

IPV - ESSV |

Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu



Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

Trabalho efectuado sob a orientação de



“A criança modela-se. Ajuda-a a modelar-se oferecendo-lhe tudo quanto tenhas de mais autêntico dentro de ti. Oferece-te a ti próprio como modelo. Faz de modelo, não só com o teu corpo de Homem, mas também com o que resta da tua espontaneidade infantil para o Amor.”

João dos Santos (in *Ensinaram-me a ler o mundo à minha volta*, pág. 23)

Agradecimentos

Mais uma caminhada da minha vida está a ser concluída, feita com dedicação, esmero e esforço. Mas para que tivesse chegado a bom porto, necessitei da colaboração e apoio de muitas pessoas, pois ninguém se consegue construir sozinho. Assim, agradeço a todos os que, direta ou indiretamente, me ajudaram a tornar possível a concretização de mais um sonho pessoal e profissional, de que é prova este trabalho.

Em primeiro lugar, quero agradecer ao Professor Doutor João Duarte e à Professora Doutora Madalena Cunha, por todo o empenho demonstrado na orientação deste trabalho, assim como todo o profissionalismo e experiência que se revelaram uma mais-valia para o meu sucesso.

A todos os agentes educativos que acederam participar neste estudo.

Ao meu companheiro de vida, pelo seu apoio, amizade e amor, fazendo com que as dificuldades fossem mais fáceis e ultrapassáveis com resiliência.

Ao meu querido filho, pelo seu sorriso e olhar ternurentos, uma força motriz para continuar a minha caminhada, que amo incondicionalmente e que veio dar um novo colorido à minha vida, espero doravante compensá-lo das horas de atenção e brincadeira que lhe devo. Foi ele o meu grande estímulo nesta caminhada.

Aos meus pais, agradeço pelo amor incondicional, pelo apoio e coragem que sempre me transmitiram. Foram eles que sempre me ouviram e apoiaram, nos momentos de desânimo e de alento.

A todos o meu profundo agradecimento.

Resumo

Enquadramento: Os agentes educativos devem estar capacitados para promoverem programas de promoção ou prevenção da saúde nas escolas, potenciando a saúde mental e a qualidade de vida das crianças e adolescentes.

Objetivos: Determinar o modo como as variáveis sociodemográfica e socioprofissionais dos agentes educativos interferem nas necessidades formativas em saúde e qualidade de vida das crianças e adolescentes.

Métodos: Estudo quantitativo, transversal e descritivo-correlacional. Os dados foram colhidos através de uma amostra não probabilística por conveniência constituída por 136 agentes educativos. Como instrumento de recolha de dados utilizou-se um questionário de caracterização sociodemográfica e socioprofissional e o Questionário sobre Necessidades Formativas em Saúde e Qualidade de Vida das Crianças e Adolescentes (Cunha et al., 2017).

Resultados: Percentagem mais elevada de moderada necessidade de formação em saúde mental e qualidade de vida das crianças e adolescentes (47,8%). Maioritariamente, os participantes consideraram muito importante a inclusão de conteúdos curriculares sobre os temas lecionados nos planos de estudos dos cursos de licenciatura para os diferentes agentes educativos (58,8%). Registou-se um valor médio mais elevado ($M=2,79\pm 2,83$) para os agentes educativos que sentem necessidade de formação ao nível das situações problemáticas em saúde mental em crianças e adolescentes. Os participantes do género feminino, os que possuem idade ≤ 44 anos, os residentes em meio rural, os professores e os enfermeiros expressaram mais necessidade de formação em saúde mental e qualidade de vida de crianças e adolescentes. Registaram-se diferenças estatisticamente significativas no género (situações problemáticas em saúde mental em crianças e adolescentes $p=0,033$), na idade (violência escolar e familiar em crianças e adolescentes $p=0,022$), na zona de residência (situações problemáticas em saúde mental em crianças e adolescentes $p=0,007$; violência escolar e familiar em crianças e adolescentes $p=0,034$; fator global $0,024$), no grupo profissional (situações problemáticas em saúde mental em crianças e adolescentes $p=0,018$; violência escolar e familiar em crianças e adolescentes $p=0,017$) e nas habilitações literárias (situações problemáticas em saúde mental em crianças e adolescentes $p=0,047$).

Conclusões: O estudo evidenciou a necessidade de desenvolver ações de formação e/ou programas de educação para a saúde de modo a potenciar os agentes educativos de ferramentas que permitam potenciar a saúde mental e maximizar a qualidade de vida das crianças e adolescentes, onde os enfermeiros desempenham um papel primordial, como agentes promotores de saúde.

Palavras-chave: Saúde mental; Qualidade de Vida; Crianças; Adolescentes; Professores; Enfermeiros; Polícias.

Abstract

Background: Educational agents must be trained to promote health promotion or prevention programs in schools, enhancing mental health and the quality of life of children and adolescents.

Objectives: To determine how the socio-demographic and socio-professional variables of educational agents interfere with the training needs in health and quality of life of children and adolescents.

Methods: Quantitative, cross-sectional and descriptive-correlational study. The data were collected through a non-probabilistic convenience sample consisting of 136 educational agents. As a data collection instrument, we used a questionnaire for sociodemographic and socio-professional characterization and the Questionnaire on Training Needs in Health and Quality of Life of Children and Adolescents (Cunha et al., 2017).

Results: Higher percentage of moderate need for training in mental health and quality of life for children and adolescents (47.8%). Mostly, the participants consider the inclusion of curricular content on the subjects taught in the study plans of the degree courses for the different educational agents (58.8%) very important. There was a higher average value ($M=2.79\pm 2.83$) for educational agents who feel the need for training in terms of problematic situations in mental health in children and adolescents. Female participants, those aged ≤ 44 years, rural residents, teachers and nurses expressed a greater need for training in mental health and quality of life for children and adolescents. There were statistically significant differences in gender (problematic situations in mental health in children and adolescents $p=0.033$), in age (school and family violence in children and adolescents $p=0.022$), in the area of residence (problematic situations in mental health in children and adolescents $p=0.007$; school and family violence in children and adolescents $p=0.034$; global factor 0.024), in the professional group (problematic situations in mental health in children and adolescents $p=0.018$; school and family violence in children and adolescents $p=0.017$) and educational qualifications (problematic situations in mental health in children and adolescents $p=0.047$).

Conclusions: The study evidenced the need to develop training actions and / or health education programs in order to enhance educational agents with tools that enhance mental health and maximize the quality of life of children and adolescents, where nurses play a key role as health-promoting agents.

Keywords: Mental health; Quality of life; Children; Adolescents; Teachers; Nurses; Police.

Sumário

	Pág.
Lista de Tabelas	XIII
Lista de Figuras	XV
Introdução-----	17
1ª PARTE – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA -----	21
1. Saúde mental das crianças e adolescentes -----	23
2. Qualidade de vida das crianças e adolescentes -----	29
3. Educação de adultos-----	35
2ª PARTE – ESTUDO EMPÍRICO -----	39
1. Metodologia -----	41
1.1.Métodos -----	41
1.2. Participantes-----	43
1.2.1. Caracterização sociodemográfica-----	43
1.3. Instrumento de recolha de dados-----	45
1.3.1. Questionário de caracterização socio demográfica e profissional -----	46
1.3.2. Questionário sobre Necessidades Formativas em Saúde e Qualidade de Vida das Crianças e Adolescentes -----	46
1.4. Análise estatística -----	59
2. Apresentação dos resultados -----	62
2.1. Análise descritiva -----	62
2.1.1. Caracterização socioprofissional-----	62
2.1.2. Necessidades de formação dos agentes educativos-----	64
2.2. Análise inferencial -----	68
2.2.1. Variáveis sociodemográficas e socioprofissionais dos agentes educativos vs. necessidades de formação em saúde mental e qualidade de vida das crianças e adolescentes -----	68
3. Discussão-----	72
3.1. Discussão metodológica-----	72

3.2. Discussão dos resultados -----	73
3.2.1. Necessidades de formação dos agentes educativos-----	73
3.2.2. Variáveis sociodemográficas e socioprofissionais dos agentes educativos vs. necessidades de formação em saúde mental e qualidade de vida das crianças e adolescentes -----	75
Conclusão-----	78
Referências Bibliográficas -----	82
Anexo I – Instrumento de recolha de dados	

Lista de Tabelas

	Pág.
Tabela 1 - Estatísticas relativas à idade dos agentes educativos segundo o sexo.....	44
Tabela 2 – Caracterização sociodemográfica em função do sexo.....	45
Tabela 3 – Consistência interna dos itens do Questionário Necessidades Formativas em Saúde e Qualidade de Vida das Crianças e Adolescentes	49
Tabela 4 – Análise factorial exploratória	51
Tabela 5 - Trajetórias, rácios críticos e coeficientes lambda	53
Tabela 6 - Índices de qualidade do ajustamento de todos os modelos	56
Tabela 7 - Fiabilidade compósita, variância extraída média e validade discriminante	56
Tabela 8 - Consistência interna dos itens do Questionário Necessidades Formativas em Saúde e Qualidade de Vida das Crianças e Adolescentes por subescala.....	57
Tabela 9 – Validade convergente / divergente dos itens do Questionário Necessidades Formativas em Saúde e Qualidade de Vida das Crianças e Adolescentes	58
Tabela 10 - Matriz de correlação de Pearson entre as subescalas do questionário sobre Necessidades Formativas em Saúde e Qualidade de Vida das Crianças e Adolescentes.....	59
Tabela 11 – Caracterização socioprofissional em função do sexo	63
Tabela 12 - Estatísticas relativas ao tempo de serviço segundo o sexo.....	63
Tabela 13 – Necessidade de frequentar formação específica nas áreas de saúde mental e QDV.....	64
Tabela 14 – Motivos para não frequentar formação sobre saúde e QDV das crianças e adolescentes	65
Tabela 15 – Grau de importância atribuída à inclusão de conteúdos curriculares sobre os temas lecionados nos planos de estudos dos cursos de licenciatura para os agentes educativos	65
Tabela 16 - Estatísticas relativas às necessidades de formação em saúde e qualidade de vida das Crianças/Adolescentes	66
Tabela 17 – Necessidade de formação em saúde mental e qualidade de vida das crianças e adolescentes em função das variáveis sociodemográficas e socioprofissionais	67
Tabela 18 – Resultados do teste U de Mann-Whitney para a relação entre as necessidades de formação e o género.....	68
Tabela 19 – Resultados do teste Oneway Anova para a relação entre as necessidades de formação e a idade	69
Tabela 20 – Resultados do teste U de Mann-Whitney para a relação entre as necessidades de formação e zona de residência	69

Tabela 21 – Resultados do teste Kruskal-Wallis para a relação entre as necessidades de formação e o grupo profissional	70
Tabela 22 – Resultados do teste Kruskal-Wallis para a relação entre as necessidades de formação e as habilitações literárias	70

Lista de Figuras

	Pág.
Figura 1- Representação esquemática da relação prevista entre as variáveis	43
Figura 2 – gráfico de declive (Scree plot).....	50
Figura 3 – Modelo inicial com 24 itens	54
Figura 4 – Modelo final refinado com itens eliminados.....	55
Figura 5 - Modelo 2ª ordem	55

Introdução

O estudo da saúde mental e da qualidade de vida das crianças e dos adolescentes assume-se como um tema de grande relevância, na perspetiva dos agentes educativos, o que poderá trazer subsídios para os profissionais de saúde, no caso concreto os enfermeiros, a fim de responderem de maneira mais direcionada e assertiva à sua promoção e, simultaneamente, ajudar os agentes educativos a reconhecerem os problemas que possam estar inerentes a este problema para que, em conjunto, se possam minimizar as situações de risco.

Para as sociedades contemporâneas, onde a prevalência de transtornos mentais parece comprometer a qualidade de vida e a prosperidade económica, não apenas pelos custos diretos da saúde e serviços sociais, mas também pela perda de produtividade académica e profissional, a implementação de programas de promoção da saúde mental é imperativo. A promoção da saúde mental está situada num campo maior da promoção da saúde e assenta na prevenção de perturbações mentais e no tratamento e reabilitação de pessoas com doenças mentais e deficiências. Como promoção da saúde, a promoção saúde mental envolve ações que permitem às pessoas adotar e manter estilos de vida saudáveis e criar condições de vida e ambientes de apoio à saúde (Organização Mundial de Saúde, OMS, 2014).

A Carta de Ottawa, desenvolvida pela OMS, em 1986, destacou os objetivos da promoção da saúde mental e identificou a melhoria das políticas de saúde como um dos seus objetivos de primeira linha. No contexto destas premissas, uma estratégia de promoção da saúde mental pode ser desenvolvida em todos os ambientes, construindo-se políticas públicas saudáveis, criando ambientes de apoio, fortalecendo a ação comunitária, desenvolvendo habilidades pessoais relevantes para a saúde mental e, em geral, reorientando os serviços de saúde para a deteção precoce de transtornos mentais e promoção da saúde, bem-estar e qualidade de vida, independentemente da faixa etária (OMS, 2014). Da mesma forma, na União Europeia, o denominado *Livro Verde* foi formulado em 2005 e constituiu-se como um documento de declaração de propostas para o estabelecimento de uma estratégia inclusiva sobre a promoção de saúde mental em todos os países europeus.

É amplamente reconhecido que a promoção da saúde mental e da qualidade de vida pode ser trabalhada em diferentes níveis, tendo em consideração os determinantes individuais, familiares, comunitários e sociais da saúde mental e fortalecendo os fatores de

proteção, reduzindo os fatores de risco (Tomaras, Ginieri-Coccosis, Vassiliadou et al., 2011).

Portanto, os ambientes como as escolas e os locais de trabalho são considerados cruciais para a promoção da saúde mental e da qualidade de vida. Nas escolas em particular, um programa de intervenção inclusivo pode aumentar as competências sociais, melhorar a resiliência, reduzir o *bullying*, a ansiedade e os sintomas depressivos. Além disso, promover a saúde mental em crianças, adolescentes e restante comunidade educativa potenciando a sua saúde mental através do desenvolvimento de habilidades específicas relevantes para cada grupo (Papadofragaki, Ginieri-Coccosis & Papadimitriou, 2010).

Para além das intervenções educacionais e de treino ao nível da promoção da saúde mental e da qualidade de vida, é fundamental abordar-se especificamente as atitudes e os conceitos erróneos sobre as doenças mentais na comunidade escolar, um alvo importante das ações de promoção de saúde mental. Quando se expressam opiniões negativas e tendenciosas no seio de um grupo social particular, é importante abordar tais questões através de intervenções educacionais de promoção da saúde mental no nível da comunidade, para que os profissionais e os vários grupos de influência na comunidade possam desenvolver atitudes positivas e informadas sobre as doenças mentais. Nesses casos, os programas de promoção de saúde mental podem facultar conhecimentos a fim de se reconhecerem os problemas de saúde mental e melhorar as habilidades pessoais de enfrentamento (Tomaras et al., 2011).

Em todo o mundo, 10-20% das crianças e adolescentes sofrem de transtornos mentais. Metade de todas as doenças mentais começa aos 14 anos e três quartos aos 20 anos. As condições neuropsiquiátricas são a principal causa de incapacidade em jovens de todas as regiões. Se não forem tratadas, essas condições influenciarão severamente o desenvolvimento das crianças e adolescentes, as suas conquistas académicas e o seu potencial para levar uma vida plena e produtiva. As crianças com transtornos que afetam a sua saúde mental enfrentam grandes desafios, nomeadamente o estigma, o isolamento e a discriminação, bem como a falta de acesso às instituições de saúde e de educação, violando-se, assim, o seu direito humano fundamental (OMS, 2018).

Tendo em conta o exposto, formularam-se as seguintes questões de investigação: (i) Qual a interferência das variáveis sociodemográficas dos agentes educativos nas necessidades formativas em saúde e qualidade de vida das crianças e adolescentes? (ii) Qual a influência das variáveis socioprofissionais dos agentes educativos nas necessidades formativas em saúde e qualidade de vida das crianças e adolescentes? Com o objetivo de

se responder a estas questões, definiu-se o seguinte objetivo geral: determinar o modo como as variáveis sociodemográfica e socioprofissionais dos agentes educativos interferem nas necessidades formativas em saúde e qualidade de vida das crianças e adolescentes.

O trabalho encontra-se estruturado em duas partes: numa primeira parte, faz-se uma contextualização teórica da problemática, o que permite a elaboração de um quadro concetual promotor de um maior conhecimento acerca do tema, organizando-se a sua apresentação em três capítulos, constando do primeiro, a saúde mental das crianças e adolescentes, no segundo, a qualidade de vida das crianças e adolescentes, no terceiro, a educação de adultos. Na segunda parte deste trabalho aborda-se o processo de investigação levado a cabo. Deste modo, na metodologia apresenta-se e descreve-se o tipo de investigação desenvolvida, designadamente, o tipo de estudo, o desenho da investigação, os participantes, o instrumento de recolha de dados, os procedimentos e a especificidade estatística utilizada. Segue-se a apresentação dos resultados e a sua análise estatística. Tem lugar a discussão dos resultados. O estudo termina com as conclusões mais relevantes e que dão resposta às questões e objetivos de partida.

1ª PARTE – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1. Saúde mental das crianças e adolescentes

A OMS (2005, p. 19) define saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade, sendo claramente a saúde mental parte integrante desta definição. A saúde mental não é apenas a ausência de transtorno mental. É definida pelo mesmo organismo como um estado de bem-estar no qual toda a pessoa realiza o seu próprio potencial para lidar com o stresse normal da vida, trabalhar produtiva e frutuosa e ser capaz de contribuir para a sua comunidade.

Partindo da definição da OMS (2005), Slade (2010) refere que uma relativa falta de habilidades na promoção do bem-estar é particularmente importante para os serviços de saúde mental, uma vez que os transtornos mentais afetam diretamente a identidade e a capacidade da pessoa manter papéis sociais. Essa distinção, ainda segundo o mesmo autor, entre saúde mental e doença mental foi validada empiricamente, através de correlações entre as medidas de depressão e as medidas de bem-estar psicológico, variando de -0,40 a -0,55. Uma abordagem mais robusta estatisticamente e um modelo de fatores confirmatórios mostrou que os fatores latentes da saúde mental e da doença mental, numa amostra de cidadãos americanos (n=3.032) se correlacionaram em 0,53, indicando que apenas um quarto da variação entre as medidas da doença mental e da saúde mental é compartilhada (Keyes, 2005).

A Psicologia positiva tem desenvolvido intervenções baseadas em evidências para melhorar o bem-estar, o que complementa os resultados emergentes da síntese de narrativas sobre a recuperação da doença mental, fornecendo informações ecologicamente válidas sobre os processos pelos quais as pessoas que sofrem de doença mental podem desenvolver uma vida determinada e significativa (Slade, 2010).

A saúde mental e o bem-estar são fundamentais para o desenvolvimento pessoal e interpessoal do ser humano, devendo a sua promoção, proteção e recuperação constituir preocupações vitais dos indivíduos, comunidades e sociedades (OMS, 2018; 2019). Para Guo, Tomson, Keller & Söderqvist, (2018, p.4), à semelhança da definição da OMS (2005), referida anteriormente, a saúde mental é considerada um estado de bem-estar em que cada indivíduo percebe o seu próprio potencial e consegue lidar com os fatores stressantes normais da vida. A saúde mental pode ser operacionalizada como uma “síndrome” de sintomas de bem-estar emocional e o reconhecimento da capacidade de realização do potencial intelectual e emocional num indivíduo. A percepção de bem-estar constitui uma percepção individual, uma avaliação da própria vida, mediante o estado emocional e o funcionamento psicológico e social. Assim, partindo deste pressuposto, a saúde mental é

parte integrante da saúde, e é mais do que a ausência de doença mental estando intimamente ligada à saúde física e ao comportamento (OMS, 2005).

A saúde mental e as doenças mentais são determinadas por múltiplos fatores sociais, psicológicos e biológicos que interagem, assim como a saúde e a doença em geral. A evidência mais clara para isso diz respeito ao risco de doenças mentais, que nos países desenvolvidos e em desenvolvimento estão associadas a indicadores de pobreza, incluindo baixos níveis de educação e com condições precárias de habitação e rendimento. A maior vulnerabilidade das pessoas desfavorecidas em cada comunidade aos problemas de doenças mentais pode ser explicada por fatores como a experiência de insegurança e desesperança, rápida mudança social e os riscos de violência e problemas de saúde (OMS, 2005).

Neste âmbito, considerando que o estado de doença, ocorre quando um conjunto de sintomas, a um nível específico, interfere com o funcionamento cognitivo e/ou social, podemos inferir que a percepção de doença mental ocorre perante as várias perturbações que afetam o funcionamento e o comportamento emocional, social e intelectual (Almeida & Xavier, 2013, p.26).

A doença mental é definida como “doença que, pelas características e evolução do seu quadro clínico, afeta de forma prolongada ou contínua a funcionalidade da pessoa” (Decreto-Lei, n.º 8/2010, de 28 de janeiro, p. 258), o que implica, na intervenção, ter-se em conta a sua incapacidade psicossocial, que se refere, ainda de acordo com o mesmo dispositivo legal, com “a situação objetiva de redução total ou parcial da capacidade da pessoa com doença mental grave para desempenhar as atividades da vida diária, no contexto social, familiar e profissional” (p. 258). O mesmo Decreto-Lei (p. 257) refere que “os problemas de saúde mental, aliados a situações de demência que, em parte, resultam do aumento da esperança média de vida e do envelhecimento da população, importam severas consequências para a vida das famílias”. Por conseguinte, a saúde mental é uma das prioridades das políticas sociais e de saúde, com propostas de “criação de novas respostas de cuidados continuados integrados de saúde mental, em articulação com a segurança social, em função dos diferentes níveis de autonomia das pessoas com doença mental” (Decreto-Lei, n.º 8/2010, de 28 de janeiro, p. 257).

As doenças mentais, segundo Fernandes, Santos, Moreira, Vargas e Nóbrega (2019, p. 2), assumem-se “como um importante problema de saúde pública, com tendências crónicas e dificuldades no tratamento. Estima-se globalmente que mais de 650 milhões de pessoas preenchem critérios diagnósticos para as doenças mentais, sendo as mais comuns à depressão e a ansiedade”. As doenças mentais, ainda em conformidade com os mesmos

autores, são “caracterizadas por mudanças comportamentais visíveis, que podem provocar atitudes negativas, estereótipos e crenças associadas por parte de terceiros”.

Estimativas do Conselho Europeu do Cérebro indicam que “27,4% da população da UE com idade entre 18 e 65 anos sofre, em cada ano, de um qualquer tipo de problema de saúde mental, número que foi atualizado recentemente para 38,2% após a inclusão dos dados de uma ampla avaliação da infância e adolescência e do ingresso de novos membros na UE” (DGS, 2013, p.5).

No âmbito do *World Mental Health Survey Initiative*, inserido no Estudo Nacional de Saúde Mental, verificou-se que Portugal apresenta “uma das mais elevadas prevalências de doenças mentais da Europa; sendo que uma percentagem importante das pessoas com doenças mentais graves permanecem sem acesso a cuidados de saúde mental, e muitos dos que têm acesso a estes cuidados continuam a não beneficiar dos modelos de intervenção (programas de tratamento e reabilitação psicossocial), hoje considerados essenciais” (DGS, 2017, p. 32). Devido a esta dificuldade, tem-se constatado um aumento de procura dos Cuidados de Saúde Primários por parte das pessoas com perturbações mentais, tornando-se, assim, fundamental que existam, a este nível, profissionais capacitados e capazes de dar respostas eficazes.

De acordo com o Conselho Nacional de Saúde, referenciado por Lugatte (2019), quase um em cada dez adolescentes portugueses refere que se sente triste todos os dias e 5,9% tão tristes que não aguentam, com 10% da população a sofrer de depressão e, em 2017, o suicídio foi responsável por 14 628 anos potenciais de vida perdidos. Assim alerta-se, ainda segundo a mesma autora, que uma estimativa subestimada dos custos com a doença mental em Portugal aponta para 3,7% do PIB – 6,6 mil milhões de euros, repartidos pelas despesas com tratamentos, apoios sociais e absentismo. Embora a sua relevância central no bem-estar da população e impacte transversal na sociedade, Lugatte (2019) salienta que “não tem sido considerada uma prioridade a nível das políticas de saúde e das comunidades”. Quanto ao Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016, que foi prolongado até 2020, o mesmo “ficou aquém das expectativas. Embora contenha objetivos concretos, o plano não teve o apoio político e os recursos financeiros necessários à sua implementação plena”.

A Organização Mundial de Saúde, como referido por Xavier (2019), estima que 20% das crianças e adolescentes revelam pelo menos uma perturbação mental antes de atingir os 18 anos e que, inclusive em países desenvolvidos, somente 1/3 das crianças com problemas significativos recebem tratamento. A mesma autora salienta que muitas patologias são persistentes e podem resultar em consequências graves, perduráveis, com

impacte considerável na capacidade de inserção das crianças e adolescentes, com cerca de 50% das patologias psiquiátricas de evolução prolongada a terem início antes dos 14 anos e 75% antes dos 24 anos. Assim, torna-se relevante a intervenção em idades mais precoces para prevenir ou diminuir a probabilidade de incapacidade a longo prazo, sendo esta uma ação com melhor relação custo/eficácia para se poder combater o aumento contínuo dos problemas mentais. Xavier (2019) acrescenta que nas escolas e nos cuidados de saúde primários, a falta de formação específica dos agentes educativos assume-se como um fator que dificulta a identificação precoce de muitas situações, limitando também a capacidade de intervir eficazmente. Como tal, sugere um maior investimento na formação de técnicos de saúde mental e de outros profissionais da saúde, da educação.

As crianças e adolescentes são uma das áreas prioritárias de intervenção no contexto político europeu. A Organização Mundial de Saúde anunciou que a saúde mental das crianças e adolescentes consiste numa área-chave para a qual os profissionais e decisores políticos têm de centrar a sua atenção e preocupações. O Pacto Europeu para a Saúde Mental e Bem-Estar invoca que os Estados Membros da União Europeia tenham um papel interventivo em cinco áreas prioritárias, sendo uma das quais a Saúde Mental na Juventude e Educação. O mesmo acontece em Portugal, onde o Plano Nacional para a Saúde Mental singulariza um conjunto de estratégias de prevenção e de promoção da saúde mental, com destaque para os programas de educação acerca da saúde mental na idade escolar, prevenção da violência e do abuso de drogas ou programas de desenvolvimento pessoal e social. De igual modo, o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil preconiza como uma das principais linhas de atuação o investimento na prevenção das perturbações emocionais e do comportamento. Estes programas e planos têm o seu fundamento uma vez existe um número cada vez maior de crianças e adolescentes que vivenciam dificuldades em responder aos desafios desenvolvimentais que enfrentam e que sofrem os efeitos negativos das perturbações mentais. A prevalência das perturbações mentais entre as crianças e adolescentes tem aumentado nos últimos 20 a 30 anos (Ordem dos Psicólogos, 2019).

A definição de Saúde Mental na Infância e adolescência da Organização Mundial de Saúde salienta as seguintes características “As crianças e adolescentes com saúde mental são capazes de alcançar e manter o bem-estar, bem como um funcionamento psicológico e social ótimo. Têm uma imagem positiva e valorizada de si mesmos, relações sólidas com familiares e com os pares, capacidade de serem produtivos e de aprender, bem como de lidar com desafios típicos do desenvolvimento e de usar os recursos culturais para maximizar o seu crescimento” (Projeto PROMove-te, 2016, p. 7).

Ao longo do crescimento a criança concretiza um conjunto de aprendizagens que lhe permitem responder aos desafios que o meio lhes vai colocando, de forma cada vez mais autónoma. Se neste percurso se deparar com exigências para as quais não se encontra capaz de dar resposta e se o ambiente não a apoiar de forma adequada, isso constitui um fator de risco para o aparecimento de um problema de saúde mental (Projeto PROMove-te, 2016, p. 8).

Os problemas mentais infantis mais comuns incluem os transtornos de conduta, abuso de substâncias, os transtornos de atenção e hiperatividade (problemas de expressão externalizante) e os transtornos do foro internalizante, tais como as perturbações emocionais (ansiedade elevada e tristeza, etc). Para serem considerados problemas de saúde mental terão que estar presentes mais duas condições: existir sofrimento e o funcionamento da criança ou jovem se encontrar afetado (Oliveira, 2017, p. 109).

Esses distúrbios são importantes na medida em que impõem sofrimento aos jovens e àqueles com quem convivem, e também porque interferem no desenvolvimento psicossocial e educacional, com o potencial de gerar problemas psiquiátricos e de relacionamento interpessoal na vida adulta (Feitosa, Ricou, Rego & Nunes, 2012, p.206). Em conformidade com os mesmos autores, a génese dos problemas de saúde mental em crianças e adolescentes vincula-se a vários fatores: “determinismo genético; desordens cerebrais, como a epilepsia; violência; perdas de pessoas significativas; adversidades crónicas; eventos stressantes agudos; problemas no desenvolvimento; adoção; além de problemas culturais e sociais que se repercutem de forma significativa no desenvolvimento infantil” (Feitosa et al., 2012, p.260).

Estudos recentes, quer a nível nacional, quer internacional, alertam para a existência de elevada incidência de problemas de saúde mental entre os jovens (DGS, 2015). Este facto é ainda mais preocupante porque a exposição a fatores de risco na infância e na adolescência pode aumentar a probabilidade de desenvolvimento de perturbações mentais no adulto. Simultaneamente, a investigação comprova também a eficácia da intervenção precoce em termos da prevenção e da promoção da saúde mental da população.

A prevalência estimada de transtornos psiquiátricos na infância e adolescência em estudos epidemiológicos populacionais internacionais apresenta ampla variação, entre 1%-51%. Apesar das limitações metodológicas dos estudos que investigam a prevalência desses transtornos em diferentes culturas (instrumentos, definições de transtornos), várias pesquisas indicam taxas entre 9% e 16% em países desenvolvidos (Feitosa et al., 2012, p.206).

Na área da infância e adolescência, segundo dados da *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* (AACAP, 1999), referenciada DGS (2012, p.15), 1 em cada 5 crianças apresenta evidência de problemas mentais, proporção que tende a aumentar, registando-se que entre as referenciadas apenas 1/5 recebe tratamento adequado.

Por este facto a promoção da saúde mental da criança e do adolescente é uma prioridade do Plano Nacional de Saúde Mental e a articulação com as estruturas que intervêm ao nível dos cuidados de saúde primários é uma das principais medidas de desenvolvimento previstas no Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016. O recentemente atualizado Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ) da Direção-Geral de Saúde põe também a tónica na importância da promoção da saúde mental

Pesquisas indicam que os problemas de saúde mental podem também desenvolver-se como resultado de adversidades da vida, tais como um trauma ou evento de vida stressante, e que as adversidades da infância podem ter efeitos negativos significativos e duradouros na saúde mental. Contudo, nem todos os jovens que sofrem de desvantagem ou adversidades experimentam resultados negativos na sua saúde mental. O conceito de resiliência fornece uma explicação possível para a capacidade de alguns indivíduos manterem uma saúde mental positivo em face de circunstâncias adversas da vida. Embora sendo um construto inconsistentemente definido o conceito de resiliência envolve a capacidade, quando em confronto com stresse ou adversidade, o indivíduo ser capaz de empregar ativamente fatores internos e sociais, (comunitários) assim como suportes ambientais (fatores externos) para retornar ou manter um estado positivo de saúde mental e funcionamento (Feitosa et al., 2012, p. 274).

2. Qualidade de vida das crianças e adolescentes

A avaliação da Qualidade de Vida (QDV) em crianças e adolescentes tem recebido pouca atenção, segundo documentam Abreu, Marques, Martins, Fernandes e Gomes (2016, p. 141). Todavia, as mesmas autoras referem que, mais recentemente, a QDV nestas faixas etárias tem vindo a ganhar proeminência como um relevante conceito nos cuidados de saúde.

A avaliação da Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde (QVRS) nas crianças e adolescentes assume-se como vantajosa, uma vez que permite identificar as crianças e adolescentes em risco de um nível baixo de bem-estar ou com problemas de saúde, ajudar na descrição do peso relativo relacionado com cada doença ou incapacidade específica, tratando-se igualmente de “um elemento muito útil no planeamento de estratégias de intervenção no âmbito da promoção da saúde e da qualidade de vida” (Abreu et al., 2016, p.142).

No que se refere à Europa, entre 2001 e 2004, segundo Abreu et al. (2016, p.142), surgiu um projeto denominado “Proteção e Promoção da Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde em Crianças e Adolescentes – uma perspetiva Europeia de Saúde Pública (KIDSCREEN)”, suportado pela Comissão Europeia, no qual se desenvolveu um questionário que possibilita a avaliação e a comparação transcultural da QVRS em idade pediátrica. De acordo com as mesmas autoras, a versão final do questionário foi aplicado em estudos plurinacionais em 12 países europeus (Alemanha, Áustria, Espanha, França, Grécia, Holanda, Hungria, Polónia, Reino Unido, República Checa, Suécia e Suíça), perfazendo um total de 22 110 participantes. Em Portugal, o questionário foi traduzido e validado em 2004 pela equipa do projeto “Aventura Social” da Faculdade de Motricidade Humana de Lisboa e outros colaboradores (Abreu et al., 2016, p.142).

As autoras supracitadas reforçam que, em termos de literatura, são ainda escassos os estudos acerca da QVRS na idade pediátrica. Atendendo a essa constatação, realizaram um estudo para avaliar este indicador numa população de crianças e adolescentes de duas unidades dos cuidados de saúde primários portugueses. Trata-se de um estudo transversal, descritivo e analítico, no qual se aplicou o questionário KIDSCREEN-27® a uma amostra de crianças e adolescentes na faixa etária dos 8 aos 18 anos, que recorreram entre 1 de fevereiro e 31 de julho de 2013, ao Centro de Saúde Sete Rios e à Unidade de Saúde Familiar Infesta. Responderam ao questionário 163 crianças e adolescentes, com uma média de idades de $11,59 \pm 2,54$ anos, maioritariamente do sexo feminino (62,6%). Na sua maioria, os questionários foram preenchidos pelas próprias crianças e adolescentes

(74,2%). Na utilização da versão parental do questionário, quem mais colaborou no seu preenchimento foram as mães (76,2%). Dos questionários respondidos pelas próprias crianças e adolescentes, só 8 responderam de forma afirmativa à questão “*Tens alguma deficiência, doença ou condição física crónica?*”. Das patologias especificadas, apenas 1 tinha paralisia cerebral, 1 com estenose aórtica e os restantes patologia alergológica (asma, rinite). Os resultados em função do género revelam que as raparigas obtiveram scores QVRS mais baixos em todas as cinco dimensões avaliadas (*bem-estar físico, bem-estar psicológico, autonomia e relação com os pais, suporte social e grupo de pares e ambiente escolar*), com significância estatística apenas na avaliação do *bem-estar físico* ($p < 0,001$). Na globalidade, Abreu et al. (2016) referem que não registaram diferenças entre os dois grupos etários na avaliação da QVRS, exceto no score referente ao *ambiente escolar*, onde os adolescentes se revelaram significativamente menos satisfeitos do que as crianças ($p = 0,041$).

As autoras supracitadas mencionam que o facto de uma parte dos questionários ter sido preenchido pelos pais/cuidadores não influenciou, *grosso modo*, a avaliação da QVRS, com exceção no score referente ao *suporte social e grupos de pares*, onde se observou uma variação estatisticamente significativa em resultado de uma pior avaliação pelos pais, do que pelas crianças/adolescentes ($p = 0,006$). As autoras fizeram uma comparação entre os seus resultados com os dados europeus disponíveis, nomeadamente avançados pelo *The KIDSCREEN Group Europe* (2006), verificando que os scores do seu estudo são significativamente superiores aos do *The KIDSCREEN Group Europe* (2006). Na globalidade, os scores QVRS calculados revelaram valores elevados e estatisticamente superiores aos dados europeus disponíveis (Abreu et al., 2016).

Os resultados do mesmo estudo revelam que os pais propendem a ter uma perceção da QVRS análoga à dos filhos, com exceção do *suporte social e grupos de pares*, onde os pais revelam uma avaliação mais negativa. As autoras reforçam que os seus resultados corroboram os já existentes, segundo os quais a perceção parental delinea sempre “um cenário pior que o real, com uma concordância entre os resultados documentados pelos pais e filhos mais elevada nas medidas observáveis, em detrimento dos aspetos sociais e psicológicos” (Abreu et al., 2016, p. 145).

A literatura reporta que a perceção das raparigas com a sua saúde e bem-estar, por norma, é mais negativa do que a dos rapazes, principalmente no que se refere à autoperceção e imagem corporal, o que poderá ser explicado pelo facto dos rapazes estarem mais propensos a revelarem mais problemas de saúde na infância, o que se altera na adolescência com as raparigas, que manifestam mais perturbações psicossomáticas e problemas emocionais do que os rapazes (Bisegger, Cloetta, Rueden, Abel, Ravens-

Sieberer & The European Kidscreen Group, 2005, p. 281). De acordo com a mesma fonte, a ausência de diferenças significativas na maioria das dimensões da QDV também se poderá dever ao facto de os rapazes e as raparigas terem acesso à igualdade de oportunidades sociais e escolares. Ainda em conformidade Tsiros, Olds, Buckley, Grimshaw, Brennan, Walkley et al. (2009, pp.387-388), as crianças expõem uma melhor percepção da sua QDV na maioria das dimensões. Esta redução da percepção positiva da QDV na adolescência associa-se às alterações físicas, psicológicas e sociais próprias desta fase da vida, que resultam numa determinada instabilidade e insegurança, influenciando a percepção da QDV.

Uma revisão sistemática da literatura realizada por Soares, Martins, Lopes, Brito, Oliveira e Moreira (2011, p. 3197), cujo objetivo consistiu em analisar as produções científicas que abordam a QDRS da criança e do adolescente, documenta que, na maioria das publicações, 50% das avaliações da QDV de crianças e adolescentes são realizadas através da perspetiva de seus cuidadores. Dos artigos que constituíram o seu *corpus* de análise, cerca de 43% referem que a avaliação da QDV é feita na perspetiva da criança e/ou do adolescente, tendo verificado que em dois artigos há uma combinação das perspetivas das crianças e adolescentes e seus cuidadores. Neste sentido, os autores citados referem que, no que respeita à ainda escassa participação e consideração das crianças e adolescentes como sujeitos de pesquisa no campo da QVRS, há a destacar três possíveis fatores: “1) a interferência dos desafios éticos à inclusão dessa população; 2) a mudança cultural no processo de diagnóstico e tratamento da saúde de crianças e adolescentes, que os incluam e valorizem suas participações; 3) a criatividade do pesquisador na adaptação de instrumentos promotores da participação do segmento infanto-juvenil” (Soares et al., 2011, p. 3203).

Embora seja evidente a valorização dos elementos contemplados na avaliação da QDV em crianças e adolescentes, ainda se verifica que a mesma tem sido considerada, em alguns casos, unicamente como uma medida clínica complementar para a monitorização individual de doentes com doenças crónicas. Todavia, os elementos abordados nestas avaliações têm revelado interesse na criação de instrumentos e validação da QDV de crianças e adolescentes para diversas línguas nos últimos anos, sendo um exemplo os questionários para crianças e adolescentes com fibrose quística e asma, anexados à escala de avaliação da QDV (Soares et al., 2011, p. 3204).

Uma investigação com uma amostra de 296 pais e respetivos filhos, sendo 205 do sexo feminino e 91 do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 24-58 anos de idade e os seus respetivos filhos com idades compreendidas entre os 6-16 anos, realizada por Santos (2017), na qual foi aplicado o questionário de estilos parentais designada por Embu-P e do questionário Kidscreen-10 para avaliar a qualidade de vida das crianças e

jovens, os resultados indicam que existem relações significativas entre os estilos parentais e a QDV da criança e adolescente; os estilos parentais podem ser considerados como elementos preditores de dimensões da QDV da criança e adolescente. O estudo revela que a percepção da QVD das crianças e adolescentes quer na perspectiva dos pais, quer na perspectiva dos filhos associa-se à idade, uma vez que à medida que esta aumenta, o que significa atingir estádios de desenvolvimento diferentes, as crianças e os adolescentes tendem a perceber de forma diferente, quer sobre si próprios, quer acerca do que os rodeia, o que interfere na sua percepção de QDV.

Importa salientar que Gaspar, Matos, Ribeiro e Leal (2006, p.1982) referem que, na avaliação da QDV da criança e do adolescente é indispensável ter em conta a experiência subjetiva em detrimento das condições de vida, justificando com o facto de a relação estabelecida entre as condições objetivas e o estado psicossocial ainda é imperfeita. Assim, para se conhecer a experiência da QDV, é fundamental a descrição da própria pessoa acerca do que sente em relação à sua vida.

A investigação sobre a QDV do ponto de vista das crianças e dos adolescentes tem sido avaliada de uma forma “rudimentar”. Informam que “existem apenas alguns, mas crescente, número de questionários genéricos avaliam a QVRS em crianças e adolescentes” (Matos, Gaspar, Ferreira et al. & Equipa do Aventura Social (2006, pp.11-12). Os autores referem que existem algumas dificuldades, designadamente, pelo facto de sobretudo as crianças não serem “capazes de expressar opiniões, atitudes e sentimentos sobre a sua QVRS”. Assim, salvaguardam que a percepção do conceito de QDV é “determinada pela idade, maturidade e desenvolvimento cognitivo da criança”. De acordo com os mesmos autores, os estudos têm demonstrado que as crianças conseguem perceber o seu bem-estar e a sua capacidade funcional, se o questionário for adequado para a sua faixa etária e para o nível de desenvolvimento cognitivo das mesmas. Salvaguardam que, em crianças mais novas, há outro constrangimento, designadamente, as dificuldades de leitura e escrita da criança.

O impacto da QDV de crianças e adolescentes reflete-se no seu desenvolvimento enquanto adultos, portanto, é importante intervir o mais rápido possível para incentivá-la. Com base neste pressuposto, Silva, Silva, Duarte, Aparício, Albuquerque e Almeida (2018) realizaram um estudo descritivo correlacional que teve como objetivo geral identificar QDV percebida por crianças/adolescentes e seus pais, investigando como a QDV se associa a variáveis sociodemográficas (idade, sexo e idade escolar). Mais concretamente, estudaram a QDV de crianças e adolescentes em contexto escolar e compararam as suas perspectivas com as dos pais e analisaram a influência das variáveis sociodemográficas no desenvolvimento da QDV percebida por crianças/adolescentes. O estudo contou com 567

crianças/adolescentes com uma idade média de 12,40 anos ($\pm 1,591$), sendo 50,6% do sexo feminino e 592 pais, com idade média de 40,43 ($\pm 2,586$), sendo 84,8% do sexo feminino; 97,9% das crianças/adolescentes indicaram boa QDV, enquanto 2,1% indicaram má QDV, com um valor médio de 8,45 ($\pm 1,55$). Os dados dos pais foram semelhantes ($M=8,30\pm 1,5$), mas não estatisticamente significativos. Face aos resultados, os mesmos autores referem que as percepções subjetivas da QDV constituem dados importantes para promover a saúde e são indicadores relevantes na área da saúde pública. Embora os seus dados revelassem uma boa QDV, sugerem uma intervenção na escola com uma abordagem dos fatores que promovem a saúde e o desenvolvimento mental das crianças/adolescentes.

O interesse pela QDV das crianças e adolescentes tem que ter implícito a interação de diversas variáveis contextuais como a casa, a família, os pais, a escola, os pares, a comunidade e a sociedade em geral. Deve abarcar uma perspetiva ecológica do seu desenvolvimento e funcionamento, ou seja, deve ter-se em conta a criança/adolescente, os pais, a família, os pares, a comunidade e a sociedade, isto porque a realidade social e cultural das crianças é diferente da dos seus pais (Gaspar, Matos, Pais, José, Leal & Ferreira, 2009, p. 34). Segundo os mesmos autores, a interação de variáveis, por exemplo, o comportamento, as convicções, as atitudes, os pais, os relacionamentos interpessoais, a escola, a sociedade em geral, o ambiente cultural e o percurso de vida fomentam competências com influência sobre o bem-estar subjetivo, no desenvolvimento emocional e no mundo social das crianças e adolescentes. A QDV de crianças e adolescentes tem sido avaliada com base nos relatos de adultos. Na área da saúde tem-se debatido sobre qual será o respondente mais ajustado para avaliar a QDV da criança e adolescente (Gaspar et al., 2009).

No seu estudo, tendo realizado um ensaio controlado randomizado por *clusters* para testar a eficácia da intervenção do programa baseado na web em comparação com o mesmo programa baseado apenas em materiais de texto e vídeo. Todas as nove escolas de uma única cidade no estado de São Paulo, Brasil, foram randomizados por três grupos e os professores completaram os programas formativos durante 3 semanas. Em termos de ganhos de conhecimento sobre os transtornos mentais, a intervenção do programa baseado na web foi superior à intervenção com materiais de texto e vídeo. Em termos de crenças e atitudes sobre os transtornos mentais, o programa baseado na web do grupo de intervenção apresentou conceitos menos estigmatizados do que o grupo de professores com acesso apenas aos textos e vídeos. Não foram detetadas diferenças em termos de atitudes dos professores.

O estudo suprarreferido demonstrou a eficácia de um programa baseado na web na formação de professores em transtornos mentais da criança, bem como revela que muitos

professores relatam ter pouca oferta formativa na área, falta de tempo, apesar do interesse pela mesma, e alguns deles manifestaram que não tiveram conhecimento de formações na área da saúde mental. Embora os professores estejam familiarizados com o desenvolvimento normal e anormal das crianças, geralmente não estão adequadamente treinados para avaliarem a saúde mental e, conseqüentemente a QDV, das crianças, reconhecer e intervir com crianças com necessidades especiais, em geral.

A corroborar, Isaksson, Marklund e Haraldsson (2017, p. 1) referem que os vários agentes educativos desempenham um papel primordial na promoção da saúde mental das crianças e adolescentes, uma vez que estes passam uma grande parte do seu dia na escola, transformando o contexto escolar num espaço de oportunidades únicas para promover a sua saúde mental e QDV. No seu estudo qualitativo com desenho descritivo e exploratório, realizado em escolas de educação pré-escolar do sudoeste da Suécia, no qual entrevistaram seis educadores de infância, verificaram que a escola tem oportunidades únicas de promover a saúde mental nas crianças, em estado de desenvolvimento inicial. Da análise de conteúdo emergiram 3 categorias: "mundo estruturado", "clima agradável" e "afirmação da criança". O conteúdo latente dessas categorias, no que se refere à promoção da saúde mental das crianças, é descrito sob o tema "criar uma atmosfera em que cada criança possa crescer em harmonia com o seu ambiente", o que requer uma abordagem centrada em cada criança, tendo em conta as suas particularidades e o meio sociofamiliar onde se insere, bem como um conhecimento sobre como detetar os problemas de saúde mental das crianças.

O mesmo estudo citado mostra que é importante um trabalho promotor da saúde mental desde idades precoces para que a mesma possa ser fortalecida ao longo dos anos escolares e resultar numa positiva QDV (Isaksson et al., 2017).

3. Educação de adultos

Na sociedade atual, em progressiva evolução do conhecimento nas mais variadas áreas, assume-se como fundamental a atualização dos conhecimentos da população em geral para poder dar resposta aos novos desafios e necessidades que surgem. Assim sendo e na perspetiva de Somera, Júnior e Rondina (2010, p. 101), emerge a educação de adultos que favorece o aperfeiçoamento e a atualização, através de práticas formativas adequadas a adultos, que promovam a apropriação de novos saberes e/ou habilidades.

Na perspetiva de Carvalho, Carvalho, Barreto & Alves (2010, p. 78), para que haja aprendizagem, é indispensável que as informações estejam em conformidade com a necessidade da população alvo, com as suas vivências e com o seu quotidiano.

A fim de facilitar o processo de educação de adultos, têm de ser cumpridos os objetivos da andragogia que, segundo Moreno (2001), consistem:

(i) na aquisição de saberes práticos e que potenciem a reflexão, compreensão e intervenção na vida pessoal, profissional em contexto real vivenciado pelos adultos, isto é, o desenvolvimento de capacidades, a curto prazo, para benefício pessoal e profissional;

(ii) no aumento de conhecimentos teórico-práticos; na otimização de atitudes e comportamentos que favoreçam o desempenho de ações mais aperfeiçoadas;

(iii) na alteração de hábitos;

(iv) no aumento da capacidade de aprender para se autodesenvolver, aumentando a qualificação. Trata-se de um método importante na abordagem formativa de adultos, na medida em que o adulto é uma pessoa já com consciência formada e situações de trabalho já definidas que não são suscetíveis de alteração de forma arbitrária, mas através da formação (Carvalho et al., 2010, p. 79).

As características que devem fundamentar a educação de adultos, em conformidade com Carvalho et al. (2010, p. 79), são:

“Despertar no adulto a consciência da necessidade de instruir-se e a noção clara da sua participação na sociedade.

- Partir dos elementos que compõem a realidade do educando, que se destacam como expressão da sua relação direta e contínua com o mundo em que vive.

- Não impor o método ao educando e sim criá-lo com ele, com base na realidade em que vive. O professor/instrutor deve atuar como incentivador da busca autónoma de conhecimentos.

- Propor o conteúdo da instrução, o que deve ser justificado como uma contribuição para melhorar as condições de vida do homem”.

O comportamento do adulto aprendiz varia em conformidade com as situações da vida que influenciam o estilo andragógico de aprendizagem (Carvalho et al., 2010, p. 80).

No contexto da educação de adultos, a aprendizagem terá mais efetividade quando aplicados métodos que requerem a utilização de experiências dos participantes nas atividades propostas, como estudos de caso, discussões de casos em grupo, trabalhos em grupo, exercícios de simulação, experiências, aprendizagem baseada em problemas, entre outros (Somera et al., 2010, p. 103).

Assume também relevância a autoavaliação, a avaliação do grupo e das atividades do programa de formação. Estas atividades promovem a independência, a responsabilidade, a partilha de conhecimentos e reforçam a autoestima do grupo. Por conseguinte, a educação de adultos deve ser explorada com recurso a métodos e a abordagens adequadas, com atividades formativas eficientes, que permitam a construção das próprias aprendizagens e, deste modo, para que se possam desenvolver a nível pessoal e profissional (Somera et al., 2010, p. 103).

A aprendizagem na educação de adultos deve ser experiencial, devendo estar assente numa permanente reconstrução do que o adulto faz, em conformidade com as experiências por que passa (Dewey, 1938, cit. por Finger e Asún, 2003, pp. 40-41). Desde modo, ainda em conformidade com os mesmos autores, a experiência é “parte intrínseca do ciclo da aprendizagem, o que implica aprender fazendo”. Nesta perspetiva, o crescimento e a aprendizagem ocorrem nas progressivas reflexões decorrentes dessas experiências e de acordo os seus resultados, para que se possa posteriormente agir em conformidade. Este é um processo que tem de estar ao serviço do coletivo, confrontando intersubjetividades, operando-se numa interação social, que possibilite um retorno, ou seja, o *feedback* dessas experiências e aprendizagens, para que ocorra uma verdadeira mudança (Tavares, & Alarcão, 1992, p. 27).

A educação de adultos consiste num processo de transformação concetual, numa ótica “de desenvolvimento, em contextos de natureza construtivista-sistémica, interactiva, epistemologicamente fundamentada e metodologicamente apoiada em contextos de formação-investigação-acção” (Alarcão & Roldão (2008, p. 25).

Tendo como centro a pessoa adulta, com toda a sua experiência de vida pessoal, social e profissional, Lima, Afonso e Estêvão (1999, p. 37) referem que a educação e formação de adultos é uma congregação das “componentes cultural, cívica, científica, humanista, técnica, criativa e estética”. O conceito de educação e formação de adultos

associa-se à expressão de aprendizagem ao longo da vida que, segundo Fieldhouse (1999, p. 23), é empregue para “cobrir todas as formas de educação pós-obrigatória, incluindo a educação familiar, a educação comunitária, a educação e formação de adultos tradicional, a educação pós-escolar e superior e a formação profissional e contínua”.

A educação de adultos objetiva prepará-los para situações com as quais se terão de confrontar no seu quotidiano pessoal e profissional, para comportamentos precisos que interessa desenvolver e para um conjunto de informações com que terão de lidar quando exercerem determinadas atividades ou funções, sem perderem de vista o alargamento do conhecimento, tendo em conta o necessário ao conjunto de atividades desempenhadas num dado momento (Alarcão & Roldão, 2008). Por conseguinte, ainda de acordo com as mesmas autoras, a ideia de uma formação que adote uma visão mais global e social, que atenda às questões de adaptabilidade na carreira, onde importam as ações que a pessoa desenvolve entre si própria e o meio que a rodeia, bem como os fatores dinâmicos das tarefas na carreira com as quais a pessoa tem de lidar, parece ser a que proporciona melhores oportunidades para se mover num cenário no qual os ajustamentos, as transformações e as reorientações de itinerários profissionais constituem uma realidade incontornável.

Não obstante os progressos obtidos nas últimas décadas, Alarcão (2017) refere que ainda subsiste um expressivo défice estrutural de qualificações na população adulta portuguesa. Este facto resulta na importância em reflectir-se sobre as necessidades de educação e formação das pessoas adultas, quer para o aumento da sua escolarização, quer para o desenvolvimento das suas qualificações profissionais, assegurando a continuidade da aprendizagem ao longo da vida e a permanente melhoria da qualidade dos processos e resultados de aprendizagem.

2ª PARTE – ESTUDO EMPÍRICO

1. Metodologia

Através da revisão teórica, procurou-se enquadrar a problemática necessidades de formação em saúde mental e qualidade de vida das crianças e adolescentes por parte dos agentes educativos. Assim, esta segunda parte, que se caracteriza por ser uma contribuição pessoal, inclui os métodos utilizados, identifica as questões orientadoras deste estudo, os objetivos, apresenta os participantes, expõe os instrumentos e processos de recolha de dados, nomeia e descreve as variáveis em estudo e aponta os procedimentos estatísticos adotados, terminando com considerações éticas.

1.1. Métodos

A promoção da saúde mental e da qualidade de vida em crianças e adolescentes tem associada a educação de adultos, ou seja, a necessidade de formação por parte dos agentes educativos, uma vez que as crianças e adolescentes passam grande parte do seu dia em contexto escolar.

Nessa perspectiva, os agentes educativos devem possuir conhecimentos acerca da saúde mental e qualidade de vida das crianças e adolescentes, a fim de poderem ir ao encontro das suas necessidades individuais, o que implica a adoção de um modelo salutogénico de promoção da saúde, enfatizando ainda mais a necessidade de formação na área, que possibilita o reconhecimento das dificuldades comportamentais e emocionais das crianças e adolescentes.

A promoção da saúde mental e da qualidade de vida em crianças e adolescentes requer uma abordagem desenvolvimentista e uma abordagem ecológica (Bronfenbrenner, 2005). O desenvolvimento positivo e saudável, a potencial transformação de comportamentos, as crenças e as atitudes surgem como resultado da influência global das relações entre a pessoa em desenvolvimento, fatores biológicos, psicológicos, família, comunidade, cultura, ambiente físico e contexto escolar (Gaspar, Ribeiro, Matos & Leal, 2008, p. 56).

Neste contexto emergem questões às quais procuraremos dar resposta, pelo que partimos da seguinte questão investigação:

- Qual a interferência das variáveis sociodemográficas dos agentes educativos (idade, género, zona de residência, estado civil, habilitações académicas) nas necessidades formativas em saúde mental e qualidade de vida das crianças e adolescentes?

- Qual a influência das variáveis socioprofissionais dos agentes educativos (área profissional, contacto com crianças e adolescentes, habilitações profissionais, profissão, tipo de vínculo à instituição e tempo de serviço) nas necessidades formativas em saúde mental e qualidade de vida das crianças e adolescentes?

Com o objetivo de respondermos a estas questões orientadoras, definimos como objetivo geral: Determinar o modo como as variáveis sociodemográficas e socioprofissionais dos agentes educativos interferem nas necessidades formativas em saúde mental e qualidade de vida das crianças e adolescentes.

O presente estudo é do tipo quantitativo, descritivo-correlacional, explicativo realizado em coorte transversal.

Segue os métodos quantitativos dado que se recorre à quantificação na recolha de dados e no tratamento das informações, através de técnicas estatísticas, pretendendo-se, deste modo, garantir a precisão dos resultados, impedir as distorções da análise e da interpretação (Coutinho, 2014).

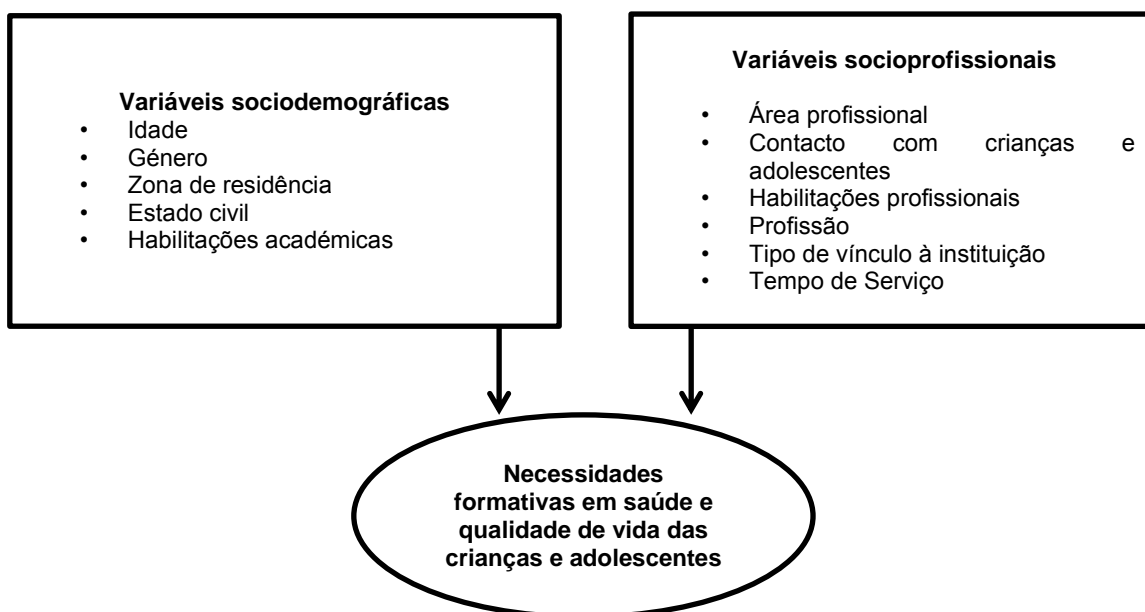
No que se refere ao período de seguimento, é um estudo transversal, uma vez que a causa e o efeito ocorrem simultaneamente, ou seja, capta a realidade num só momento no tempo numa amostra, sem que exista um período de seguimento dos respondentes (Coutinho, 2014).

É um estudo descritivo-correlacional na medida em o objetivo consiste em avaliar a relação existente entre as variáveis (Coutinho, 2014).

É igualmente explicativo uma vez que tem como propósito identificar fatores que determinam ou contribuem para a ocorrência de fenómenos.

Nesta perspetiva, em face do suporte teórico descrito, bem como das variáveis selecionadas (variáveis sociodemográficas e socioprofissionais) e a sua prevista influência nas necessidades formativas dos agentes educativos em saúde e qualidade de vida das crianças e adolescentes (variável dependente), elaborámos o modelo conceptual de base que se apresenta na figura 1, com o qual se pretende explicar as inter-relações das diversas variáveis.

Figura 1- Representação esquemática da relação prevista entre as variáveis



1.2. Participantes

A amostra em estudo é do tipo não probabilístico por conveniência ou acidental. É constituída por 136 agentes educativos dos quais 62,5% são professores 32,4% enfermeiros e 5,1% polícias. Como critérios de inclusão optou-se por considerar os participantes que intervêm como agentes educativos e que contactem diretamente com crianças/adolescentes.

1.2.1. Caracterização sociodemográfica

Os resultados obtidos em relação à **idade** dos agentes educativos revelam, para a globalidade da amostra, uma idade mínima de 31 anos e uma máxima de 62 anos, com uma idade média de 48,34 anos ($\pm 7,49$ anos) e desvio padrão de 7.49 anos sendo o erro padrão para a média de 0.693. Para o sexo masculino, que representa 29,4% da totalidade da amostra, a idade mínima é 32 anos e a máxima de 62 anos, e para o sexo feminino, com uma representatividade de 70,6%, a mesma oscila entre os 31 e os 61 anos. Os homens, em média ($M=49,85 \pm 7,31$ anos), são ligeiramente mais velhos que as mulheres ($M=47,71 \pm 7,52$ anos). Os coeficientes de variação indicam uma dispersão baixa face às idades médias encontradas e os valores de assimetria e curtose curvas normais. O intervalo de confiança a 95% para a totalidade da amostra situa a idade média entre os 47,07 anos e os 49,61 anos (cf. tabela 1).

Tabela 1 - Estatísticas relativas à idade dos agentes educativos segundo o sexo

Sexo	N	Min	Max	M	DP	CV (%)	Sk/erro	K/erro
Masculino	40	32	62	49.85	7.31	14.66	-1.35	0.13
Feminino	96	31	61	47.71	7.52	15.76	-1.71	-0.97
Total	136	31	62	48.34	7.49	15.49	-2.11	-0.85

Ainda em relação à **idade**, e por forma a tornar mais compreensível a sua análise constituíram-se grupos etários conforme exposto na tabela 2. Verifica-se que, para a totalidade dos participantes, sobressaem os que possuem idade igual ou superior aos 55 anos (46,3%). No sexo masculino, este grupo representa 50,0% e no feminino 44,8%. Seguem-se os participantes mais novos com idade inferior ou igual a 44 anos cuja representatividade é de 27,2%, Deste grupo fazem parte 17,5% de homens e 31,3% de mulheres. Os participantes com idade compreendida entre os 45-54 anos representam 26,5% do total da amostra, com 32,5% pertencentes ao sexo masculino e 24,0% ao sexo feminino.

A mesma tabela dá-nos indicações relativamente a outras variáveis sociodemográficas. Assim, quanto à **zona de residência**, apurámos que a maioria da amostra (72,8%) reside em meio urbano, fazendo parte deste grupo 80,0% dos participantes do sexo masculino e 69,8% do sexo feminino. Em relação aos residentes do meio rural, aferimos que a sua representatividade é de 27,2% para a amostra global, sendo que 20,0% são do sexo masculino e 30,2% do sexo feminino (cf. tabela 2).

Os resultados alusivos ao **estado civil** conferem um predomínio claro de participantes a coabitarem com companheiro(a) (70,6 %), com 87,5% de participantes do sexo masculino e 63,5% do sexo feminino. Dos 29,4% de participantes que não têm companheiro(a), 12,5% são do sexo masculino e 36,5% do sexo feminino. Registam-se diferenças estatisticamente significativas ($X^2=7,806$; $p=0,005$), cujos resíduos ajustados indicam que essas diferenças se situam entre as mulheres que habitam sem companheiro e os homens que coabitam com companheira (cf. tabela 2).

Finalmente, no que concerne às **habilitações literárias**, constata-se como seria expectável um predomínio de participantes que possuem a licenciatura (68,4%). Quando analisamos os resultados por sexo, o maior destaque recai nas mulheres (71,9%), apesar de se registar 60,0% de homens também licenciados. Verifica-se que 27,9% da amostra já possui o mestrado/doutoramento, com 27,5% de homens e 28,1% de mulheres, estando com menor representatividade os participantes com habilitações literárias inferiores ou

iguais ao 12.º ano (3,7%), sendo estas mais prevalentes com 12,5% nos homens (cf. tabela 2).

Tabela 2 – Caracterização sociodemográfica em função do sexo

Variáveis	Sexo		Feminino		Total		Residuais		X ²	p
	Masculino		nº	%	nº	%	1	2		
	nº	%	nº	%	nº	%				
	(40)	(29.4)	(96)	(70.6)	(136)	(100.0)				
Idade										
≤44 anos	7	17.5	30	31.3	37	27.2	-1.6	1.6	2.906	0.234
45-54 anos	13	32.5	23	24.0	36	26.5	1.0	-1.0		
≥ 55 anos	20	50.0	43	44.8	63	46.3	.6	-6		
Zona de residência										
Urbana	32	80.0	67	69.8	99	72.8	1.2	-1.2	1.486	0.223
Rural	8	20.0	29	30.2	37	27.2	-1.2	1.2		
Estado civil										
Sem companheiro(a)	5	12.5	35	36.5	40	29.4	-2.8	2.8	7.806	0.005
Com companheiro(a)	35	87.5	61	63.5	96	70.6	2.8	-2.8		
Habilitações literárias										
≤ 12.º ano	5	12.5	0	0.0	5	3.7	3.5	-3.5	n.a	n.a.
Licenciatura	24	60.0	69	71.9	93	68.4	-1.4	1.4		
Mestrado/doutoramento	11	27.5	27	28.1	38	27.9	-1	.1		

Em síntese:

Amostra maioritariamente do género feminino (70,6%), com idades entre os 31 e 62 anos (Média=48,34 anos ±7,49 anos), residentes em zona urbana (72,8%) e casados ou coabitarem em união de facto (70,6%). A maioria (68,4%) possui o grau de licenciatura e 27,9% os graus de mestre ou de doutor.

1.3. Instrumento de recolha de dados

O instrumento de recolha de dados integra numa primeira parte, que permite a caracterização sociodemográfica e a caracterização profissional.

A segunda parte do instrumento é constituído pelo questionário sobre *Necessidades Formativas em Saúde e Qualidade de Vida das Crianças e Adolescentes* (Cunha, Duarte, Albuquerque, Aparício, Gonçalves, Madureira & Andrade (2017).

Este instrumento encontra-se inserido no âmbito do Projeto “MAISaúde Mental”, co-financiado pelo Portugal2020, Centro2020 e Fundo Europeu de Desenvolvimento Regional, através da ESSViseu e Parceiros.

1.3.1. Questionário de caracterização socio demográfica e profissional

Trata-se de um questionário *ad hoc* (Cunha 2017), que permite a caracterização os participantes no estudo. Assim, numa primeira secção os inquiridos são confrontados com questões relacionadas com idade, género, zona de residência, estado civil, e habilitações literárias).

A segunda secção permite a caracterização socioprofissional pelo que se questionam os participantes em relação à área profissional, contacto com crianças e adolescentes, habilitações profissionais, profissão que exerce, tipo de vínculo à instituição e horário de trabalho, composto por 29 afirmações em formato tipo dicotómico Sim/Não (cf. Anexo I).

1.3.2. Questionário sobre Necessidades Formativas em Saúde e Qualidade de Vida das Crianças e Adolescentes

A construção do questionário sobre necessidades formativas e qualidade de vida das crianças e adolescentes teve como génese a revisão da literatura que foi realizada para o efeito e a experiência dos autores da escala na área de construção de instrumentos de recolha de dados.

O primeiro passo consistiu em definir os constructos da escala, e para cada um deles procurou-se construir um conjunto de itens que permitissem medir o referido construto.

Genericamente foram equacionados três constructos, que na fase insipiente da construção da escala não se encontravam inteiramente definidos: (i) situações problemáticas, (ii) qualidade de vida e (iii) violência escolar. No conjunto foram elaborados 30 itens distribuídos pelos três constructos. O propósito seguinte consistiu em proceder à validade de conteúdo, dos itens usando-se para o efeito dois procedimentos: análise de juízes e análise semântica.

Nesse sentido submetemos os itens a uma consulta de *experts* na área no sentido de avaliar a sua pertinência por forma a garantir a qualidade psicométrica da escala. Para o efeito seleccionaram-se quatro juízes da área da saúde mental e qualidade de vida a quem foi solicitado que avaliassem os itens do instrumento no que respeita à sua congruência e à relação do item com a dimensão avaliada. Também lhes foi solicitado outras informações e sugestões para o aperfeiçoamento dos itens.

Uma vez obtidos os contributos dos juízes, a etapa subsequente consistiu na análise descritiva dos pareceres emitidos pelos juízes. Determinaram-se as frequências e percentagens de concordância com o constructo e com a pertinência do item em relação à dimensão avaliada. Nesta etapa, definiu-se como critério incluir apenas os itens cuja concordância entre juízes se situe acima de 75%: Os itens com percentagem inferior foram eliminados ou quando sugerido sofreram modificações. Este procedimento levou à modificação de 2 itens e à eliminação de quatro por não obterem concordância inter-juízes.

O passo final consistiu em efectuar uma análise semântica com os itens remanescentes por forma a analisar a compreensão dos itens. Para o efeito foi realizado um pré-teste que envolveu 15 agentes educativos das diferentes áreas. Todas as modificações e sugestões apresentadas foram incorporadas na versão final da escala.

Procedimentos para análise de dados

Avaliaram-se as propriedades psicométricas da escala com base em estudos de fiabilidade e de validade. Os primeiros configuram entre outros, o estudo da consistência interna ou homogeneidade dos itens realizada através do coeficiente de correlação de Pearson dos diversos itens a nota global e da determinação do coeficiente alfa de Cronbach. Para a correlação de Pearson assumiu-se como valores de referência correlações superiores a 0.20. Na determinação do coeficiente alfa de Cronbach, os valores de referência são os preconizados por Pestana e Gageiro (2014) que utiliza a seguinte classificação: > 0,9 muito boa; 0,8 – 0,9 boa; 0,7 – 0,8 média; 0,6 – 0,7 razoável; 0,5 – 0,6 Má; < 0,5 inaceitável.

Por sua vez os estudos de validade compreenderam a análise factorial exploratória e a análise factorial confirmatória.

Para a execução da primeira optou-se pelo método dos componentes principais e pelo método de rotação ortogonal do tipo varimax por ser aquela que permite que para cada componente principal, existam apenas alguns pesos significativos e todos os outros sejam próximos de zero, ou seja, o objectivo é maximizar a variação entre os pesos de cada componente principal. Para a retenção de factores consideraram-se os valores próprios (autovalores) superiores a 1 e o gráfico de declive (scree plot).

Para a análise factorial confirmatória (AFC) fez-se uso da matriz de covariâncias e foi adotado o algoritmo da máxima verosimilhança MLE (*Maximum-Likelihood Estimation*) para estimação dos parâmetros.

Em relação aos procedimentos estatísticos usados considerou-se: a sensibilidade dos itens, avaliada pelos valores de assimetria (S_k) e achatamento (K_u), como valores de referência $S_k \leq 3$ e $K_u \leq 7$; a qualidade do ajustamento global do modelo factorial, avaliado pela (i) **razão do qui quadrado vs graus de liberdade (χ^2/gf)** Valores entre 1 e 2 podem ser considerados excelentes, entre 2 e 3 bons, entre 3 e 5 aceitáveis e superiores a 5 inaceitáveis; (ii) **goodness-of-fit (GFI)**, mede a variância e a covariância na matriz observada, predita pela matriz reproduzida (iii) **comparative fit index (CFI)**, calcula o ajuste relativo do modelo em comparação com o modelo denominado nulo Para estes dois índices os valores de referência adequados devem ser superiores a 0,90; (iv) **root-square error of approximation (RMSEA)** refere-se à raiz da média dos quadrados dos erros de aproximação (v) – **Root Mean Residual (RMR)** e (vi) **standardized root mean square residual (SRMR)** refere-se à média padronizada dos resíduos nas discrepâncias entre a matriz observada e o modelo. Valores menores que 0,05 para estes índices são reveladores de um bom ajuste entre o modelo proposto e a matriz observada, embora sejam aceites valores inferiores a 0,08.

A qualidade do ajustamento local foi efetuada pelos pesos (cargas) fatoriais (λ) e pela fiabilidade individual dos itens (r^2) com valores de 0.50 e 0.25 respectivamente, pela fiabilidade compósita (FC) que estima a consistência interna dos itens relativos ao fator. A e pela validade convergente, obtida pela variância extraída média (VEM) que avalia o modo como os itens de um fator saturam fortemente nesse fator. Uma $FC \geq 0,70$ é indicadora de uma fiabilidade de constructo apropriado e valores de $VEM \geq 0,50$ são indicadores de validade convergente adequada. Foi ainda avaliada a validade do construto determinada pela validade convergente e validade discriminante. A validade discriminante dos factores, é avaliada comparando a VEM de cada fator com a correlação de Pearson ao quadrado. Considera-se que há evidência da validade discriminante quando a correlação ao quadrado entre os factores é menor do que a VEM para cada fator.

O ajustamento do modelo foi realizado a partir dos índices de modificação propostos pelo AMOS.

Estudo psicométrico do “Questionário Necessidades Formativas em Saúde e Qualidade de Vida das Crianças e Adolescentes”

A análise dos resultados dos diferentes itens da escala indica que os índices médios oscilam entre 0,13 (item 21) “Violência escolar com alvo nos assistentes de apoio educativo” e 0,71 (item 13) “Dificuldades na vivência saudável e responsável da sexualidade” revelando pelos índices médios que todos se encontram bem centrados. Os coeficientes de correlação

item total indicam que os itens 13 e 17 por apresentarem valores inferiores a 0.20 serão eliminados

Através do alfa de Cronbach, afere-se que os itens podem classificar-se entre o razoável e o bom, oscilando entre $\alpha=0,671$ no item 12 “Dificuldades afetivas tais como: baixa autoestima, fraco autoconceito, insegurança...” e $\alpha=0,871$ no item 13 “Dificuldades na vivência saudável e responsável da sexualidade”. O valor de alfa de Cronbach global apresenta uma razoável consistência interna ($\alpha=0,692$) (cf. tabela 3).

Efetuada uma segunda avaliação já com os itens eliminados, verificamos que os coeficientes r item total são todos superiores a 0.20 com alfas de cronbach considerados de muito bons sendo em todos os itens superiores a 0.930 com um alfa global de 0.938.

Tabela 3 – Consistência interna dos itens do Questionário *Necessidades Formativas em Saúde e Qualidade de Vida das Crianças e Adolescentes*

Nº Item	Itens	1ª Avaliação				2ª avaliação	
		Média	Dp	r/item total	α sem item	r/item total	α sem item
1	Promoção do desenvolvimento psicossocial das crianças e adolescentes	0.38	0.486	0.490	0.676	.664	.935
2	Promoção da Qualidade de vida relacionada com a saúde em crianças/adolescentes	0.38	0.488	0.535	0.674	.728	.934
3	Atitudes e relações interpessoais na interação com crianças/adolescentes	0.49	0.502	0.515	0.674	.608	.935
4	Saúde mental das crianças/adolescentes	0.43	0.496	0.558	0.673	.627	.935
5	Consumo nocivo para a saúde e dependências em crianças/adolescentes	0.64	0.482	0.431	0.678	.459	.938
6	Distúrbios do comportamento alimentar em crianças/adolescentes	0.44	0.498	0.531	0.674	.619	.935
7	Cidadania inclusiva em crianças/adolescentes	0.43	0.496	0.530	0.674	.567	.936
8	Igualdade de género em crianças/adolescentes	0.32	0.470	0.531	0.675	.543	.936
9	Hiperatividade	0.46	0.500	0.576	0.672	.670	.934
10	Alterações do humor	0.24	0.426	0.547	0.676	.707	.934
11	Não-adesão da imagem corporal	0.24	0.426	0.533	0.676	.683	.934
12	Dificuldades afetivas tais como: baixa autoestima, fraco autoconceito, insegurança...	0.43	0.497	0.615	0.671	.655	.935
13	Dificuldades na vivência saudável e responsável da sexualidade	0.71	4.284	0.115	0.871		
14	Problemas de sono em crianças/adolescentes	0.28	0.450	0.606	0.673	.660	.935
15	Tristeza em crianças/adolescentes	0.25	0.435	0.547	0.676	.695	.934
16	Sintomas de depressão em crianças/adolescentes	0.35	0.477	0.594	0.672	.651	.935
17	Comportamentos suicidários em crianças/adolescentes	0.48	2.083	0.074	0.720		
18	Bullying entre pares (crianças/crianças e adolescentes/adolescentes)	0.52	0.501	0.534	0.674	.587	.936
19	Cyberbullying com alvo nas crianças/adolescentes	0.41	0.494	0.440	0.678	.559	.936
20	Violência escolar com alvo nos professores	0.15	0.363	0.599	0.677	.609	.936
21	Violência escolar com alvo nos assistentes de apoio educativo	0.13	0.332	0.473	0.681	.599	.936
22	Violência escolar: pais-professores/professores-pais	0.17	0.376	0.438	0.681	.565	.936
23	Violência doméstica envolvendo crianças/adolescentes	0.31	0.464	0.455	0.678	.535	.937

24	Violência do meio extraescolar contra crianças/adolescentes	0.17	0.376	0.485	0.680	.622	.935
25	Agressão sexual em crianças/adolescentes	0.21	0.411	0.505	0.678	.579	.936
26	Outras situações que considere relevantes	0.27	0.447	0.341	0.682	.346	.939
Coeficiente alfa de Cronbach global		0.692				0.938	

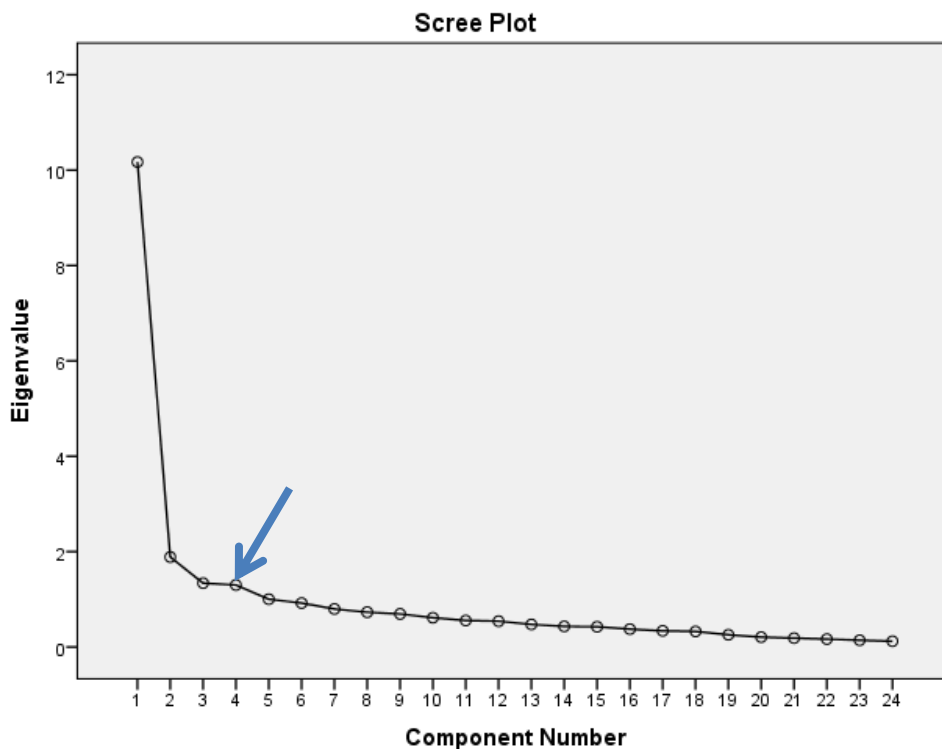
Procedemos com os itens remanescentes a uma análise factorial confirmatória. A adequação ao modelo foi obtida através do teste de Kaiser Meyer Olkim (KMO) e pelo teste de esfericidade de Bartlett. Para a análise factorial foi utilizado o método de análise de componentes principais com valores próprios superiores a um e método de rotação ortogonal do tipo Varimax. A retenção de fatores processou-se através do gráfico de declive também designado de scree plot.

O resultado do teste de Kaiser Meyer Olkim ($Kmo= 0.882$) e o do teste de esfericidade de Bartlett ($X^2= 1926.247$; $p= 0.000$) indicam que a análise factorial é adequada, podendo assim prosseguir-se com a análise factorial exploratória.

Obtivemos uma estrutura inicial com 5 fatores que explicam no seu total 65.41%. As comunalidades são todas superiores a 0.40.

Como é verificado pelo gráfico de scree plot (cf. figura 2) é observável pelo ponto de inflexão da curva que o número de fatores a reter é de quatro.

Figura 2 – gráfico de declive (Scree plot)



Forçado a quatro factores, obtivemos uma estrutura factorial que explica 62.23% da variância total, mas em que um dos fatores apenas possuía três itens. Dada a fragilidade deste fator e tendo também por base a revisão da literatura efectuada, optamos por forçar a três fatores. A estrutura assim obtida, explica 55.82% de variância total com uma matriz anti-imagem a oscilar entre 0.810 vs. 0.939 (cf. tabela 4)

Neste estudo exploratório, o fator 1 ficou constituído por 10 itens (1, 4, 5, 9, 10, 11, 12, 14, 15 e 16) explica 21.027% após rotação e foi designado por **Situações problemáticas em Saúde Mental em crianças e adolescentes**

O factor 2 sustenta sete itens (2, 3, 6, 7, 8, 18 e 19), denominou-se de **Promoção da Saúde e Qualidade de vida em crianças e adolescentes** e explica 17.67% da variância.

Finalmente o fator 3 com uma percentagem de variância explicada de 17.11%, comporta sete itens (20, 21, 22, 23, 24, 25 e 26), foi designado por **Violência escolar e familiar em crianças e adolescentes**

Tabela 4 – Análise factorial exploratória

Itens	Descrição	Fator 1	Fator 2	Fator 3
QN10	Alterações do humor	.761		
QN11	Não-adesão da imagem corporal	.717		
QN15	Tristeza em crianças/adolescentes	.708		
QN16	Sintomas de depressão em crianças/adolescentes	.663		
QN12	Dificuldades afetivas tais como: baixa autoestima, fraco autoconceito, insegurança	.652		
QN4	Saúde mental das crianças/adolescentes	.603		
QN14	Problemas de sono em crianças/adolescentes	.594		
QN1	Promoção do desenvolvimento psicossocial das crianças e adolescentes	.522		
QN9	Hiperatividade	.518		
QN5	Consumo nocivo para a saúde e dependências em crianças/adolescentes	.458		
QN7	Cidadania inclusiva em crianças/adolescentes		.754	
QN18	<i>Bullying</i> entre pares (crianças/crianças e adolescentes/adolescentes)		.737	
QN3	Atitudes e relações interpessoais na interação com crianças/adolescentes		.691	
QN19	<i>Cyberbullying</i> com alvo nas crianças/adolescentes		.632	
QN2	Promoção da Qualidade de vida relacionada com a saúde em crianças/adolescentes		.586	
QN6	Distúrbios do comportamento alimentar em crianças/adolescentes		.561	
QN8	Igualdade de género em crianças/adolescentes		.551	
QN22	Violência escolar: pais-professores/professores-pais			.760
QN21	Violência escolar com alvo nos assistentes de apoio educativo			.748
QN24	Violência do meio extraescolar contra crianças/adolescentes			.664
QN25	Agressão sexual em crianças/adolescentes			.664
QN23	Violência doméstica envolvendo crianças/adolescentes			.660
QN20	Violência escolar com alvo nos professores			.630
QN26	Outras situações que considere relevantes			.404

Análise fatorial confirmatória

A análise fatorial confirmatória revelou que todos os itens apresentavam valores absolutos de assimetria inferiores a 3 variando entre 0.029 e 2.268 e de achatamento inferiores a 7 com uma oscilação entre 0.039 e 3.143. O coeficiente multivariado de Márdia (6.058) apresenta um valor ligeiramente superior de referência (5,00), sugerindo desse modo um desvio relativamente à distribuição normal multivariada.

Os rácios críticos das trajetórias apresentam-se estatisticamente significativos pelo que se prosseguiu a análise fatorial confirmatória sem exclusão de itens, registando os coeficientes lambda valores de saturação inferiores a 0.50 no item 5 do fator 1 e item 26 no fator 3, o que levará à exclusão destes itens (cf. tabela 5).

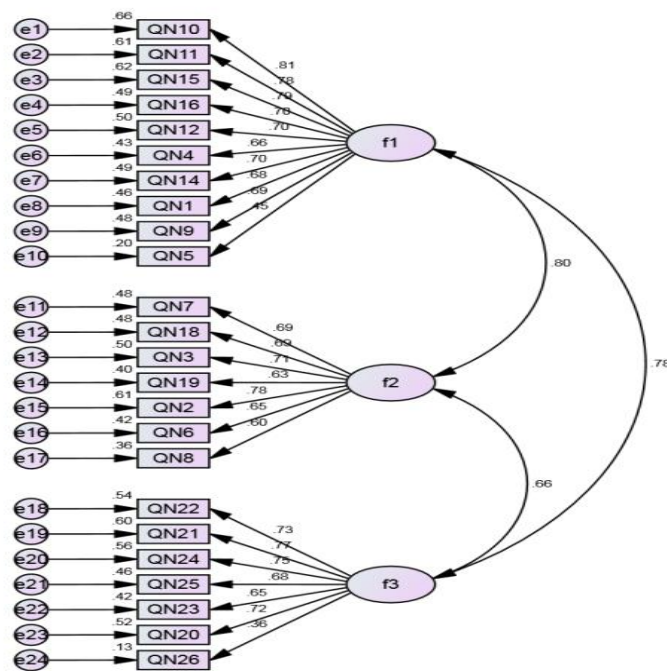
Tabela 5 - Trajetórias, rácios críticos e coeficientes lambda

Trajetórias e rácios críticos	Trajetórias	Estimativas	S.E.	Rácio crítico	p	λ
QN10	<-- f1 -	1.000				0.815
QN11	<-- f1 -	0.955	0.091	10.474	***	0.778
QN15	<-- f1 -	0.984	0.094	10.420	***	0.785
QN16	<-- f1 -	0.967	0.109	8.870	***	0.703
QN12	<-- f1 -	1.010	0.113	8.974	***	0.704
QN4	<-- f1 -	0.941	0.116	8.112	***	0.657
QN14	<-- f1 -	0.909	0.103	8.796	***	0.700
QN1	<-- f1 -	0.952	0.112	8.503	***	0.679
QN9	<-- f1 -	0.995	0.115	8.683	***	0.689
QN5	<-- f1 -	0.621	0.119	5.225	***	0.447
QN7	<-- f2 -	1.000				0.692
QN18	<-- f2 -	1.010	0.138	7.292	***	0.692
QN3	<-- f2 -	1.034	0.138	7.511	***	0.708
QN19	<-- f2 -	0.911	0.136	6.689	***	0.634
QN2	<-- f2 -	1.112	0.139	7.975	***	0.783
QN6	<-- f2 -	0.945	0.140	6.757	***	0.651
QN8	<-- f2 -	0.818	0.128	6.405	***	0.598
QN22	<-- f3 -	1.000				0.732
QN21	<-- f3 -	0.933	0.111	8.420	***	0.774
QN24	<-- f3 -	1.024	0.122	8.381	***	0.749
QN25	<-- f3 -	1.010	0.134	7.563	***	0.676
QN23	<-- f3 -	1.092	0.153	7.150	***	0.649
QN20	<-- f3 -	0.949	0.121	7.849	***	0.720
QN26	<-- f3 -	0.588	0.147	3.991	***	0.362

Trajatórias e rácios críticos	Trajatórias	Estimativas	S.E.	Rácio crítico	p	λ
	-					

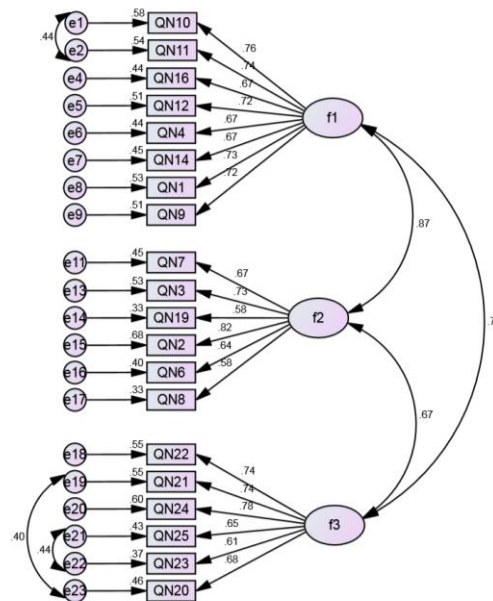
A figura 3 apresenta o modelo trifatorial hipotetizado, onde se observam os 24 itens distribuídos pelos fatores correspondentes, bem como os pesos fatoriais respetivos e a sua fiabilidade individual.  visível que alguns itens apresentam saturaes e fiabilidade individual inferior  recomendada, razão pela qual ao proceder-se ao refinamento do modelo serão eliminados. A qualidade de ajustamento global do primeiro modelo mostrou-se adequado para a razão do ($\chi^2/gf= 2.349$), para o RMR= 0.015 e SRMR= 0.070 e inadequado para os restantes ndices: (GFI= 0.784, CFI= 0.812 e RMSEA=0.100).

Figura 3 – Modelo inicial com 24 itens



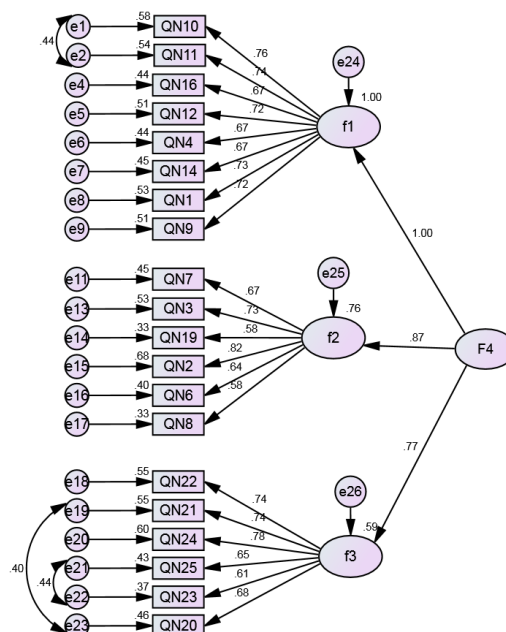
A figura 4 representa o modelo final refinado com a exclusão dos itens QN15 do Fator 1 e QN 18 do Fator 2. Observa-se que todos os itens apresentam saturaes superiores a 0.50 e fiabilidade individual superior a 0.25.

Figura 4 – Modelo final refinado com itens eliminados



Uma vez que os valores correlacionais encontrados entre os fatores são elevados, pressupõe-se a existência de um modelo de 2ª ordem, pelo que propusemos uma estrutura hierárquica com um fator de 2ª ordem (cf. figura 5). Neste modelo verificamos que os índices de bondade de ajustamento global mantiveram os mesmos valores, mas a correlação do fator global com o fator 1 é igual a 1.0, o que revela uma correlação perfeita, pelo que este modelo de segunda ordem deverá ser tomado em consideração com certas reservas.

Figura 5 - Modelo 2ª ordem



Verifica-se que os índices de bondade de ajustamento global, foram melhorando à medida que se procedeu ao refinamento do modelo, e registaram valores adequados com exceção do GFI que apresenta um valor ligeiramente inferior ao recomendado (cf. tabela 6).

Tabela 6 - Índices de qualidade do ajustamento de todos os modelos

Modelo	χ^2/gf	GFI	CFI	RMSEA	RMR	SRMR
Modelo 1 – modelo inicial	2.349	0.784	0.812	0.100	0.015	0.070
Modelo com índices de modificação	1.804	0.811	0.906	0.077	0.013	0.061
Modelo 3 com itens eliminados	1.817	0.825	0.906	0.078	0.013	0.061
Modelo 2ª ordem	1.817	0.825	0.906	0.078	0.013	0.062

Analisando os resultados da fiabilidade compósita, observamos que todos os fatores apresentam bons índices de consistência interna. Já os valores da validade convergente (VEM) não permitem concluir da existência dessa validade nos fatores 2 e 3 na amostra sob estudo, uma vez que são inferiores a 0.50. De igual modo, só encontramos validade discriminante entre os fatores 2 e 3, uma vez que a correlação entre ambos elevada ao quadrado é inferior à VEM (cf. tabela 7).

Tabela 7 - Fiabilidade compósita, variância extraída média e validade discriminante

Fatores	FC	VEM	Validade discriminante		
			F2	F3	
F1- Situações problemáticas em Saúde Mental em crianças e adolescentes	0.889	0.502	0.756	0.592	
F2 – Promoção da Saúde e Qualidade de vida em crianças e adolescentes	0.830	0.453		0.448	
F3 – Violência escolar e familiar em crianças e adolescentes	0.853	0.494			

Fc estratificado = 0.949 VEM = 0.485

Após a análise factorial confirmatória, continuamos com o estudo de consistência interna dos itens por subescala. Anotamos que os valores de correlação com o valor global da escala em todas as três subescalas são bons situando-se acima dos 0.50 com valores do coeficiente alfa a oscilarem entre o razoável nomeadamente no fator 2 e o bom nos fatores 1 e 3. O coeficiente alfa global é bom nas três subescalas registando-se o mais baixo no fator 2 ($\alpha = 0.830$) e o mais elevado no fator 1 ($\alpha = 0.890$) (cf. tabela 8).

Tabela 8 - Consistência interna dos itens do Questionário *Necessidades Formativas em Saúde e Qualidade de Vida das Crianças e Adolescentes por subescala*

Itens	Descrição	r item total	r ²	α sem item
	Situações problemáticas em Saúde Mental em crianças e adolescentes			0.890
QN1	Promoção do desenvolvimento psicossocial das crianças e adolescentes	.638	.454	.879
QN4	Saúde mental das crianças/adolescentes	.632	.454	.880
QN9	Hiperatividade	.664	.467	.877
QN10	Alterações do humor	.753	.654	.869
QN11	Não-adesão da imagem corporal	.721	.626	.872
QN12	Dificuldades afetivas tais como: baixa autoestima, fraco autoconceito, insegurança	.672	.489	.876
QN14	Problemas de sono em crianças/adolescentes	.627	.433	.880
QN16	Sintomas de depressão em crianças/adolescentes	.637	.464	.879
	Promoção da Saúde e Qualidade de vida em crianças e adolescentes			0.830
QN2	Promoção da Qualidade de vida relacionada com a saúde em crianças/adolescentes	.702	.543	.781
QN3	Atitudes e relações interpessoais na interação com crianças/adolescentes	.635	.518	.795
QN6	Distúrbios do comportamento alimentar em crianças/adolescentes	.561	.355	.810
QN7	Cidadania inclusiva em crianças/adolescentes	.651	.475	.792
QN8	Igualdade de género em crianças/adolescentes	.540	.363	.814
QN19	<i>Cyberbullying</i> com alvo nas crianças/adolescentes	.515	.336	.820
	Violência escolar e familiar em crianças e adolescentes			0.859
QN20	Violência escolar com alvo nos professores	.612	.519	.843
QN21	Violência escolar com alvo nos assistentes de apoio educativo	.690	.596	.831
QN22	Violência escolar: pais-professores/professores-pais	.687	.502	.829
QN23	Violência doméstica envolvendo crianças/adolescentes	.623	.492	.845
QN24	Violência do meio extraescolar contra crianças/adolescentes	.672	.480	.832
QN25	Agressão sexual em crianças/adolescentes	.653	.541	.836

Apresenta-se, na tabela 9, a validade convergente/divergente dos itens. Como se denota pelos itens a negrito, verificamos a existência de validade convergente porquanto os valores correlacionais dos itens são mais elevados com a escala a que pertence, sendo o segundo valor correlacional mais elevado com o fator global da escala.

Tabela 9 – Validade convergente / divergente dos itens do Questionário *Necessidades Formativas em Saúde e Qualidade de Vida das Crianças e Adolescentes*

Nº Item	Itens	F1	F2	F3	F. total
1	Promoção do desenvolvimento psicossocial das crianças e adolescentes	.734***	.659***	.459***	.721***
2	Promoção da Qualidade de vida relacionada com a saúde em crianças/adolescentes	.684***	.807***	.498***	.762***
3	Atitudes e relações interpessoais na interação com crianças/adolescentes	.556***	.763***	.368***	.674***
4	Saúde mental das crianças/adolescentes	.732***	.505***	.491***	.673***
6	Distúrbios do comportamento alimentar em crianças/adolescentes	.595***	.709***	.395***	.654***
7	Cidadania inclusiva em crianças/adolescentes	.489***	.773***	.358***	.616***
8	Igualdade de gênero em crianças/adolescentes	.468***	.684***	.395***	.585***
9	Hiperatividade	.757***	.614***	.457***	.715***
10	Alterações do humor	.814***	.528***	.579***	.747***
11	Não-adesão da imagem corporal	.789***	.511***	.588***	.732***
12	Dificuldades afetivas tais como: baixa autoestima, fraco autoconceito, insegurança...	.763***	.590***	.431***	.701***
14	Problemas de sono em crianças/adolescentes	.719***	.530***	.530***	.688***
16	Sintomas de depressão em crianças/adolescentes	.732***	.491***	.533***	.681***
19	<i>Cyberbullying</i> com alvo nas crianças/adolescentes	.453***	.673***	.446***	.589***
20	Violência escolar com alvo nos professores	.550***	.499***	.731***	.657***
21	Violência escolar com alvo nos assistentes de apoio educativo	.555***	.431***	.781***	.650***
22	Violência escolar: pais-professores/professores-pais	.464***	.427***	.790***	.608***
23	Violência doméstica envolvendo crianças/adolescentes	.477***	.353***	.769***	.581***
24	Violência do meio extraescolar contra crianças/adolescentes	.554***	.491***	.779***	.670***
25	Agressão sexual em crianças/adolescentes	.515***	.400***	.775***	.618***

Apresentamos finalmente a matriz de correlação de Pearson entre as três subescalas do questionário de Necessidades Formativas em Saúde e Qualidade de Vida das Crianças e Adolescentes e fator global. Afere que todos os valores correlacionais são positivos e significativos. Entre os fatores a percentagem de variância explicada é superior a 31.0% entre fator 1 - **Situações problemáticas em Saúde Mental em crianças e adolescentes vs. fator 3 Violência escolar e familiar em crianças e adolescentes** e com o fator global a variabilidade é bastante mais elevada ascendendo a 66.0% com o **fator 3 Violência escolar e familiar em crianças e adolescentes** (cf. tabela 10).

Tabela 10 - Matriz de correlação de Pearson entre as subescalas do questionário sobre *Necessidades Formativas em Saúde e Qualidade de Vida das Crianças e Adolescentes*

Variáveis	Factor2	Fator 3	Fator Total
Fator1 - Situações problemáticas em Saúde Mental em crianças e adolescentes	.736***	.670***	.937***
Fator2 - Promoção da Saúde e Qualidade de vida em crianças e adolescentes		.558***	.874***
Fator3 - Violência escolar e familiar em crianças e adolescentes			.815***

*** p <0.001

1.4. Análise estatística

A análise de dados foi efectuada com recurso à estatística descritiva e analítica. Com a estatística descritiva, determinámos frequências absolutas e percentuais, algumas medidas de tendência central ou de localização, mais concretamente médias e medidas de variabilidade ou dispersão como amplitude de variação, coeficiente de variação e desvio padrão, medidas de assimetria e achatamento e medidas de associação como a correlação de Pearson.

Enfatizando o coeficiente de variação pela sua natureza dir-se-á que compara a dispersão em torno da média de uma variável de natureza quantitativa. Os valores se referenciam são:

Coeficiente de variação	Classificação do Grau de dispersão
0% - 15%	Dispersão baixa
16% - 30%	Dispersão moderada
> 30%	Dispersão alta

A outra medida a salientar é o coeficiente de correlação de Pearson. Trata-se duma medida de associação linear usada para o estudo de variáveis quantitativas. Os valores oscilam entre -1 e +1 podendo assim ocorrer entre as variáveis em estudo uma associação em sentido inverso se o valor for negativo ou sentido directo se for positivo. Contudo, a comparação do coeficiente deve ser feita elevando o valor correlacional ao quadrado o que é designado por coeficiente de determinação (r^2). O índice assim obtido indica a percentagem de variação de uma variável explicada pela outra. Tanto r como r^2 não exprimem relações de causalidade. Por convenção (Pestana & Gageiro, 2014) os valores de r devem ser interpretados do seguinte modo:

- $r < 0.2$ – associação muito baixa
- $0.2 \leq r \leq 0.39$ – associação baixa

- $0.4 \leq r \leq 0.69$ – associação moderada
- $0.7 \leq r \leq 0.89$ – associação alta
- $0.9 \leq r \leq 1$ – associação muito alta

Quanto à **estatística inferencial**, recorreu-se à estatística paramétrica, e à estatística não paramétrica.

A estatística não paramétrica foi utilizada como alternativa aos testes paramétricos, quando as suas condições de aplicação, não se verificaram (Marôco, 2018) nomeadamente os testes de normalidade. Recorremos ainda a este tipo de testes quando os grupos em estudo não são homogêneos, ou dito de outra forma, quando o cociente entre o número de elementos que constituem a amostra maior com a menor for superior a 1.5 (Pestana & Gageiro, 2014). Estes testes são menos potentes que os correspondentes paramétricos deduzindo-se daí que a possibilidade de rejeitar H_0 é muito menor.

Assim, (i) o **Testes t de Student ou teste de U-Mann Whitney (UMW)** foi utilizado para comparação de médias de uma variável quantitativa em dois grupos de sujeitos diferentes e quando se desconhecem as respetivas variâncias populacionais; (ii) a **Análise de variância a um fator (ANOVA)** para comparação de médias de uma variável quantitativa (variável endógena) em três ou mais grupos de sujeitos diferentes (variável exógena - qualitativa). Este teste é uma extensão do teste t de Student que permite comparar mais de dois grupos em estudo (Pestana & Gageiro, 2014). Se se verificarem diferenças estatísticas significativas deve usar-se os testes pós hoc para localizar os grupos onde se verificam essas diferenças; (iii) o **Teste de qui quadrado (χ^2)** permitiu comparar proporções entre duas variáveis nominais. Quando há relação entre as variáveis devem usar-se os resíduos ajustados estandardizados para localizar as diferenças. O uso dos valores residuais em variáveis nominais torna-se mais potente que o teste de χ^2 , isto porque os resíduos ajustados, na forma estandardizada, fornecem informações acerca das células que mais se afastam da independência entre as variáveis ou por outras palavras os valores elevados dos resíduos indicam uma relação de dependência entre as duas variáveis. Ainda relativamente aos resíduos ajustados de referir que só devem considerar-se as células cujo valor residual seja superior a 2 (positivo). A leitura destes resíduos deverá realizar-se apenas quando em linha ou em coluna a frequência absoluta for igual ou superior a 8.

Na análise estatística, utilizámos os seguintes valores de significância:

- $p < 0.05$ * - diferença estatística significativa
- $p < 0.01$ ** - diferença estatística bastante significativa
- $p < 0.001$ *** - diferença estatística altamente significativa

- $p \geq 0.05$ n.s. – diferença estatística não significativa

Todo o tratamento estatístico foi processado através do programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 25.0 para Windows.

Após estas considerações metodológicas, no capítulo seguinte, far-se-á a apresentação e análise dos resultados.

2. Apresentação dos resultados

No presente capítulo, estruturado em duas partes, começa-se por apresentar os resultados relativos à estatística descritiva, seguindo-se os dados pertencentes à estatística inferencial.

2.1. Análise descritiva

De seguida apresentam-se os resultados da análise descritiva, começando-se por apresentar a caracterização socioprofissional dos agentes educativos.

2.1.1. Caracterização socioprofissional

Caracterizando **grupo profissional**, apura-se que, na maioria dos participantes no estudo são professores (62,5%), sendo 72,5% homens e 58,3% mulheres, secundados pelos enfermeiros com uma representatividade de 32,4%, prevalecendo em maior número as mulheres (40,6%). Os agentes policiais são os que possuem uma menor representatividade (5,1%) (cf. tabela 11).

Constata-se que grande parte dos agentes educativos (73,6%) não lida com **crianças do 1.º ciclo do ensino básico**, e dos 26,5% que lidam com crianças deste nível de escolaridade, 25,0% são do sexo masculino e 27,1% do feminino. Afere-se que 53,7% dos agentes educativos lidam maioritariamente com crianças/adolescentes do 2.º ciclo do ensino básico, fazendo parte deste grupo 50,0% dos homens e 55,2% das mulheres. Verifica-se ainda que 61,8% dos agentes educativos lidam maioritariamente com crianças/adolescentes do 3.º ciclo do ensino básico (homens 62,5% vs. mulheres 61,5%) (cf. tabela 11).

Em relação ao **tempo de serviço**, denota-se que para a totalidade da amostra, a maioria dos participantes possui entre 21-30 anos (50,7%) de serviço fazendo parte deste grupo 55,0% dos participantes do sexo masculino e 49,0% do sexo feminino. Verifica-se que 28,7% também do total da amostra possuem até 20 anos de serviço, com maior prevalência para as mulheres (20,0% homens vs. 32,3% mulheres) (cf. tabela 11).

No que concerne ao **vínculo à Instituição**, regista-se que a maioria dos agentes educativos possui vínculo em funções públicas (78,7%), com uma representatividade de

82,5% dos homens e 77,1% das mulheres. Dos 21,3% que não têm vínculo em funções públicas 17,5% são homens e 22,9% mulheres (cf. tabela 11).

Tabela 11 – Caracterização socioprofissional em função do sexo

Variáveis	Sexo		Masculino		Feminino		Total		Residuais		X ²	p
	nº	%	nº	%	nº	%	1	2				
	(40)	(29.4)	(96)	(70.6)	(136)	(100.0)						
Grupo profissional												
Professor	29	72.5	56	58.3	85	62.5	1.6	-1.6				
Enfermeiro	5	12.5	39	40.6	44	32.4	-3.2	3.2	n.a	n.a.		
Agente da PSP	6	15.0	1	1.0	7	5.1	3.4	-3.4				
Contacta maioritariamente com crianças do 1.º CEB												
Sim	10	25.0	26	27.1	36	26.5	-.3	.3	0.063	0.802		
Não	30	75.0	70	72.9	100	73.5	.3	-.3				
Contacta maioritariamente com crianças/adolescentes do 2.º CEB												
Sim	20	50.0	53	55.2	73	53.7	-.6	.6	0.308	0.579		
Não	20	50.0	43	44.8	63	46.3	.6	-.6				
Contacta maioritariamente com crianças/adolescentes do 3.º CEB												
Sim	25	62.5	59	61.5	84	61.8	.1	-.1	0.013	0.909		
Não	15	37.5	37	38.5	52	38.2	-.1	.1				
Tempo de serviço												
≤20 anos	8	20.0	31	32.3	39	28.7	-1.4	1.4				
21-30 anos	22	55.0	47	49.0	69	50.7	.6	-.6	2.226	0.328		
≥31 anos	10	25.0	18	18.8	28	20.6	.8	-.8				
Vínculo à Instituição												
Sem vínculo em funções públicas	7	17.5	22	22.9	29	21.3	-.7	.7	0.494	0.482		
Com vínculo em funções públicas	33	82.5	74	77.1	107	78.7	.7	-.7				
Total	40	100.0	96	100.0	136	100.0						

Ainda no que diz respeito ao tempo de serviço, os resultados indicam, para a globalidade da amostra, um tempo mínimo de 9 anos e um máximo de 39 anos, ao que corresponde uma idade média de 24,32 anos ($\pm 7,19$ anos de serviço). Para o sexo masculino, o tempo de serviço mínimo é 11 anos e o máximo 37 anos e para o sexo feminino, o mesmo oscila entre os 9 e os 39 anos. Os homens, em média ($M=25,83 \pm 6,59$ anos de serviço), têm mais tempo de serviço que as mulheres ($M=23,70 \pm 7,36$ anos de serviço). Os coeficientes de variação indicam uma dispersão moderada a elevada face às idades médias encontradas mas os valores de assimetria e curtose revelam que a variável tempo de serviço tem uma distribuição normal (cf. tabela 12).

Tabela 12 - Estatísticas relativas ao tempo de serviço segundo o sexo

Sexo	N	Min	Max	M	DP	CV (%)	Sk/erro	K/erro
Masculino	40	11	37	25.83	6.59	25.39	-0.74	-0.35
Feminino	96	9	39	23.70	7.36	31.05	-1.15	-1.08
Total	136	9	39	24.32	7.19	29.56	-1.5	-1.06

Em síntese:

O grupo profissional com maior representatividade é o dos professores (62,5%); apuramos que 53,7% lidam maioritariamente com crianças/adolescentes do 2.º ciclo do ensino básico e 61,8% lidam maioritariamente com crianças/adolescentes do 3.º ciclo do ensino básico; a maioria dos participantes possui entre 21-30 anos (50,7%); a maioria dos agentes educativos possui vínculo em funções públicas (78,7%); para a totalidade da amostra, verificou-se um tempo de serviço médio de 24,32 anos ($\pm 7,19$ anos de serviço).

2.1.2. Necessidades de formação dos agentes educativos

A grande maioria dos agentes educativos (77,9%) considera ter necessidade de frequentar formação específica nas áreas de saúde mental e qualidade de vida das crianças e adolescentes (cf. tabela 13).

Tabela 13 – Necessidade de frequentar formação específica nas áreas de saúde mental e QDV

Necessidade de frequentar formação específica	n	%
Sim	106	77.9
Não	30	22.1
Total	136	100.0

Motivos para a não frequência da formação sobre saúde e qualidade de vida das crianças e adolescentes

Dos agentes educativos que responderam a esta questão, a maior percentagem (40,35%) referem não frequentar formação na área da saúde mental e da qualidade de vida das crianças e adolescentes em decorrência da pouca oferta formativa na área.

Verifica-se que 33,30% relataram que não tiveram conhecimento de formações na área e 21,05% apontam a falta de tempo. Dos 3,50% que mencionaram outros motivos, justificaram a não frequência porque se trata de área profissional inerente à Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, dificuldade económica, pois a maioria fica dispendiosa em termos de distância e é paga e por questões de investimento em outras áreas que desenvolvem (cf. Tabela 14).

Tabela 14 – Motivos para não frequentar formação sobre saúde e QDV das crianças e adolescentes

Motivos para não frequentar formação	n	%
Pouca oferta formativa na área	46	40,35
Não teve conhecimento de formações na área	38	33,30
Falta de tempo	24	21,05
Outros Motivos	4	3,50
Não tem interesse pela(s) área(s)	2	1,80

Importância atribuída à inclusão de conteúdos curriculares sobre os temas lecionados nos planos de estudos dos cursos de licenciatura para os agentes educativos

A grande maioria dos participantes considera muito importante a inclusão de conteúdos curriculares sobre os temas lecionados nos planos de estudos dos cursos de licenciatura para os diferentes agentes educativos (58,8%) (cf. tabela 15).

Tabela 15 – Grau de importância atribuída à inclusão de conteúdos curriculares sobre os temas lecionados nos planos de estudos dos cursos de licenciatura para os agentes educativos

Grau de importância atribuído	n	%
Pouco Importante	3	2.2
Indiferente	5	3.7
Importante	48	35.3
Muito Importante	80	58.8
Total	136	100.0

Necessidade de formação em saúde mental e qualidade de vida das crianças e adolescentes em função das variáveis sociodemográficas e socioprofissionais

As estatísticas relativas às necessidades de formação mostram que os índices mínimos e os máximos para o fator global da escala oscilam entre 0,00 e 20,00, correspondendo a uma média de 6,41 \pm 6,00. Apura-se que a média mais elevada corresponde à necessidade de formação ao nível das situações problemáticas em saúde mental em crianças e adolescentes ($M=2,79\pm 2,83$) (cf. tabela 16). Os coeficientes de variação apresentam dispersões elevadas e os valores de assimetria e curtose curvas leptocurticas e enviesadas à esquerda apenas para o fator 1 e globalidade da amostra.

Tabela 16 - Estatísticas relativas às necessidades de formação em saúde e qualidade de vida das Crianças/Adolescentes

Necessidades de Formação	n	Min	Max	M	D.P.	CV (%)	SK/erro	K/S
Fator 1- Situações Problemáticas em Saúde Mental em crianças e adolescentes		0.00	8.00	2.79	2.83	101.43	2.99	- 2.58
Fator 2- Promoção da Saúde e Qualidade de vida em crianças e adolescentes		0.00	6.00	2.47	2.16	87.44	1.89	- 3.02
Fator 3- Violência escolar e familiar em crianças e adolescentes		0.00	6.00	1.13	1.78	157.52	7.86	- 3.73
Total	136	0.00	20.00	6.41	6.00	93.60	3.80	- 1.19

Procurando analisar as necessidades de formação dos agentes educativos em saúde mental e qualidade de vida das crianças e adolescentes, tendo por base variáveis sociodemográficas e socioprofissionais, apura-se que o maior percentual dos inquiridos (47,8%) sente uma moderada necessidade de formação na área. Somente 27.2% é que aportam elevada necessidade de formação e percentual próximo (25.0%) referem não sentir necessidade de formação. Constatam-se que são os participantes do género feminino expressa mais elevada necessidade de formação (62,2%), mas também é este mesmo grupo que manifesta necessidade moderada (72,3%) e baixa necessidade (76,5%) de formação (cf. tabela 17).

No que respeita a outras variáveis de contexto sociodemográfico e profissional afere-se que os participantes com elevada necessidade de formação são na sua maioria professores (64.9%) com idade superior ou igual a 55 anos (45.9%), residentes em zona urbana (86.5%), com tempo de serviço entre 21 a 30 anos (51.4%) e com a licenciatura (75.7%). Já os que necessitam de moderada necessidade de formação distribuem-se também pelo sexo feminino (72.3%), pelos professores (60.0%), pelos de idade superior ou igual a 55 anos (46.2%) residentes em zona urbana (67.7%) com tempo de serviço entre 21 a 30 anos (49.2%) e com o grau de licenciatura (64.6%). O perfil dos participantes que carecem de baixa necessidade de formação é similar ao reportado anteriormente (cf. tabela 17).

Tabela 17 – Necessidade de formação em saúde mental e qualidade de vida das crianças e adolescentes em função das variáveis sociodemográficas e socioprofissionais

Necessidade Variáveis	Elevada		Moderada		Baixa		Total		Residuais			X ²	p
	n (37)	% (27.2)	n (65)	% (47.8)	n (34)	% (25.0)	n (136)	% (100.0)	1	2	3		
Género													
Masculino	14	37.8	18	27.7	8	23.5	40	29.4	1.3	-0.4	-0.9	1.92	0.382
Feminino	23	62.2	47	72.3	26	76.5	96	70.6	-1.3	0.4	0.9		
Grupo Profissional													
Professor	24	64.9	39	60.0	22	64.7	85	62.5	0.3	-0.6	0.3	1.62	0.805
Enfermeiro	10	27.0	23	35.4	11	32.4	44	32.4	-0.8	0.7	0.0		
PSP	3	8.1	3	4.6	1	2.9	7	5.1	1.0	-0.3	-0.7		
Idade													
≤44 anos	10	27.0	21	32.3	6	17.6	37	27.2	0.0	1.3	-1.4	3.37	0.498
45 - 54 anos	10	27.0	14	21.5	12	35.3	36	26.5	0.1	-1.2	1.3		
>= 55 anos	17	45.9	30	46.2	16	47.1	63	46.3	-0.1	0.0	0.1		
Zona residência													
Urbana	32	86.5	44	67.7	23	67.6	99	72.8	2.2	-1.3	-0.8	4.812	0.090
Rural	5	13.5	21	32.3	11	32.4	37	27.2	-2.2	1.3	0.8		
Tempo de serviço													
≤ 20 anos	11	29.7	22	33.8	6	17.6	39	28.7	0.2	1.3	-1.6	3.88	0.422
21 - 30 anos	19	51.4	32	49.2	18	52.9	69	50.7	0.1	-0.3	0.3		
>= 31 anos	7	18.9	11	16.9	10	29.4	28	20.6	-0.3	-1.0	1.5		
Habilitações Literárias													
≤12º ano	2	5.4	2	3.1	1	2.9	5	3.7	0.7	-0.4	-0.3	2.38	0.665
Licenciatura	28	75.7	42	64.6	23	67.6	93	68.4	1.1	-0.9	-0.1		
Mestrado/ doutoramento	7	18.9	21	32.3	10	29.4	38	27.9	-1.4	1.1	0.2		

Em síntese:

Percentagem mais elevada de necessidade de formação moderada (47,8%), com os participantes do género feminino a expressarem mais necessidade de formação elevada (62,2%), moderada (72,3%) e baixa necessidade (76,5%). Os percentuais mais elevados correspondem aos residentes em meio urbano (elevada necessidade 86,5% vs. moderada necessidade 67,7% vs. baixa necessidade 67,6%), aos professores (elevada necessidade 64,9% vs. moderada 60,0% vs. baixa necessidade de formação 64,7%), aos participantes com idade igual ou superior aos 55 anos (elevada necessidade 45,9% vs. moderada necessidade 46,2% vs. baixa necessidade 47,1%), aos participantes com 21-30 anos de serviço (elevada necessidade 51,4% vs. moderada necessidade 49,2% vs. baixa necessidade 52,9%), bem como correspondem aos participantes licenciados (elevada necessidade 75,7% vs. moderada necessidade 64,6% vs. baixa necessidade de formação 67,6%).

2.2. Análise inferencial

Seguem-se os resultados da análise inferencial, procurando-se dar resposta às questões de investigação.

2.2.1. Variáveis sociodemográficas e socioprofissionais dos agentes educativos vs. necessidades de formação em saúde mental e qualidade de vida das crianças e adolescentes

Constata-se que os participantes do **género** feminino mostram mais necessidade de formação em saúde mental e qualidade de vida de crianças e adolescentes, tendo obtido valores de ordenação média mais elevados em todos os fatores, com realce para o Fator 1 – *situações problemáticas em saúde mental em crianças e adolescentes* (OM=73,05), onde se regista diferença estatisticamente significativa ($p=0,033$) (cf. tabela 18).

Tabela 18 – Resultados do teste U de Mann-Whitney para a relação entre as necessidades de formação e o género

Necessidades de Formação	Género	Masculino (n=40)	Feminino (n=56)	UMW	p
		OM	OM		
Fator 1 - Situações problemáticas em saúde mental em crianças e adolescentes		57.58	73.05	1483.00	0.033
Fator 2- Promoção da saúde mental e qualidade de vida das crianças e adolescentes		66.39	69.38	1835.50	0.682
Fator 3- Violência escolar e familiar em crianças e adolescentes		65.68	69.68	1807.00	0.548
	Fator global	62.35	71.06	1674.00	0.238

Os resultados revelam que os agentes educativos com **idade** ≤ 44 anos revelam mais necessidade de formação em situações problemáticas em saúde mental em crianças e adolescentes, enquanto ao nível da promoção da saúde mental e qualidade de vida das crianças e adolescentes e sobre a violência escolar e familiar em crianças e adolescentes pontuaram mais os agentes educativos na faixa etária dos 45-54 anos, manifestando mais necessidade de formação. Regista-se relevância estatisticamente significativa no Fator 2 - promoção da saúde mental e qualidade de vida das crianças e adolescentes ($p=0,022$) (cf. Tabela 19).

Tabela 19 – Resultados do teste *Oneway* Anova para a relação entre as necessidades de formação e a idade

Necessidades de Formação	Idade		≤44 anos (n=37)		45-54 anos (n=36)		≥55 anos (n=63)		F	p
	Média	Dp	Média	Dp	Média	Dp				
Fator 1 - Situações problemáticas em saúde mental em crianças e adolescentes	2.94	2.67	2.91	3.08	2.63	2.81	0.18	0.832		
Fator 2- Promoção da saúde mental e qualidade de vidas crianças e adolescentes	1.64	1.76	2.86	2.38	2.74	2.15	3.91	0.022		
Fator 3- Violência escolar e familiar em crianças e adolescentes	0.89	1.64	1.55	2.02	1.04	1.71	1.41	0.246		
Fator global	5.48	5.27	7.33	6.00	6.42	6.00	0.86	0.425		

Os resultados da análise das necessidades de formação em função da **zona de residência** dos agentes educativos indicam que os participantes residentes em meio rural manifestam mais necessidades de formação em saúde mental e qualidade de vida de crianças e adolescentes (fator global OM=80,93), especialmente no que se refere a situações problemáticas em saúde mental em crianças e adolescentes (Fator 1) (OM=83,11). Verificam-se diferenças estatisticamente significativas nas necessidades de formação relativamente a situações problemáticas em saúde mental em crianças e adolescentes ($p=0,007$), à violência escolar e familiar em crianças e adolescentes ($p=0,034$) e no fator global (0,024) (cf. Tabela 20).

Tabela 20 – Resultados do teste U de Mann-Whitney para a relação entre as necessidades de formação e zona de residência

Necessidades de Formação	Zona de Residência	Urbana (n=99)	Rural (n=37)	UMW	p
		OM	OM		
Fator 1 - Situações problemáticas em saúde mental em crianças e adolescentes		63.04	83.11	1291.000	0.007
Fator 2- Promoção da saúde mental e qualidade de vidas crianças e adolescentes		66.84	72.95	1667.000	0.414
Fator 3- Violência escolar e familiar em crianças e adolescentes		64.57	79.01	1442.500	0.034
Fator global		63.85	80.93	1371.500	0.024

Apura-se que os professores expressam mais necessidade de formação ao nível da promoção da saúde mental e qualidade de vida das crianças e adolescentes, sendo os enfermeiros os que manifestam mais necessidade de formação em relação às situações problemáticas em saúde mental em crianças e adolescentes e os agentes policiais no que se refere à violência escolar e familiar em crianças e adolescentes, com relevância estatisticamente significativa nas situações problemáticas em saúde mental em crianças e adolescentes ($p=0,018$) e na violência escolar e familiar em crianças e adolescentes ($p=0,017$) (cf. Tabela 21).

Tabela 21 – Resultados do teste *Kruskal-Wallis* para a relação entre as necessidades de formação e o grupo profissional

Área de exercício profissional	Professores (n=85)	Enfermeiro (n=44)	Polícias (n=7)	X ²	p
Necessidades de Formação	OM	OM	OM		
Fator 1 - Situações problemáticas em saúde mental em crianças e adolescentes	63.70	81.07	47.79	7.99	0.018
Fator 2- Promoção da saúde mental e qualidade de vidas crianças e adolescentes	72.95	61.55	58.21	3.02	0.221
Fator 3- Violência escolar e familiar em crianças e adolescentes	61.91	78.56	85.36	8.10	0.017
Fator global	66.26	74.24	59.57	1.58	0.454

Constata-se que os agentes educativos com mestrado/doutoramento expõem mais necessidades de formação em relação às situações problemáticas em saúde mental em crianças e adolescentes (Fator 1), com relevância estatística ($p=0,047$) (cf. tabela 22)

Tabela 22 – Resultados do teste *Kruskal-Wallis* para a relação entre as necessidades de formação e as habilitações literárias

Habilitações Literárias	≤12º ano (n=5)	Licenciatura (n=93)	Mestrado/Doutoramento (n=38)	X ²	p
Necessidades de Formação	OM	OM	OM		
Fator 1 - Situações problemáticas em saúde mental em crianças e adolescentes	38.10	65.99	78.63	6.110	0.047
Fator 2- Promoção da saúde mental e qualidade de vidas crianças e adolescentes	61.20	69.28	67.54	0.238	0.888
Fator 3- Violência escolar e familiar em crianças e adolescentes	77.00	67.92	68.79	0.316	0.854
Fator global	55.90	67.11	73.57	1.266	0.531

3. Discussão

No presente capítulo tem lugar a discussão metodológica e a discussão dos resultados, partindo-se das questões de investigação e respetivos objetivos delineados.

3.1. Discussão metodológica

Começa-se por referir que se teve, desde o início, a preocupação em desenvolver um trabalho metodologicamente rigoroso, o que requereu a utilização de uma metodologia o mais correta possível. Por conseguinte, os procedimentos metodológicos usados estão em conformidade com os objetivos delineados e com as características da amostra (N=136 agentes educativos), tendo-se usado o questionário de auto-resposta como instrumento de recolha de dados. Todavia, o seu uso poderá ser uma limitação metodológica, dado que a fidelidade dos resultados está intimamente dependente da franqueza das respostas dadas pelos participantes. Por outras palavras, as respostas dos agentes educativos poderão ter sido mais endereçadas para condutas socialmente desejáveis, podendo não exprimir condutas concretas, um fator que poderá ter influenciado os resultados do estudo. Importa também ressaltar que quando se aplica este tipo de instrumento de recolha de dados numa amostra que poderá estar “saturada” em relação à aplicação de questionários também logrará assumir-se como uma limitação. De qualquer modo, considera-se que o instrumento de recolha de dados se revelou adequado ao estudo, tendo base as questões de investigação e os objetivos delineados.

Uma outra limitação metodológica consiste no facto de os participantes terem sido recrutados em conformidade com o processo de amostragem não probabilística por conveniência, podendo daí surgir vieses dos resultados. Porém, a dimensão da amostra é satisfatória, o que nos parece ter-se traduzido em resultados fiáveis. Por outro lado, considera-se que, apesar de se ter como participantes 136 agentes educativos, os mesmos não são representativos da população em estudo, o que não permite a generalização dos resultados a outra população de agentes educativos. Assim sendo, o presente estudo necessita de confirmação com a realização de outros estudos na mesma área e, se possível, com amostras mais dilatadas e representativas da população em estudo.

Não obstante as limitações metodológicas encontradas, este estudo empírico, com enfoque transversal, descritivo e correlacional, possibilitou descrever a perceção dos agentes educativos sobre as suas necessidades de formação em saúde mental e qualidade de vida das crianças e adolescentes, tornando-nos mais conhecedores desta realidade.

3.2. Discussão dos resultados

Os profissionais de saúde incorporados nos sistemas escolares podem criar um *continuum* de cuidados integrados que melhorem a saúde mental e o sucesso escolar das crianças e adolescentes. Para fortalecer esse *continuum*, e para um ótimo desenvolvimento das crianças e adolescentes, haverá provavelmente a necessidade de uma reconfiguração dos sistemas de educação e de saúde mental para auxiliar a implementação da prática baseada em evidências. As estratégias integrativas que combinam intervenções ao nível da sala de aula e no nível do aluno têm muito potencial, para que se consiga, em parceria com os agentes educativos, a promoção do desenvolvimento saudável das crianças e adolescentes (Frazel, Hoagwood, Stephan & Ford, 2014).

Tendo em conta estas considerações, tidas como importantes, procede-se à discussão dos resultados alcançados através das análises estatísticas realizadas, em corte transversal, numa amostra constituída por 136 agentes educativos, sendo 62,5% professores, 32,4% enfermeiros e 5,1% agentes policiais, com uma idade média de 48,34 anos ($\pm 7,49$ anos), de onde sobressaem os participantes com ≥ 55 anos (46,3%), a residir (72,8%) em meio urbano, maioritariamente com companheiro(a) (70,6 %) e com o grau académico de licenciatura (68,4%). Na amostra em estudo, 26,5% dos agentes educativos lidam com crianças do 1.º ciclo do ensino básico, 53,7% com crianças/adolescentes do 2.º ciclo do ensino básico e 61,8% com crianças/adolescentes do 3.º ciclo do ensino básico. A maioria dos participantes (50,7%) possui entre 21-30 anos de tempo de serviço, com vínculo em funções públicas (78,7%).

3.2.1. Necessidades de formação dos agentes educativos

No que se refere às necessidades de formação dos agentes educativos em saúde mental e qualidade de vida das crianças e adolescentes, constatou-se que 47,8% manifestam moderada necessidade de formação, tendo sido os participantes do género feminino a expressarem mais necessidade de formação elevada (62,2%), moderada (72,3%) e baixa necessidade (76,5%). Registaram-se também percentuais mais elevados nos participantes residentes em meio urbano (elevada necessidade 86,5% vs. moderada necessidade 67,7% vs. baixa necessidade 67,6%), no grupo dos professores (elevada necessidade 64,9% vs. moderada 60,0% vs. baixa necessidade de formação 64,7%), nos participantes com idade igual ou superior aos 55 anos (elevada necessidade 45,9% vs. moderada necessidade 46,2% vs. baixa necessidade 47,1%), nos agentes educativos com

21-30 anos de serviço (elevada necessidade 51,4% vs. moderada necessidade 49,2% vs. baixa necessidade 52,9%), bem como no grupo de participantes licenciados (elevada necessidade 75,7% vs. moderada necessidade 64,6% vs. baixa necessidade de formação 67,6%).

Constatou-se que a grande maioria dos participantes considera muito importante a inclusão de conteúdos curriculares sobre os temas lecionados nos planos de estudos dos cursos de licenciatura para os diferentes agentes educativos (58,8%). Apurou-se também que os agentes educativos revelam necessidade de formação ao nível das situações problemáticas em saúde mental em crianças e adolescentes ($M=2,79\pm 2,83$).

Face aos resultados apurados, importa referir que se as crianças e os adolescentes passam mais tempo na escola do que em qualquer outra estrutura institucional formal, as escolas desempenham um papel fundamental no seu desenvolvimento global, ou seja, ao nível das relações entre pares, interações sociais, desempenho académico, desenvolvimento cognitivo, controlo emocional e expectativas comportamentais e morais, o que se constituiu como áreas reciprocamente afetadas pela saúde mental (Whear, Marlow, Boddy et al., 2014). Neste sentido, é fundamental que os agentes educativos tenham formação em saúde mental e qualidade de vida para que possam identificar precocemente as crianças e adolescentes em risco e, assim, poder-se intervir atempadamente. O reconhecimento do efeito dos problemas de saúde mental no desempenho escolar, nas relações sociais e familiares requer que as escolas estejam em condições de oferecer apoio às crianças e adolescentes com dificuldades psicológicas, para que se possa potenciar a otimização da autoestima, motivação e capacidade de maior sucesso escolar. A responsabilidade pela saúde mental das crianças e adolescentes nas escolas tem de ser partilhada entre os setores de vários serviços, nomeadamente os serviços de saúde (Frazel et al., 2014).

Verificou-se que a maioria dos agentes educativos que sentem necessidade de formação na área da saúde mental e da qualidade de vida das crianças e adolescentes (40,36%) relatou a não frequência devido à pouca oferta formativa na área. Com efeito, 33,30% referiram que não tiveram conhecimento de formações na área e 21,05% atribuíram a não frequência à falta de tempo. Estes resultados expressam a necessidade de se proporcionar formação na área aos agentes educativos em contexto escolar. As escolas são um cenário ideal para promover a saúde. No entanto, de acordo com os dados empíricos de Eschenbeck, Lehner, Hofmann, Bauer et al. (2019), sobre a eficácia de programas de promoção da saúde mental para a agentes educativos na escola são raros. Seguindo a abordagem de habilidades para a vida, a formação para adultos é uma componente importante da promoção de literacia em saúde.

3.2.2. Variáveis sociodemográficas e socioprofissionais dos agentes educativos vs. necessidades de formação em saúde mental e qualidade de vida das crianças e adolescentes

Constatou-se que os participantes do género feminino mostram mais necessidade de formação em saúde mental e qualidade de vida de crianças e adolescentes, tendo obtido valores de ordenação média mais elevados em todos os fatores, com destaque para as situações problemáticas em saúde mental em crianças e adolescentes (OM=73,05; $p=0,033$).

Os agentes educativos com idade ≤ 44 anos também revelam mais necessidade de formação em situações problemáticas em saúde mental em crianças e adolescentes, enquanto ao nível da promoção da saúde mental e qualidade de vida das crianças e adolescentes e sobre a violência escolar e familiar em crianças e adolescentes pontuaram mais os agentes educativos na faixa etária dos 45-54 anos ($p=0,022$).

Inferiu-se que os agentes educativos residentes em meio rural manifestam mais necessidades de formação ao nível das situações problemáticas em saúde mental (OM=83,11), com registo de diferenças estatisticamente significativas nas necessidades de formação relativamente a situações problemáticas em saúde mental em crianças e adolescentes ($p=0,0007$), à violência escolar e familiar em crianças e adolescentes ($p=0,034$) e no fator global (0,024). Os professores expressam mais necessidade de formação ao nível da promoção da saúde mental e qualidade de vida das crianças e adolescentes, sendo os enfermeiros os que manifestam mais necessidade de formação em relação às situações problemáticas em saúde mental em crianças e adolescentes e no que se refere à violência escolar e familiar em crianças e adolescentes, com relevância estatisticamente significativa nas situações problemáticas em saúde mental em crianças e adolescentes ($p=0,018$) e na violência escolar e familiar em crianças e adolescentes ($p=0,017$). Os agentes educativos com mestrado/doutoramento patenteiam mais necessidades de formação em relação às situações problemáticas em saúde mental em crianças e adolescentes ($p=0,047$).

Estes resultados revelam que, na globalidade, os agentes educativos sentem necessidades de formação em saúde mental e qualidade de vida das crianças e dos adolescentes, o que requer a promoção de formação específica na área, tendo em conta a importância do ambiente escolar para o desenvolvimento global das crianças e adolescentes (Sklad, Diekstra, Ritter, Ben & Gravesteijn, 2012; Cheyne, Schlosser, Nash & Glover, 2014). A promoção de programas de saúde mental em contexto escolar deve concentra-se em construtos como habilidades sociais e emocionais, comportamentos positivos, inclusão

social, solução eficaz de problemas e boa cidadania (Durlak, Weissberg, Dymnicki, Taylor & Schellinger, 2011).

Como se tem vindo a expor, as escolas são um cenário ideal para promover a saúde mental e qualidade de vida, uma vez que é nela que as crianças e adolescentes passam a maior parte do seu tempo. Assim, os agentes educativos devem ter formação que os capacitem para ajudar os alunos no seu desenvolvimento cognitivo, social e emocional, contribuindo para a estabilização de hábitos comportamentais (incluindo comportamentos de saúde) (Langford, Bonell, Jones, Poulidou, Murphy, Waters et al., 2014). No entanto, de acordo com Eschenbeck et al. (2019), vários estudos documentam que existem poucas atividades de promoção da saúde mental e do bem-estar nas escolas.

Os programas de promoção da saúde mental nas escolas muitas vezes seguem uma abordagem universal. Uma meta-análise identificou uma gama de efeitos positivos na promoção da saúde mental dos alunos, nomeadamente o treinamento de habilidades, uma abordagem capaz de levar os alunos melhorarem as suas relações sociais e pessoais, capacitando-os de habilidades para lidarem efetivamente com as exigências e desafios da vida quotidiana. As principais habilidades para a vida incluem a comunicação, a tomada de decisões e a solução de problemas, além de lidar com as emoções e o stresse (Weare & Nind, 2011). O stresse envolve o padrão de resposta de uma pessoa a eventos específicos, isto é, a stressores, que perturbam o equilíbrio da pessoa, excedendo a sua capacidade de lidar com os problemas diários. Assim, as estratégias de *coping* são importantes para a saúde mental. Como tal, assume toda a relevância que se faça uma avaliação individual dos acontecimentos (por exemplo, as exigências académicas, os conflitos entre familiares, amigos ou colegas) com os quais as crianças e adolescentes se possam deparar, para que se potenciem os recursos necessários que ajudem a assegurar a sua saúde mental e qualidade de vida (Das, Salam, Lassi, Khan, Mahmood, Patel et al., 2016; Eschenbeck et al., 2019).

Conclusão

A literatura consultada documenta que a promoção da saúde mental e qualidade de vida das crianças e adolescentes assume-se como um essencial investimento para o futuro. Por conseguinte, os agentes educativos, em interação direta com as crianças e adolescentes, devem trabalhar em parceria para que se possam desenvolver programas de promoção de saúde mental e qualidade de vida neste grupo populacional.

Os vários agentes educativos desempenharem um papel primordial na promoção da saúde mental e qualidade de vida das crianças e adolescentes, uma vez que estes passam uma grande parte do seu dia na escola, transformando o contexto escolar num espaço de oportunidades únicas para promover a sua saúde mental e qualidade de vida. Para tal, os mesmos necessitam de estar capacitados para detetarem as situações problemáticas em saúde mental e fatores de risco da qualidade de vida de crianças e adolescentes, estando igualmente capacitados para saberem lidar com os casos de violência escolar e familiar, sendo, por conseguinte, indispensável que os mesmos tenham formação na área.

Foi neste contexto que se desenvolveu o presente estudo, que permitiu dar resposta às questões de investigação e alcançar os objetivos inicialmente delineados.

Assim, dos principais resultados resultaram as seguintes conclusões:

- amostra maioritariamente feminina, com uma idade média de 48,34 anos ($\pm 7,49$ anos), predominando os participantes residentes em meio urbano, com companheiro(a) e com o grau académico de licenciatura. A maioria dos agentes educativos lida maioritariamente com crianças/adolescentes do 3.º ciclo do ensino básico. Maioritariamente, os agentes educativos possuem entre 21-30 anos de tempo de serviço e com vínculo em funções públicas;

- no que se refere às necessidades de formação dos agentes educativos em saúde mental e qualidade de vida das crianças e adolescentes, registou-se uma percentagem mais elevada de moderada necessidade de formação (47,8%), seguindo-se a elevada necessidade de formação (27,2%) e, com menor representatividade, os agentes educativos com baixa necessidade de formação (25,0%);

- a grande maioria dos participantes considera muito importante a inclusão de conteúdos curriculares sobre os temas lecionados nos planos de estudos dos cursos de licenciatura para os diferentes agentes educativos (58,8%);

- valor médio mais elevado ($M=2,79\pm 2,83$) para os agentes educativos que sentem necessidade de formação ao nível das situações problemáticas em saúde mental em crianças e adolescentes;

- os participantes do género feminino, os que possuem idade ≤ 44 anos, os residentes em meio rural, os professores e os enfermeiros expressaram mais necessidade de formação em saúde mental e qualidade de vida de crianças e adolescentes. Registaram-se diferenças estatisticamente significativas no género (situações problemáticas em saúde mental em crianças e *adolescentes*), na idade (violência escolar e familiar em crianças e adolescentes), na zona de residência (situações problemáticas em saúde mental em crianças e adolescentes; violência escolar e familiar em crianças e adolescentes; fator global), no grupo profissional (situações problemáticas em saúde mental em crianças e adolescentes; violência escolar e familiar em crianças e adolescentes) e nas habilitações literárias (situações problemáticas em saúde mental em crianças e adolescentes).

Os resultados obtidos permitem tecer algumas sugestões com aplicação na futura prática profissional. As escolas são o cenário ideal para promover a saúde global das crianças e adolescentes. Assim sendo, é importante que se implementem programas de promoção da saúde mental nas escolas e se promova formação para os agentes educativos, elementos primordiais na promoção da saúde mental e qualidade de vida das crianças e adolescentes.

A literacia em saúde mental também está associada ao estado de saúde mental e facilita a procura formal de ajuda por parte das crianças e dos adolescentes. Como tal, sugere-se a criação de um projeto baseado na Internet com um programa de promoção da saúde apropriado às crianças e adolescentes, com recurso a uma metodologia variada, nomeadamente com a utilização de jogos didáticos e interativos, bem como chamadas realizadas para um número específico, sendo estas anónimas e confidenciais, atendidas por uma equipa técnica de profissionais de saúde com formação na área para garantirem um atendimento sem juízos de valor.

É de extrema importância a existência de projetos na área da saúde mental e qualidade de vida, pois estes auxiliam e capacitam não só as crianças e os adolescentes, mas também os agentes responsáveis pela sua educação para a saúde, sendo estes os pais, professores, agentes policiais e enfermeiros. As intervenções baseadas na Internet têm muitas vantagens, como, por exemplo, podem economizar recursos, como o tempo dedicado a facultar os temas relacionados com a promoção da saúde aos alunos e aumentar o seu alcance/adesão. São facilmente acessíveis para as crianças e

adolescentes, que, por norma, dedicam alguma parte do seu tempo livre a utilizar os meios de tecnologia, comunicação e informação.

Em suma, os problemas de saúde mental na infância e adolescência são questões-chave de saúde. Em crianças e adolescentes, os problemas de saúde mental representam uma preocupação para as suas famílias, com implicações no ambiente social que pode persistir ao longo da vida. Como tal, são necessários mais esforços para intervenções de promoção e prevenção da saúde mental e para se potenciar a qualidade de vida.

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(3), 141-6. Acedido em <http://www.scielo.mec.pt/pdf/nas/v25n3/v25n3a03.pdf>
- Alarcão, I. (2017). *Educação e formação para a população adulta*. Universidade de Coimbra. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação. Acedido em http://www.cnedu.pt/content/iniciativas/seminarios/Programa_provisorio.pdf
- Alarcão, I., & Roldão, M. (2008). *Supervisão – um contexto de desenvolvimento profissional dos professores*. Mangualde: Edições Pedagogo.
- Almeida, J.M.C. de, & Xavier, M. (Coord.) (2013). *Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental 1º Relatório*. Lisboa: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa. Acedido em http://www.fcm.unl.pt/main/alldoc/galeria_imagens/Relatorio_Estudo_Saude-Mental_2.pdf
- Bisegger, C., Cloetta, B., Rueden, U., Abel, Ravens-Sieberer, U. & The European Kidscreen Group (2005). *Soz Präventivmed.*; 50(5), 281-91. Acedido em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16300172>
- Bronfenbrenner, U. (Ed.). (2005). *Making human beings human: Bioecological perspectives on human development*. Sage Publications Ltd.
- Carvalho, J.A., Carvalho, M.P., Barreto, M.A., & Alves, F.A. (2010). Andragogia: considerações sobre a aprendizagem do adulto. *REMPEC – Ensino, Saúde e Ambiente*, 3, 78-90. Acedido em <http://www.ensinosaudeambiente.uff.br/index.php/ensinosaudeambiente/article/viewFile/108/107>
- Cheyne, G., Schlosser, A., Nash, P., & Glover, L. (2014). Targeted group-based interventions in schools to promote emotional well-being: a systematic review. *Clin Child Psychol Psychiatry*; 1, 9, 412-438.
- Cobb, H, & Mittler, P. (2005). *Diferenças significativas entre deficiência e doença mental. Secretariado Nacional para a reabilitação e integração das pessoas com deficiência*. Lisboa, Portugal: Ministério do Trabalho e Solidariedade Social.

- Coordenação Nacional para a Saúde Mental (2008). *Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016. Resumo Executivo*. Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental. Acedido em <https://www.adeb.pt/files/upload/paginas/Plano%20Nacional%20de%20Saude%20Mental.pdf>
- Coutinho, C.P. (2014). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática*. Coimbra: Almedina.
- Cunha, Duarte, Albuquerque, Aparicio, Gonçalves, Madureira & Andrade (2017). Questionário sobre Necessidades Formativas em Saúde e Qualidade de Vida das Crianças e Adolescentes. Projecto de Investigação em Co-Promoção. Mais Saúde Mental.
- Das, J.K., Salam, R.A., Lassi, Z.S., Khan, M.N., Mahmood, W., Patel, V. et al. (2016). Interventions for adolescent mental health: an overview of systematic reviews. *J Adolescent Health*; 59(Suppl 4), S49–60. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.06.020>
- Decreto-Lei n.º 8/2010, de 28 de janeiro. Diário da República n.º 19/2010, Série I de 2010-01-28. Acedido em <https://dre.pt/pesquisa/-/search/616776/details/maximized>
- Direção Geral da Saúde. (2013). *Perguntas e Respostas*. Acedido em <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/programa-nacional-para-a-saude-mental/perguntas-e-respostas.aspx>
- Direção Geral da Saúde. (2013). *Portugal Saúde Mental em números – 2013*. Portugal. Direcção-Geral da Saúde. Acedido em http://www.fnerdm.pt/wp-content/uploads/2015/01/SaudeMentalemnumeros_2013.pdf
- Direção Geral da Saúde. (2015). *Portugal Saúde Mental em Números – 2015. Programa Nacional para a Saúde Mental*. Lisboa: Direcção de Serviços de Informação e Análise. Acedido em <https://www.dgs.pt/...saude/...saude/.../portugal-saude-mental-em-numeros-2015-pdf.asp...>
- Direção-Geral da Saúde (2012). *Programa Nacional para a Saúde Mental. Orientações Programáticas*. Acedido em <https://www.dgs.pt/ficheiros.../programas-nacionais-prioritarios-saude-mental-pdf.asp..>
- Direcção-Geral Da Saúde (2017). *Programa Nacional para a Saúde Mental 2017*. Lisboa: Ministério da Saúde. Acedido em <https://www.dgs.pt/em-destaque/relatorio-do-programa-nacional-para-a-saude-mental-2017.aspx>

- Durlak, J.A., Weissberg, R.P., Dymnicki, A.B., Taylor, R.D., & Schellinger, K.B. (2011). The impact of enhancing students' social and emotional learning: a meta-analysis of school-based universal interventions. *Child Dev.*; 82, 405-432.
- Eschenbeck, H., Lehner, L., Hofmann, H., Bauer, S. et al. (2019). School-based mental health promotion in children and adolescents with StresSOS using online or face-to-face interventions: study protocol for a randomized controlled trial within the ProHEAD Consortium. *Trials*, 20, 64, 3-12.
- European Commission (2005). *Improving the mental health of the population: towards a strategy on mental health for the European Union*. Brussels, Belgium: European Communities.
- Feitosa, H.N., Ricou, M., Rego, S., & Nunes, R. (2012). A Saúde Mental das Crianças e dos Adolescentes: considerações epidemiológicas, assistenciais e bioéticas. *Rev. bioét (Impr.)*; 19(1), 259-275. Acedido em https://www.researchgate.net/publication/280641340_A_Saude_Mental_das_Crianças_e_dos_Adolescentes_consideracoes_epidemiologicas_assistenciais_e_bioeticas
- Fernandes, S.S.N. da, Santos, W.B.C. dos, Moreira, W.C., Vargas, D. de, & Nóbrega, M.P.S.S. de (2019). Opiniões frente à doença mental na perspectiva de enfermeiros de cuidados primários em Portugal. *Rev Gaúcha Enferm.*; 40:e20190034, 1-8. Acedido em http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v40/pt_1983-1447-rgenf-40-e20190034.pdf
- Fieldhouse, R. (1999). Aprendizagem ao Longo da Vida. In P. Federighi e A. Melo (Eds.) *Glossário de Educação de Adultos na Europa* (pp. 23-24). Lisboa: Associação Europeia para a Educação de Adultos.
- Finger, M., & Asún, J.M. (2003). *A educação de adultos numa encruzilhada. Aprender a nossa saída*. Porto: Porto Editora.
- Frazel, M., Hoagwood, K., Stephan S., & Ford, T. (2014). Mental health interventions in schools. *Mental health interventions in schools in high-income*
- Gaspar, T., & Matos, M. (2008). *Qualidade de vida em crianças e adolescentes versão portuguesa dos instrumentos Kidscreen*, 52. Lisboa: FCT.
- Gaspar, T., Matos, Gaspar, M.de, Ribeiro, J.I.p., & Leal, I. (2006). Qualidade de vida e bem-estar em crianças e adolescentes. *Rev. bras. ter. cogn.*, vol.2, 2, 47-60. ISSN 1982-3746.
- Gaspar, T., Matos, M., Pais, R., José, L., Leal, I., & Ferreira, A. (2009) – Health-related quality of life in children and adolescents and associated factors. *Journal of Cognitive*

- and Behavioral Psychotherapies*, 9(1), 33-48. Acedido em <http://scipio.ro/documents/13115/f21acb5f-0b18-4ceb-96c2-24100ebe18f6>
- Gaspar, T., Ribeiro, J.L.P., Matos, M.G., & Leal, I. (2008). Promoção de qualidade de vida em crianças e adolescentes. *Psic., Saúde & Doenças*; vol. 9, 1, 55-71. ISSN 1645-0086. Acedido em http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1645-00862008000100006&lng=pt&nrm=iso
- Guo, C., Tomson, G., Keller, C., & Söderqvist, F. (2018). Prevalence and correlates of positive mental health in Chinese adolescents. *BMC Public Health*, 18, 263, 4-11. Acedido em <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12889-018-5133-2?site=bmcpublichealth.biomedcentral.com>
- Isaksson, P., Marklund, B., & Haraldsson, K. (2017). Promoting mental health in Swedish preschool–teacher views. *Health Promotion International*, Vol. 32, 1, 53–61.
- Keyes, C.L.M. (2005). Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73:539-548.
- Langford, R., Bonell, C.P., Jones, H.E., Poulou, T., Murphy, S.M., Waters, E. et al. (2014). The WHO health promoting school framework for improving the health and well-being of students and their academic achievement. *Cochrane Database Syst Rev.*; 4. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008958.pub2>.
- Lima, L., Afonso, A., & Estêvão, C. (1999). *Agência Nacional de educação e Formação de Adultos – Estudo para a construção de um modelo institucional*. Braga: Universidade do Minho.
- Lugatte, L. (2019). *Um em cada dez adolescentes sente-se triste todos os dias*. Acedido em <https://sol.sapo.pt/artigo/680213/um-em-cada-dez-adolescentes-sente-se-triste-todos-os-dias>.
- Marôco, J. (2014). *Análise Estatística: Com utilização do SPSS*. 5ª ed. Lisboa: Edições Sílabo.
- Matos, M.G., Gaspar, T., Ferreira, M. et al & Equipa do Aventura Social (2006). *Qualidade de Vida em Crianças e Adolescentes. Projecto Europeu Kidscreen – Relatório Português*. Equipa do projecto Aventura Social & Saúde. Acedido em <http://www.fmh.utl.pt/aventurasocial/pdf/Kids2006.pdf>
- Moreno, L., C. (2001). *Educação para adultos: uma alternativa para o desenvolvimento do profissional*. Acedido em: <http://www.rh.com.br/Portal/Desenvolvimento/Artigo/3178/>


- Oliveira, L.C.M. de (2017). *A Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção (PHDA): do conhecimento dos professores às práticas educativas no 1.º ciclo do ensino básico*. (Dissertação de Mestrado). Universidade do Minho. Instituto de Educação. Acedido em <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/48671/1/Luis%20Carlos%20Martins%20de%20Oliveira.pdf>
- Ordem dos Psicólogos (2019). *Contexto e Desafios*. Acedido em <http://escolasaudavelmente.pt/psicologos-escolares/prevencao-e-promocao-da-saude-psicologica-e-sucesso-educativo/contexto-e-desafios>
- Organização Mundial de Saúde (2005). *Promoting Mental Health: Concepts, Emerging Evidence, Practice*. Consultado em: http://www.who.int/mental_health/evidence/en/promoting_mhh.pdf
- Papadofragaki, A., Ginieri-Coccosis, M., & Papadimitriou, G.N. (2010). Prevention of substance use through social and emotional skills training to promote mental health in pre-school children. *Proceedings of the Fourth PanHellenic Conference of Clinical Psychology and Psychology of Health, Pan-Hellenic Psychological Association and National School of Public Health, Athens*; 58, 4-10.
- Pereira, C.A., Wen, C.L., Miguel, E.C., & Polanczyk, G.V. (2014). A randomised controlled trial of a web-based educational program in child mental health for schoolteachers. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. DOI 10.1007/s00787-014-0642-8.
- Pestana, M. H. & Gageiro, J. N. (2014). *Análise de dados para as Ciências Sociais – A complementaridade do SPSS*. Lisboa: Edições Silabo.
- Portal da Saúde (2018). *Saúde mental: o conceito e a psicologia positiva*. Acedido em <https://www.portaldasaudemental.pt/artigos/saude-mental-conceito-psicologia-positiva/>
- Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde. (2017). *Modelo de governação a 2020*. Lisboa: DGS.
- Projeto PROMove-te (2016). *PROMove-te: um projeto piloto em saúde mental de crianças e jovens Saúde Mental de Crianças e Jovens: A Recuperação em Contexto Escolar*. Lisboa: Edição: ARIA - Associação de Reabilitação e Integração Ajuda.
- Santos, S.M. dos. (2017). *Os estilos parentais e a qualidade de vida da criança*. Universidade Lusíada de Lisboa. Faculdade de Ciências Humanas e Sociais Instituto de Psicologia e Ciências da Educação Mestrado em Psicologia Clínica. (Dissertação de Mestrado). Acedido em

http://repositorio.ulusiada.pt/bitstream/11067/3694/1/mpc_susana_santos_dissertacao.pdf






- Silva, E., Silva, D., Duarte, J., Aparício, G., Albuquerque, C., & Almeida, R. (2018). Quality of life perceived by children/adolescents and their parents. 4th International Conference on Health and Health Psychology. *The European Proceedings of Social & Behavioural Sciences EpSBS*; <http://dx.doi.org/10.15405/epsbs.2018.11.15>
- Sklad, M., Diekstra, R., Ritter, M.D., Ben, J., & Gravesteyn, C. (2012). Effectiveness of school-based universal social, emotional, and behavioral programs: do they enhance students' development in the area of skill, behavior, and adjustment? *Psychol Schls.*; 49, 892-909.
- Slade, M. (2010). Mental illness and well-being: the central importance of positive psychology and recovery approaches. *Health Services Research*; 10, 26, 2-14. Acedido em <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/10/26>
- Soares, A.H.R., Martins, A.J., Lopes, M.C.B., Brito, J.A.A. Oliveira, C.Q., & Moreira, M.C.N. (2011). Qualidade de vida de crianças e adolescentes: uma revisão bibliográfica. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(7), 3197-3206. Acedido em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n7/19.pdf>
- Somera, E., Junior, R., & Rondina, J. (2010). Uma proposta da andragogia para a educação continuada na área da saúde. *Arquivos de ciências da saúde*, 17(2), 101-107. Acedido em http://repositorioracs.famerp.br/racs_ol/vol-17-2/ido7_abr_jun_2010.pdf
- Tavares, J., & Alarcão, I. (1992). *Psicologia do desenvolvimento e da aprendizagem*. Coimbra: Livraria Almedina.
- Tomaras, V.D., Ginieri-Coccosis, M., Vassiliadou, M. et al. (2011). Education in mental health promotion and its impact on the participants' attitudes and perceived mental health. *Annals of General Psychiatry*; 10,33, 2-10. Acedido em <http://www.annals-general-psychiatry.com/content/10/1/33>
- Tsiros, M.D., Olds, T., Buckley, J.D., Grimshaw, P., Brennan, L., Walkley, J. et al. (2009). Health-related quality of life in obese children and adolescents. *Int J Obes (Lond)*; Apr;33 (4), 387-400. doi: 10.1038/ijo. Acedido em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19255583>
- Weare, K., & Nind, M. (2011). Mental health promotion and problem prevention in schools: what does the evidence say? *Health Promot Int.*; 26(Suppl 1), i29-69. <https://doi.org/10.1093/heapro/dar075>

- Whear, R., Marlow, R., Boddy, K. et al. (2014). Psychiatric disorder or impairing psychology in children who have been excluded from school: a systematic review. *School Psych Int.*; 35:530-543.
- World Health Organization (2014). *Health literacy and health behavior*. World Health Organization Web site. Acedido em http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.pdf?ua=1
- World Health Organization (2014). *Promoting Mental Health: Concepts-Emerging Evidence-Practice*. Geneva: Switzerland, WHO.
- World Health Organization (2019). *Mental health*. Acedido em https://www.who.int/mental_health/en/
- World Health Organization. (1986). *Ottawa charter of health promotion*. Geneva: Switzerland, WHO.
- World Health Organization. (2005). *Promoting Mental Health. Concepts. Emerging Evidence. Practice*. Geneva, Switzerland. Acedido em https://www.who.int/mental_health/evidence/MH_Promotion_Book.pdf
- World Health Organization. (2013). *Health literacy*. Acedido em http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.pdf
- World Health Organization. (2017). *Child and adolescent mental health*. Acedido em https://www.who.int/mental_health/maternal-child/child_adolescent/en/
- World Health Organization. (2018). *Adolescent mental health in the European Region*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Acedido em http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/383891/adolescent-mh-fs-eng.pdf?ua=1&fbclid=IwAR279LxYDftjXFV8meSL40rSvaC6kcWITW6NI7Bbwgvr4LrINAyubWgMjgl
- Xavier, C.M.M. (2019). *Saúde mental infantil – uma quase indiferença de décadas*. Acedido em <https://www.publico.pt/2019/10/14/sociedade/opiniao/saude-mental-infantil-quase-indiferenca-decadas-1889730>

Anexo I Instrumento de recolha de dados

Projecto de Investigação em Co-Promoção:  **MAISaúde Mental**

Instituição proponente Instituição de acolhimento Instituições parceiras

ESSE VISEU IPG CENTRO DE SAÚDE Agrupamento de Escolas
Infância D. Henrique

Código de Identificação do Questionário:

(por favor não preencher, espaço destinado à equipa de investigação)

MONITORIZAÇÃO E AVALIAÇÃO DOS INDICADORES DE SAÚDE MENTAL DAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES: DA INVESTIGAÇÃO À PRÁTICA

Exmo.(a) Senhor(a),

No âmbito do Projeto “MAISaúde Mental”, co-financiado pelo Portugal2020, Centro2020 e Fundo Europeu de Desenvolvimento Regional, está a ESSViseu e Parceiros, a realizar um estudo sobre “**MaiSaúde mental e qualidade de vida em crianças e adolescentes**”, para o qual se solicita a sua colaboração no preenchimento do presente questionário. Este é de carácter **anónimo** e de participação **voluntária**. As respostas são **confidenciais** e traduzem a sua opinião, não existem respostas certas ou erradas.

Para que seja salvaguardada a validade do questionário, pedimos que **não deixe nenhuma questão por responder**.

A equipa de investigação Agradece desde já a sua colaboração.

I PARTE
CARACTERIZAÇÃO SOCIO-PROFISSIONAL

1 - Idade _____ anos	2 - Género: 1 <input type="checkbox"/> Masculino 2 <input type="checkbox"/> Feminino	3 - Zona de residência: 1 <input type="checkbox"/> Urbana 2 <input type="checkbox"/> Rural	4 - Estado Civil: 1 <input type="checkbox"/> Solteiro 2 <input type="checkbox"/> Casado 3 <input type="checkbox"/> União de facto 4 <input type="checkbox"/> Divorciado
----------------------	--	--	---

5 - Área de exercício profissional: 1 <input type="checkbox"/> Educação 2 <input type="checkbox"/> Saúde 3 <input type="checkbox"/> Segurança	6 - Contacta maioritariamente com crianças e adolescentes: 1 <input type="checkbox"/> 1º Ciclo 2 <input type="checkbox"/> 2º Ciclo 3 <input type="checkbox"/> 3º Ciclo
--	---

7 - Habilitações académicas profissionais: 1 <input type="checkbox"/> <= 12º ano 2 <input type="checkbox"/> Bacharelato 3 <input type="checkbox"/> Licenciatura 4 <input type="checkbox"/> Mestrado 5 <input type="checkbox"/> Doutoramento 6 <input type="checkbox"/> Especialização Qual? _____ 7 <input type="checkbox"/> Pós-graduação Qual? _____

8 - Profissão: _____ 8.1 - Tempo de serviço: _____ Anos _____ Meses	9 - Tipo de vínculo à Instituição: 1 <input type="checkbox"/> Contrato de trabalho a termo resolutivo certo 2 <input type="checkbox"/> Contrato de trabalho a termo resolutivo incerto 3 <input type="checkbox"/> Contrato de trabalho em funções públicas por tempo indeterminado Outro, Qual? _____
---	---

10 - Horário de Trabalho: 1 <input type="checkbox"/> Horário completo 2 <input type="checkbox"/> Tempo Parcial 3 <input type="checkbox"/> Fixo 4 <input type="checkbox"/> Por turnos 5 <input type="checkbox"/> Pós-Laboral
--

Questionário Geral sobre Necessidades de Formação em Saúde e Qualidade de Vida das Crianças / Adolescentes

(Cunha, Duarte, André, Albuquerque, Aparício, Campos, Gonçalves, Madureira & Andrade, 2017)

B) Assinale as áreas sobre as quais já recebeu formação, bem como, o nº de horas e contexto de formação onde a mesma ocorreu.	Não	Sim	Se sim, assinala por favor, o contexto e o nº de horas.		
			Formação Académica		Formação Continua Actualizada (Conferências, Jornadas, Ações de formação, Workshop, Cursos breves)
			Ensino Secundário Nº de horas?	Curso Superior Nº de horas?	Nº de horas?
Promoção do desenvolvimento psicossocial das crianças e adolescentes					
Promoção da Qualidade de vida relacionada com a saúde em Crianças / Adolescentes					
Atitudes e Relações Interpessoais na Interação com Crianças / Adolescentes					
Saúde Mental das Crianças / Adolescentes					
Consumos nocivos para a saúde e dependências em Crianças / Adolescentes					
Distúrbios do comportamento alimentar em Crianças / Adolescentes					
Cidadania Inclusiva em Crianças / Adolescentes					
Igualdade de Género em Crianças / Adolescentes					
Dificuldades comportamentais e emocionais ...					
Hiperactividade					
Alterações do Humor					
Não-aceitação da Imagem Corporal					
Dificuldades afectivas tais como: Baixa Auto-estima, fraco autoconceito, insegurança...					
Dificuldades na vivência saudável e responsável da sexualidade					
Problemas de Sono em Crianças / Adolescentes					
Tristeza em Crianças / Adolescentes					
Sintomas de Depressão em Crianças / Adolescentes					
Comportamentos suicidários em Crianças / Adolescentes					
Dificuldades comportamentais associadas a agressividade e violência ...					
Bullying entre Pares (Crianças / Crianças; Adolescentes/Adolescentes)					
Cyberbullying com alvo nas Crianças / Adolescentes					
Violência Escolar com alvo nos Professores					
Violência Escolar com alvo nos Assistentes de Apoio Educativo					
Violência Escolar: Pais-Professores/ Professores-Pais					
Violência Doméstica envolvendo Crianças / Adolescentes					
Violência do meio extra -escolar contra Crianças / Adolescentes					
Agressão Sexual em Crianças / Adolescentes					
Outras Situações que considere relevantes:					

E. Se nunca frequentou formação extracurricular nas áreas descritas qual (ais) o (s) motivo(s)

- 1 Pouca oferta formativa na área
- 2 Falta de tempo
- 3 Não teve conhecimento de formações na área
- 4 Não tem interesse pela(s) área(s)
- 5 Outros motivos. Qual(is)? _____

F. Como classifica o conhecimento que possui sobre os temas / assuntos assinalados?

- 1 Inexistente
- 2 Pouco Apropriado
- 3 Apropriado
- 4 Muito Apropriado

G. Sente necessidade de frequentar formação específica nas áreas assinaladas?

- 1 Sim
- 2 Não

Se respondeu sim, assinale no quadro abaixo as áreas prioritárias, usando para o efeito a cotação de 1 (nada prioritário) a 5 (extremamente prioritário).

Áreas prioritárias de formação sobre a promoção da saúde mental e qualidade de vida em Crianças / Adolescentes	1 Nada Prioritária	2 Pouco Prioritária	3 Prioritária	4 Muito Prioritário	5 Extremamente Prioritário
1. Consumos nocivos para a saúde e dependências em Crianças / Adolescentes					
2. Distúrbios do comportamento alimentar (Anorexia e bulimia...)					
3. Alterações do Humor					
4. Alterações da Imagem Corporal					
5. Dificuldades afectivas: Baixa Auto-estima, fraco autoconceito, Insegurança					
6. Vivência saudável e responsável da sexualidade					
7. Problemas do Sono					
8. Stress, ansiedade e depressão					
9. Comportamentos da esfera suicidária					
10. Bullying e Cyberbullying					
11. Violência Escolar					
12. Violência Doméstica					
13. Agressão Sexual					
14. Abuso/negligência/maus tratos					
15. Violência no namoro					
16. Outras Situações que considere relevantes:					

H. Qual o grau de importância que atribui à inclusão de conteúdos curriculares sobre as áreas assinaladas no plano de estudos dos cursos de licenciatura para profissionais de saúde, educação e segurança?

- 1 Nada Importante
- 2 Pouco Importante
- 3 Indiferente
- 4 Importante
- 5 Muito Importante