos, J. S. (2015). Erikson e a teoria psicossocial do desenvolvimento. *Consultado em, 16, 08-13.*

Raknes, S., Pallesen, S., Himle, J. A., Bjaastad, J. F., Wergeland, G. J., Hoffart, A., Dyregrov, K., Håland, Å. T., & Haugland, B. (2017). Quality of life in anxious adolescents. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 11, 33. https://doi.org/10.1186/s13034-017-0173-4

Ramos, V. A. B. (2016). A perturbação de ansiedade social o evitamento em situações sociais. *Revista Psicologia. pt, dezembro/2016. Disponível em: http://www. psicologia. pt/artigos/textos A, 1039.*

Sancho, G. P., Brenes, G. S., & Villalobos, N. D. L. C. (2020). Actualización sobre el trastorno depresivo mayor. *Revista Médica Sinergia*, 5(12), 1-16.

Scarpati, B., & Gomes, K. M. (2021). Depressão na adolescência: causas, sintomas e tratamento. *Revista de Iniciação Científica*, 18(2), 16-30.

Silveira, J. A., dos Santos, W. C., Paschoal, R. A., & de Moraes, R. C. P. (2020). Ansiedade em alunos do Ensino Médio: um estudo de revisão. *Psicologia PT*, São Paulo, ISSN, 1646-6977.

Silverman, WK & Kurtines, WM (2013). *Ansiedade e transtornos fóbicos: uma abordagem pragmática* . Springer Science & Business Media.

Soares, A. H. R., Martins, A. J., Lopes, M. D. C. B., Britto, J. A. A. D., Oliveira, C. Q. D., & Moreira, M. C. N. (2011). Qualidade de vida de crianças e adolescentes: uma revisão bibliográfica. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16, 3197-3206.

Sobanski, L., & Rinaldi, G. P. (2015). Qualidade de vida (QV) e saúde: a percepção de acadêmicos de psicologia–foco no domínio psicológico. *Caderno PAIC*, 16(1), 571-586.

Souza, V., R., & Lourenço, L. M. (2017). Estudo qualitativo sobre a depressão e ansiedade social na adolescência: Uma revisão bibliográfica.

Schoen-Ferreira, T. H., Aznar-Farias, M., & Silvares, E. F. D. M. (2003). A construção da identidade em adolescentes: um estudo exploratório. *Estudos de Psicologia (Natal)*, *8*, 107-115.

Syed, M., & McLean, K. C. (2017). Erikson's theory of psychosocial development.

Tafet, G., E. (2018). *Ansiedade e depressão. As perturbações mais comuns derivadas do stress crónico*. Espanha: Atlântico Press.

Thabrew, H., Stasiak, K., Hetrick, S. E., Wong, S., Huss, J. H., & Merry, S. N. (2018). E-Health interventions for anxiety and depression in children and adolescents with long-term physical conditions. *The Cochrane database of systematic reviews*, 8(8), CD012489. https://doi.org/10.1002/14651858.CD012489.pub2

Tomé, G., Gómez-Baya, D., Cerqueira, A., & Matos, M. G. D. (2019). Que escola é precisa para aprender, sem pôr em perigo o bem estar e as relações interpessoais dos adolescentes. *Child and Adolescent Psychology/Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente*, 10(1), 63-73.

Tomé, G. M. Q., Gaspar, T., dos Santos, B. C. S., & Oliveira, M. L. (2019). A alienação social e o seu impacto no bem-estar dos adolescentes portugueses.

van Dalen, M., Dierckx, B., Pasmans, S. G. M. A., Aendekerk, E. W. C., Mathijssen, I. M. J., Koudstaal, M. J., ... & Okkerse, J. M. E. (2020). Anxiety and depression in adolescents with a visible difference: A systematic review and meta-analysis. *Body image*, 33, 38-46.

Viana, R. D. S., & Lourenço, L. M. (2017). Estudo qualitativo sobre a depressão e a ansiedade social na adolescência: Uma revisão bibliográfica. *Psicologia*. Pt, 1-16.

Viçoso, H. (2005). *Dicionário Enciclopédia da Psicologia*. Lisboa: Texto & Grafia.

Vital, M. G. I. (2021). Um estudo sobre a depressão e o suicídio em adolescentes. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, 7(5), 422-429.

World Health Organization (WHO). (2016). Health Topics. Adolescent health. Disponível em http://www.who.int/topics/adolescent_health/en/.

Yang, L., Zhao, Y., Wang, Y., Liu, L., Zhang, X., Li, B., & Cui, R. (2015). The Effects of Psychological Stress on Depression. *Current neuropharmacology*, 13(4), 494–504. https://doi.org/10.2174/1570159x1304150831150507

ANEXOS

Anexo I- Consentimento Informado

UNIVERSIDADE LUSÍADA DE LISBOA

Instituto de Psicologia e Ciências da Educação

Mestrado em Psicologia Clínica

Ex. mo(a) Senhor (a) Encarregado (a) de Educação

Eu, Márcia Vanessa Lapa Santos, encontro-me a frequentar o Mestrado de Psicologia Clínica na Universidade Lusíada, sob orientação da Professora Doutora Tânia Gaspar. Atualmente encontro-me a realizar uma investigação sobre o Impacto da Ansiedade e Depressão na Qualidade de vida dos Adolescentes.

Venho por este meio solicitar-lhe a autorização para poder realizar a entrevista e aplicação de um instrumento ao seu educando(a) para a colaboração na investigação. Toda a informação recolhida através da entrevista e do instrumento será confidencial apenas usada para investigação científica, por isso nunca será divulgado a identificação do participante.

Caso tenho alguma questão estarei disponível para esclarecer.

Eu, _____ autorizo a participação do meu educando(a) na investigação e a recolha de dados feita pela investigadora Márcia Vanessa Lapa Santos.

Assinatura do Encarregado(a) de Educação_____

Assinatura da Investigadora_____

Anexo II- Guião de Entrevista Estruturada

Entrevista

Sexo:

Qual é a tua idade?

Qual é o ano escolar que frequentas?

Em que região do país vives?

Com quem vives?

1. Como sentes-te, neste momento?
2. Gostas da tua família?
3. Como é a relação com os teus pais?
4. Como é a tua relação com os teus irmãos e com a tua família?
5. Quando pensas na tua vida, ela representa uma boa vida?
6. Na tua opinião, achas que mudavas alguma coisa na tua vida para correr melhor?
7. Sentes-te feliz ou infeliz em relação à vida que tens?
8. Gostas da tua escola?
9. O que gostas mais na tua escola? Porquê?
10. Quais são as tuas disciplinas favoritas? E quais são as tuas disciplinas que não gostas tanto?
11. Costumas sentir dificuldades em concentrar-te nas aulas?
12. Sentes dificuldade em manter-te concentrado durante numa tarefa escolar?
13. Sentes dificuldades em organizar as tuas tarefas escolares?
14. Fala-me um pouco dos teus amigos?
15. O que gostas de fazer com eles e o que tens mais dificuldade em relação as amizades?
16. Com quem gostas mais de fazer os trabalhos escolares?
17. O que achas que os teus amigos podem pensar sobre ti?
18. Sentes que por vezes queres estar sozinho e longe dos teus amigos?
19. Quando te sentes assim, o que costumas fazer?
20. Quando chegas a casa sentes-te cansado ou sem energia? E acontece para além dos dias que vais à escola?
21. Quando chegas muito cansado, sentes que tens dificuldade em adormecer todos os dias ou raramente acontece?
22. Muitas vezes, sentes-te feliz quando estas na escola e em casa? Ou sentes-te mais triste?

23. E sentes-te assim muitas vezes?
24. Nos últimos meses, já sentiste uma tristeza imensa que parecia que não eras capaz de aguentar?
25. Quando sentiste essa tristeza foi por muito tempo?
26. Quando te sentes assim muito triste, costumas magoar-te?
27. Em que parte do corpo costumas te magoar?
28. Quando tens testes na escola ou quando te sentes desconfortável com algo na tua vida, costumas ficar preocupado?
29. Essa preocupação que sentes, costuma ser constante?
30. Quando ficas ou sentes que este preocupado, essa preocupação acompanha-te durante o dia, sem que consigas ter calma e interferindo no teu dia- a- dia ou não deixas que interfira?
31. Esta preocupação fez sentir-te com dificuldade em respirar?
32. Quando sentes dificuldade em respirar parece que vais ter um ataque de ansiedade?
33. O que costumas fazer quando sentes que vais ter um ataque de ansiedade?
34. Quando tens ou vais ter um ataque de ansiedade costumas ter medo?
35. No teu dia-a-dia costumas sentir medo? Ou raramente tens?
36. Quando costumas magoar-te sentes-te preocupado?
37. Quando sentes uma enorme tristeza ou bastante preocupação, já recorreste algumas substâncias para poder diminuir o que estavas a sentir?
38. Quando te sentes menos bem o que costumas fazer? O que é que te faz sentir melhor?
39. Quando tens tempos livres, o que costumas fazer?
40. Gostas de aproveitar o tempo livre para fazer atividades que gostas?
41. Costumas fazer atividades com a tua família?
42. Quais são as atividades que mais gostas de fazer?
43. Tens dificuldade em concentrar-te nas atividades que gostas de fazer?
44. Sentes que as vezes tens pouco interesse em realizar atividades que gostes muito?
45. Quando sentes assim, o que fazes para teres mais interesse pelas atividades?
46. Muito obrigada pela tua importante partilha, gostarias de acrescentar alguma coisa?

Anexo III- KIDSCREEN-10

UNIVERSIDADE LUSÍADA DE LISBOA

Instituto de Psicologia e Ciências da Educação

Mestrado em Psicologia Clínica

KIDSCREEN-10

Adaptação efetuada e validação da escala de KIDSCREEN-10 por Gaspar, T., & Matos, M. G. (2008).

O objetivo principal desta investigação é compreender e caracterizar o impacto da ansiedade e da depressão na qualidade de vida dos adolescentes. Este instrumento apenas serve para um recolhimento de informação confidencial, por isso nunca será divulgado a identificação do participante.

Olá,

Peço por favor que leias com muita atenção todas as questões colocadas. Respondendo de uma forma sincera e assinalando a mais adequada a ti.

Recorda-te que não existem respostas certas ou erradas e peço-te que não deixes nenhuma questão em branco.

Todas as respostas dadas por ti não serão dadas a ninguém.

És rapaz ou rapariga?

◯ Rapariga

◯ Rapaz

Que idade tens?

_____ anos

Tens alguma deficiência, doença ou condição física crónica?

◯ Não

◯ Sim

Qual? _____

Pensa na última semana…

	Nada	Pouco	Moderadamente	Muito	Totalmente
1. Sentiste-te bem e em forma?					
2. Sentiste-te cheio(a) de energia?					
3. Sentiste-te triste?					
4. Sentiste-te sozinho(a)?					
5. Tiveste tempo suficiente para ti próprio(a)?					
6. Foste capaz de fazer atividades que gostas de fazer no teu tempo livre?					
7. Os teus pais tratam-te com justiça?					
8. Divertiste-te com os teus amigos(as)?					
9. Foste bom/boa aluno(a) na escola?					
10. Sentiste-te capaz de prestar atenção?					