



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE D
COIMBRA

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA – TRABALHO FINAL

INÊS OLIVEIRA VIEGAS

***Hábitos e Qualidade de Vida em Adolescentes Portugueses: A sua
relação com a Perturbação Psicológica***

ARTIGO CIENTÍFICO

ÁREA CIENTÍFICA DE PEDIATRIA

Trabalho realizado sob a orientação de:

PROF^ª DOUTORA MARIA DEL CARMEN BENTO TEIXEIRA

DR. PAULO ALEXANDRE DA SILVA FONSECA

FEVEREIRO/2021

**Hábitos e Qualidade de Vida em Adolescentes Portugueses: A sua relação com a
Perturbação Psicológica**

INÊS OLIVEIRA VIEGAS¹

PROF^a DOUTORA MARIA DEL CARMEN BENTO TEIXEIRA¹

DR. PAULO ALEXANDRE DA SILVA FONSECA²

¹ Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

² Hospital Pediátrico, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Clínica Universitária de Pediatria, Hospital Pediátrico, Centro Hospitalar e Universitário de
Coimbra – Av. Afonso Romão 3000-602 Coimbra, Portugal

Endereço de correio eletrónico: inesviegas@live.com.pt

ÍNDICE

LISTA DE ABREVIATURAS	2
RESUMO	3
Palavras-chave	3
ABSTRACT	4
Keywords	4
INTRODUÇÃO	5
MATERIAIS E MÉTODOS	6
Desenho do estudo	6
Seleção dos Participantes.....	6
Recolha dos Dados.....	7
Análise Estatística dos Dados.....	8
RESULTADOS	9
Qualidade de vida, hábitos de ecrã e hábitos de sono por género.....	9
Relação entre a Qualidade de vida, os hábitos de uso de ecrã, os hábitos de sono e a perturbação psicológica	10
Análises de Regressão	12
DISCUSSÃO	12
CONCLUSÃO	15
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	16
ANEXOS	20

LISTA DE ABREVIATURAS

EADS – Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse

YQOL – Questionário de Qualidade de Vida para Adolescentes

EA – Ansiedade

ED – Depressão

ES – Stresse

Ecrã FDS – Horas de ecrã por dia ao fim de semana

Sono FDS – Horas de sono por dia ao fim de semana

M – Média

DP – Desvio-padrão

df – Graus de liberdade

RESUMO

Introdução: A adolescência é uma fase crítica do desenvolvimento humano, em que, mesmo pequenas alterações dos hábitos de vida podem fragilizar a saúde presente e futura do adolescente. A perturbação psicológica, cada vez mais prevalente nesta idade, pode refletir este desequilíbrio do desenvolvimento biopsicossocial do adolescente e representa, para os médicos, um desafio, quer no tratamento quer na sua prevenção.

Objetivos: Avaliar, numa amostra de adolescentes Portugueses, a relação entre hábitos de sono, a prática de desporto e o uso de ecrã, com a qualidade de vida; e a sua relação com a perturbação psicológica.

Materiais e Métodos: Estudo observacional, correlacional e transversal no qual participaram 772 adolescentes com idades compreendidas entre os 10 e 18 anos a frequentar escolas públicas e privadas de Coimbra. Os participantes preencheram as versões validadas para a população portuguesa de questionários de autorresposta: Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse e a versão abreviada do Questionário da Qualidade de Vida para Adolescentes. Para a análise estatística dos dados, realizámos estatística descritiva e testes inferenciais (correlação e regressão), com recurso ao SPSS versão 26 e à Macro PROCESS.

Resultados e Discussão: A prevalência da perturbação psicológica foi maior nas adolescentes do género feminino. Verificámos que, no género feminino, a qualidade de vida se correlacionou de forma positiva com o número de horas de sono durante a semana ($p < 0,05$) e de forma negativa com o número de horas de ecrã por dia durante a semana ($p < 0,01$) e ao fim de semana ($p < 0,01$) e ainda com a depressão, a ansiedade e o stresse ($p < 0,01$ em todos). No género masculino apenas obtivemos correlações significativas entre a qualidade de vida e a depressão, a ansiedade e o stresse ($p < 0,01$ em todos). A análise de regressão linear múltipla demonstrou, no género feminino, que a ansiedade e a depressão ($p < 0,01$ para ambas), cada uma isoladamente, foram preditores da qualidade vida (20,50% e 20,60%, respetivamente) das adolescentes.

Conclusão: A qualidade de vida mostrou estar relacionada com o número de horas de sono, o número de horas de ecrã e a perturbação psicológica. A ansiedade e a depressão revelaram um papel importante na qualidade de vida reportada pelas adolescentes do género feminino.

Palavras-chave: Adolescente; Hábitos; Qualidade de Vida; Depressão; Ansiedade.

ABSTRACT

Introduction: Adolescence is a critical phase of human development, in which, even small changes in life habits, can weaken the adolescent's present and future health. The psychological disorder, which is increasing prevalent at this age, can reflect this imbalance in the adolescent's biopsychosocial development and represents, for doctors, a challenge, both in treatment and prevention.

Objectives: To investigate, in a sample of Portuguese adolescents, the relationship between sleep habits, sports practice and screen use, with quality of life; and its relationship with psychological disorder.

Material and Methods: 772 adolescents, ages between 10 and 18, from public and private schools in Coimbra, answered the validated Portuguese versions of the Anxiety, Depression and Stress scale and the abbreviated version of the Quality of Life Questionnaire for Adolescents. For data analysis of this observational, correlational and cross-sectional study, descriptive statistic and inferential tests (correlation and regression) were performed, using SPSS version 26 and Macro PROCESS.

Results and Discussion: The prevalence of psychological disorder was higher on female adolescents. In this gender, we also notice that the quality of life was positively correlated with the number of hours of sleep during the week ($p < 0,05$) and negatively correlated with the number of hours of screen use for day during the week ($p < 0,01$) and during the weekend ($p < 0,01$), and with depression, anxiety and stress ($p < 0,01$ for all). In male adolescents there were only significant correlations between quality of life and depression, anxiety, and stress ($p < 0,01$ for all). The multiple linear regression analysis showed that, in female adolescents, anxiety and depression ($p < 0,01$ for both), each separately, were predictors of quality of life (20,50% and 20,60%, respectively).

Conclusion: The quality of life was correlated with the number of hours of sleep, number of hours of screen use and psychological disorder. Anxiety and depression revealed to have an important role in the quality of life reported by female adolescents.

Keywords: Adolescent; Habits; Quality of Life; Depression; Anxiety.

INTRODUÇÃO

Qualidade de vida é definida, segundo a OMS, como “uma percepção individual da posição na vida, no contexto do sistema cultural e de valores em que as pessoas vivem, e relacionada com os seus objetivos, expectativas, normas e preocupações. É um conceito amplo, subjetivo, que inclui de forma complexa a saúde física da pessoa, o seu estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças e convicções pessoais, e a sua relação com os aspetos importantes do meio ambiente”. (1)

A adolescência é uma etapa determinante no desenvolvimento do ser humano, sendo marcada por um conjunto de alterações físicas, psicológicas e sociais.

Tendo em consideração a literatura atual, sabe-se que a qualidade de vida é um conceito complexo e que pode ser influenciada pela saúde mental do adolescente. (2,3) Alterações dos hábitos de vida na adolescência podem ser, por si só, mediadoras de uma melhor ou pior qualidade de vida. A prática desportiva na adolescência está associada a uma maior qualidade de vida, (4,5) enquanto que o uso prolongado de ecrã (5,6) e a privação de sono (7) estão associados a uma pior qualidade da mesma.

Alguns hábitos diários dos adolescentes que interferem com a qualidade de vida podem facilitar o surgimento de perturbação psicológica.

Alguns dos hábitos abordados incluem o sono, (8) o uso de ecrã e o desporto. (9)

A fisiologia do sono modifica-se na adolescência e, quando associada a outros fatores, pode levar a uma diminuição do número de horas de sono ou da qualidade do mesmo. Existe evidência científica que adolescentes que dormem um menor número de horas por noite, expressam mais sintomas de ansiedade. (8) Além disto, as alterações dos hábitos de sono estão também associadas a um aumento de risco de depressão. (10)

Os estudos que envolvem o uso de ecrã, como o computador, televisão e telemóvel, demonstram que quanto maior o tempo de uso de ecrã, maior o nível de stresse que os adolescentes vivenciam. (11) De maneira oposta os adolescentes que passam menos tempo no ecrã, reportam menos ansiedade (9) e menos depressão e sintomas depressivos. (12)

A prática de desporto tem demonstrado um efeito benéfico na saúde física e psicológica dos adolescentes. Neste sentido, os estudos realizados no âmbito da prática desportiva mostram que adolescentes que praticam mais desporto, reportam menos sintomas de ansiedade (9) e de depressão (12), assim como têm menor probabilidade de reportar sintomas de stresse. (13)

Em Portugal, ainda são escassos os estudos que avaliem a relação entre a perturbação psicológica e os hábitos de vida. Além disso, não encontramos qualquer estudo que relacione em simultâneo, hábitos de sono, prática de desporto e o uso de ecrã, com a perturbação psicológica e com a qualidade de vida. Posto isto, julgamos pertinente a realização deste estudo, que tem como objetivo investigar a relação entre os hábitos de sono, a prática de desporto e o uso de ecrã, com a qualidade de vida e a sua relação com a perturbação psicológica. De modo mais específico, pretendemos avaliar se, e quais, destes hábitos de vida poderão ser mediadores da relação entre qualidade de vida e a depressão, ansiedade e stresse.

MATERIAL E MÉTODOS

Desenho do Estudo

O nosso estudo foi realizado no âmbito do Projeto “Desregulação Emocional e Comportamental numa População Escolar”, financiado pela Direção Geral da Saúde em 2015 e aprovado pela Comissão de Ética do Conselho Científico da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (Anexo I), pela Comissão Nacional de Proteção de Dados, pela Direção Geral de Educação e pela Direção das Escolas envolvidas. Tratou-se, por isso, de um estudo observacional, transversal e correlacional.

No ano letivo 2016/2017, foi feito um levantamento de base populacional que teve em conta um conjunto de dados pessoais, demográficos, de saúde física e mental, atitudes sociais e comportamentos dos participantes, e que foi utilizado como base para este estudo de vigilância de saúde de jovens em Portugal.

Seleção dos Participantes

A amostra que utilizámos para este estudo foi obtida de forma aleatória de seis escolas (cinco públicas e uma privada) do ensino básico (2º e 3º ciclos) e secundário do concelho de Coimbra. Foram incluídos todos os participantes que responderam aos questionários, perfazendo um total de 772 alunos dos 1000 inicialmente previstos. Os alunos apresentavam uma idade compreendida entre os 10 e os 18 anos, estando a frequentar desde o 5º ao 12º ano de escolaridade. Foram referidas 28 reprovações em anos letivos prévios. Tivemos 410 participantes do género feminino e 357 do género masculino. Cinco adolescentes não referiram qual o seu género.

Recolha de Dados

Após ser solicitado o consentimento informado dos respetivos encarregados de educação (Anexo II), os alunos procederam ao preenchimento dos questionários. A participação neste estudo foi feita de forma anónima, sendo que o registo das respostas foi realizado diretamente no formato de papel do questionário entregue aos alunos.

Os dados recolhidos incluíam informações sociodemográficas e questões sobre ansiedade, depressão, stresse, qualidade de vida e número de horas de uso de ecrã por dia, durante a semana e ao fim de semana, número de horas de desporto por semana e número de horas de sono por dia, através das versões validadas para Portugal da Escala de Depressão, Ansiedade e Stresse e do Questionário da Qualidade de Vida (versão abreviada).

Questionário de Qualidade de Vida (14)

Averiguámos a qualidade de vida utilizando a versão abreviada do Questionário da Qualidade de Vida, validado para a população portuguesa. (15) Este questionário é composto por 41 itens que avaliam 4 domínios: individual, relações sociais, ambiente e qualidade de vida geral.

Em cada item os alunos foram convidados a selecionar um número de 0 a 10 consoante o que se aplica melhor aos seus sentimentos, sendo que 0 corresponde a “de modo nenhum” e 10 corresponde a “completamente”.

O questionário original (15) revelou uma consistência interna razoável a muito boa com um α Cronbach de 0,93 para ambos os domínios individual e relações sociais, 0,81 para o domínio do ambiente e 0,74 para a qualidade de vida geral. Na nossa amostra verificámos uma consistência interna razoável, com α Cronbach: 0,64.

EADS – Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse (16)

Recorremos à versão portuguesa da escala EADS de 21 itens para avaliar os estados de depressão, ansiedade e stresse. (17) Esta é composta por três subescalas – Depressão, Ansiedade e Stresse – cada uma com sete itens e que abrangem vários conceitos.

Os alunos foram instruídos a responderem acerca da vivência pessoal de diversos sintomas cognitivo-emocionais, “na semana passada”. Para as respostas aos itens, foram utilizadas 4 categorias de resposta: 0 – “Não Se Aplicou Nada a Mim”; 1- “Aplicou-se a Mim Algumas Vezes”; 2 – “Aplicou-se a Mim Muitas vezes”; 3 – “Aplicou-se a Mim a Maior Parte das Vezes”.

As qualidades psicométricas da EADS na nossa amostra mostraram ser adequadas (α de *Cronbach* de 0,857 para ansiedade, 0,891 para depressão e 0,895 para stresse), tal como verificado na escala original (17) (α de *Cronbach* de 0,74 para ansiedade, 0,85 para depressão e 0,81 para stresse).

Análise Estatística dos Dados

Fizemos o tratamento estatístico dos dados através da utilização do SPSS versão 26 e da Macro PROCESS. Realizámos estatísticas descritivas e testes inferenciais de correlação e regressão. Para todos os testes realizados, foi assumido o valor de $p < 0,05$, como nível de significância estatística, com intervalos de confiança de 95%.

Iniciámos o estudo pela comparação das variáveis em estudo por género.

Utilizámos o Teste de *Shapiro-Wilk*, tendo concluído que os dados da nossa amostra nos diversos grupos não apresentavam uma distribuição normal. No entanto, tendo em conta que o tamanho da nossa amostra era de $n=772$, decidimos utilizar testes paramétricos, quando possível, segundo os princípios do Teorema de Limite Central. Assim sendo, para podermos averiguar a presença de diferenças estatisticamente significativas por género, recorreremos a um teste paramétrico, mais especificamente o *T-test* para amostras independentes. A partir do momento em que verificámos a presença de significância estatística por género, utilizámos duas sub-amostras separadamente – adolescentes do género masculino e adolescentes do género feminino.

Realizámos análises de correlação, nomeadamente a Correlação de *Pearson*, para cada um dos géneros, para podermos avaliar a relação entre o tempo de uso de ecrã, horas de desporto, horas de sono, as pontuações totais de cada uma das dimensões da EADS (depressão, ansiedade, stresse) e as pontuações totais do Questionário de Qualidade de Vida. De modo a avaliarmos a magnitude das correlações, tivemos em conta a proposta inicialmente feita por Taylor, baseada no valor absoluto do r (coeficiente de correlação): correlação fraca se $r \leq 0,35$; correlação moderada se $r \geq 0,36$ e $\leq 0,67$; correlação forte se $r \geq 0,68$ e $\leq 0,89$; correlação muito forte se $r \geq 0,90$. (18)

Para concluir, realizámos várias análises de regressão linear e hierárquica múltipla nas variáveis em que obtivemos correlações estatisticamente significativas, de modo a apurarmos quanta da depressão, ansiedade, stresse e qualidade de vida foram explicadas pelas restantes variáveis, em conjunto e de forma individual.

RESULTADOS

Qualidade de vida, hábitos de ecrã e hábitos de sono por género

Através da análise da estatística descritiva, estratificada por género, das variáveis em estudo (tabela 1), conseguimos aferir que as adolescentes do género feminino apresentaram pontuações médias significativamente mais elevadas de ansiedade ($p=0,004$), depressão ($p=0,003$) e stresse ($p<0,001$) e uma pontuação significativamente mais baixa nas pontuações médias da qualidade de vida ($p=0,011$), em relação aos adolescentes do género masculino. Verificámos também que, os rapazes apresentaram um número maior de horas de uso de ecrã durante o fim de semana ($p=0,020$), um tempo significativamente maior de horas de desporto por semana ($p<0,001$) e um tempo maior de horas de sono durante a semana ($p=0,033$), em comparação com as raparigas.

Tabela 1. Estatística descritiva das variáveis por género

		<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>T</i>	<i>df</i>	<i>p</i>																																																																												
YQOL	♀	14,51	3,140	-2,559	403,272	0,011*																																																																												
	♂	15,22	2,382				EA	♀	4,18	4,444	2,876	393,718	0,004*	♂	3,01	3,690	ED	♀	4,76	4,930	2,983	395,756	0,003*	♂	3,42	4,079	ES	♀	6,39	5,331	4,567	399,749	<0,001*	♂	4,23	4,175	Ecrã Semana	♀	1,51	0,841	-1,890	746,000	0,059	♂	1,67	1,463	Ecrã FDS	♀	1,79	0,923	-2,328	737,000	0,020*	♂	1,95	0,982	Desporto	♀	2,15	4,652	-4,072	747,000	<0,001*	♂	3,42	3,741	Sono Semana	♀	8,22	1,449	-2,139	741,000	0,033*	♂	8,45	1,480	Sono FDS	♀	9,41	1,761	1,280	739,000
EA	♀	4,18	4,444	2,876	393,718	0,004*																																																																												
	♂	3,01	3,690				ED	♀	4,76	4,930	2,983	395,756	0,003*	♂	3,42	4,079	ES	♀	6,39	5,331	4,567	399,749	<0,001*	♂	4,23	4,175	Ecrã Semana	♀	1,51	0,841	-1,890	746,000	0,059	♂	1,67	1,463	Ecrã FDS	♀	1,79	0,923	-2,328	737,000	0,020*	♂	1,95	0,982	Desporto	♀	2,15	4,652	-4,072	747,000	<0,001*	♂	3,42	3,741	Sono Semana	♀	8,22	1,449	-2,139	741,000	0,033*	♂	8,45	1,480	Sono FDS	♀	9,41	1,761	1,280	739,000	0,201	♂	9,24	1,876						
ED	♀	4,76	4,930	2,983	395,756	0,003*																																																																												
	♂	3,42	4,079				ES	♀	6,39	5,331	4,567	399,749	<0,001*	♂	4,23	4,175	Ecrã Semana	♀	1,51	0,841	-1,890	746,000	0,059	♂	1,67	1,463	Ecrã FDS	♀	1,79	0,923	-2,328	737,000	0,020*	♂	1,95	0,982	Desporto	♀	2,15	4,652	-4,072	747,000	<0,001*	♂	3,42	3,741	Sono Semana	♀	8,22	1,449	-2,139	741,000	0,033*	♂	8,45	1,480	Sono FDS	♀	9,41	1,761	1,280	739,000	0,201	♂	9,24	1,876																
ES	♀	6,39	5,331	4,567	399,749	<0,001*																																																																												
	♂	4,23	4,175				Ecrã Semana	♀	1,51	0,841	-1,890	746,000	0,059	♂	1,67	1,463	Ecrã FDS	♀	1,79	0,923	-2,328	737,000	0,020*	♂	1,95	0,982	Desporto	♀	2,15	4,652	-4,072	747,000	<0,001*	♂	3,42	3,741	Sono Semana	♀	8,22	1,449	-2,139	741,000	0,033*	♂	8,45	1,480	Sono FDS	♀	9,41	1,761	1,280	739,000	0,201	♂	9,24	1,876																										
Ecrã Semana	♀	1,51	0,841	-1,890	746,000	0,059																																																																												
	♂	1,67	1,463				Ecrã FDS	♀	1,79	0,923	-2,328	737,000	0,020*	♂	1,95	0,982	Desporto	♀	2,15	4,652	-4,072	747,000	<0,001*	♂	3,42	3,741	Sono Semana	♀	8,22	1,449	-2,139	741,000	0,033*	♂	8,45	1,480	Sono FDS	♀	9,41	1,761	1,280	739,000	0,201	♂	9,24	1,876																																				
Ecrã FDS	♀	1,79	0,923	-2,328	737,000	0,020*																																																																												
	♂	1,95	0,982				Desporto	♀	2,15	4,652	-4,072	747,000	<0,001*	♂	3,42	3,741	Sono Semana	♀	8,22	1,449	-2,139	741,000	0,033*	♂	8,45	1,480	Sono FDS	♀	9,41	1,761	1,280	739,000	0,201	♂	9,24	1,876																																														
Desporto	♀	2,15	4,652	-4,072	747,000	<0,001*																																																																												
	♂	3,42	3,741				Sono Semana	♀	8,22	1,449	-2,139	741,000	0,033*	♂	8,45	1,480	Sono FDS	♀	9,41	1,761	1,280	739,000	0,201	♂	9,24	1,876																																																								
Sono Semana	♀	8,22	1,449	-2,139	741,000	0,033*																																																																												
	♂	8,45	1,480				Sono FDS	♀	9,41	1,761	1,280	739,000	0,201	♂	9,24	1,876																																																																		
Sono FDS	♀	9,41	1,761	1,280	739,000	0,201																																																																												
	♂	9,24	1,876																																																																															

Legenda: YQOL – Questionário de Qualidade de vida para Adolescentes; EA – Ansiedade; ED – Depressão; ES – Stresse; Ecrã FDS – Horas de ecrã por dia ao fim de semana; Sono FDS – Horas de sono por dia ao fim de semana; *M* – Média; *DP* – Desvio-padrão; *t* – T-test; *df* – graus de liberdade; * $p<0,05$.

Relação entre a Qualidade de vida, os hábitos de uso de ecrã, os hábitos de sono e a perturbação psicológica

Realizámos, para cada género, testes de correlação de *Pearson*, de modo a avaliarmos a existência de relação entre o tempo de uso de ecrã, horas de desporto, horas de sono, as pontuações totais de cada uma das dimensões da EADS (depressão, ansiedade, stress) e as pontuações totais do Questionário de Qualidade de Vida.

Nas adolescentes do género feminino (tabela 2), no que se refere à qualidade de vida, observámos uma relação positiva e de fraca magnitude com o número de horas de sono por dia durante a semana ($r=0,148$, $p<0,05$), correlações negativas de fraca magnitude com o número de horas de ecrã por dia, durante a semana ($r=-0,185$, $p<0,01$) e fim de semana ($r=-0,215$, $p<0,01$) e correlações negativas e de moderada magnitude com a ansiedade ($r=-0,444$, $p<0,01$), depressão ($r=-0,658$, $p<0,01$) e stresse ($r=-0,484$, $p<0,01$). O número de horas de sono durante a semana correlacionou-se de forma fraca e negativa com a depressão ($r=-0,168$, $p<0,05$) e o stresse ($r=-0,163$, $p<0,05$). O número de horas de uso de ecrã durante a semana correlacionou-se de forma fraca e positiva com a ansiedade ($r=0,140$, $p<0,01$), depressão ($r=0,224$, $p<0,05$) e o stresse ($r=0,198$, $p<0,05$), assim como o número de horas de uso de ecrã durante o fim de semana se correlacionou de forma fraca e positiva com a ansiedade ($r=0,133$, $p<0,05$), depressão ($r=0,232$, $p<0,01$) e stresse ($r=0,201$, $p<0,01$). Não verificámos correlações estatisticamente significativas entre o desporto e as restantes variáveis.

Tabela 2. Correlações entre YQOL, EA, ED, sono, ecrã e desporto em adolescentes do género feminino.

	YQOL	Sono Semana	Sono FDS	Ecrã Semana	Ecrã FDS	Desporto	EA	ED
Sono Semana	0,148*							
Sono FDS	0,027	0,328**						
Ecrã Semana	-0,185**	-0,097	0,020					
Ecrã FDS	-0,215**	-0,129*	0,025	0,638**				
Desporto	0,057	-0,007	0,008	-0,050	-0,065			

EA	-0,444**	-0,058	0,101	0,140**	0,133*	-0,094		
ED	-0,658**	-0,168*	0,045	0,224*	0,232**	-0,125	0,734**	
ES	-0,484**	-0,163*	0,041	0,198*	0,201**	-0,125	0,813**	0,765**

Legenda: YQOL - Questionário de Qualidade de vida para Adolescentes; EA – Ansiedade; ED – Depressão; ES – Stresse; Ecrã FDS – Horas de ecrã por dia ao fim de semana; Sono FDS – Horas de sono por dia ao fim de semana; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$.

Nos adolescentes do género masculino (tabela 3), observámos uma relação negativa e moderada entre a qualidade de vida e a ansiedade ($r = -0,444$, $p < 0,01$), depressão ($r = -0,485$, $p < 0,01$) e stresse ($r = -0,458$, $p < 0,01$), tal como verificámos para o género feminino. Em relação às restantes variáveis, não observámos correlações estatisticamente significativas.

Tabela 3. Correlações entre YQOL, EA, ED, sono, ecrã e desporto em adolescentes do género masculino.

	YQOL	Sono Semana	Sono FDS	Ecrã Semana	Ecrã FDS	Desporto	EA	ED
Sono Semana	0,024							
Sono FDS	0,125	0,260**						
Ecrã Semana	0,064	-0,050	0,040					
Ecrã FDS	-0,057	-0,138*	-0,005	0,362**				
Desporto	-0,113	0,032	-0,031	0,060	0,080			
EA	-0,444**	-0,044	-0,008	-0,065	-0,107	-0,010		
ED	-0,485**	-0,107	-0,043	0,007	0,063	-0,061	0,734**	
ES	-0,458**	-0,058	-0,033	-0,030	-0,079	-0,017	0,824**	0,828**

Legenda: YQOL – Questionário de Qualidade de vida para Adolescentes; EA – Ansiedade; ED – Depressão; ES – Stresse; Ecrã FDS – Horas de ecrã por dia ao fim de semana; Sono FDS – Horas de sono por dia ao fim de semana; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$.

Análises de Regressão

Após as análises de correlação de *Pearson*, realizámos análises de Regressão Linear Múltipla para inferirmos quanta da variância da Qualidade de Vida (variável dependente, VD) pode ser explicada pelo conjunto das outras variáveis correlacionadas (variáveis independentes, VI), ou seja, quais delas podem ser consideradas preditores.

Dado que os resultados dos testes de correlações anteriormente realizados revelaram que os construtos em estudo se relacionaram entre si significativamente apenas nas raparigas, realizámos estas análises de regressão no género feminino.

Seguindo o pressuposto de multicolinearidade, segundo o qual, as potenciais VI não devem apresentar coeficientes de correlação elevados entre si ($> .70_{42}$), decidimos introduzir como VI as seguintes: Depressão (ED), Ansiedade (EA), Stresse (ES), tempo de ecrã durante a semana, tempo de ecrã durante o fim-de-semana e horas de sono durante a semana.

O modelo que englobou todas as variáveis independentes explicou 41.7% da variância total da qualidade de vida ($F=24.559$, $p < 0.001$), tendo as variáveis psicológicas Ansiedade (Beta= - 0.453, $p < .001$) e Depressão (Beta= - 0.680, $p < 0.001$) sido os únicos preditores independentes significativos. A análise das correlações parciais revelou que cada um destes preditores isoladamente (separando o efeito das outras variáveis predictoras) explicou respetivamente: 20.50% e 20.60%.

DISCUSSÃO

A OMS define Qualidade de Vida como a perceção pelo indivíduo da sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores em que vive, em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Diversos estudos mundiais já demonstraram existir uma relação dos hábitos de vida com a qualidade de vida (19) e com múltiplas patologias, incluindo a perturbação psicológica. Isto também se verifica na adolescência. (20)

O desenvolvimento tecnológico tem vindo a favorecer grandes avanços em múltiplas áreas, no entanto, a preferência, por parte dos adolescentes, do uso frequente dos ecrãs, tem resultado na adoção de hábitos de vida menos saudáveis. Por consequência, o uso de ecrã pode condicionar a menor prática desportiva, bem como uma diminuição do número de

horas de sono diárias. Esta interferência do uso de ecrã no sono pode ser explicada por vários mecanismos, incluindo a substituição das horas de sono por horas de uso de ecrã (21) e a supressão da produção de melatonina por estimulação da luz produzida pelos ecrãs, com conseqüente alteração da fisiologia do sono e do ritmo circadiano, já de si, frágil nesta fase do desenvolvimento humano. (22)

Tal como já fora demonstrado por *Iannotti et al*, relativamente à associação entre o uso de ecrã e uma pior qualidade de vida, (23) também nós verificámos que as adolescentes que afirmaram despende um maior número de horas no uso de ecrã, quer durante a semana quer ao fim de semana, reportaram uma pior qualidade de vida. O tempo despendido no uso de ecrã, ao substituir o tempo de convívio social com os pares, pode levar a um maior isolamento dos adolescentes. Além disto, o uso de ecrã pode propiciar estilos de vida mais sedentários, levando assim a uma diminuição da saúde física e psicológica que se pode traduzir numa diminuição da qualidade de vida. (24)

Concomitantemente, verificámos que um maior número de horas de sono diário se relacionou com uma melhor qualidade de vida. Tal facto está de acordo com os conhecimentos atuais sobre esta relação, também demonstrada por *Paiva et al*, que confirmou que o sono é um elemento essencial para o desenvolvimento saudável na adolescência, (25) sendo que a sua diminuição pode levar a um aumento da sonolência diurna, maior risco de acidentes e que, por si só, pode levar a uma perceção de uma pior qualidade de vida por parte dos adolescentes.

A privação do sono pode também causar alterações do humor e da memória, bem como aumentar a suscetibilidade a patologias do foro psicológico, como a ansiedade e as perturbações do humor. (26,27) A relação entre a diminuição do número de horas de sono e a psicopatologia já é bem conhecida no adulto, sendo que esta diminuição pode levar a dificuldades na regulação emocional e ao aumento da irritabilidade. Estas alterações emocionais podem precipitar perturbações do humor, sobretudo, em indivíduos mais suscetíveis. (28) Apesar de não existirem muitos estudos sobre esta fisiopatologia na adolescência, acreditamos que os mesmos mecanismos podem, também, estar na base desta relação.

No nosso estudo, a depressão e o stresse mostraram estar menos presentes nas adolescentes que referiram um maior número de horas de sono por dia. Já o maior uso de ecrã, independentemente de ser durante a semana ou fim-de-semana, mostrou estar relacionado com maiores pontuações em todas as dimensões de perturbação psicológica avaliadas no nosso estudo.

A perturbação psicológica na adolescência é atualmente preocupante, afetando um em cada seis adolescentes. (29) Já foi demonstrado, tanto para a população adulta como na população adolescente, que existe uma maior prevalência da depressão e da ansiedade no género feminino, sendo que esta diferença tende a denotar-se mais a partir da adolescência. (30)

Efetivamente, o nosso estudo demonstrou uma maior prevalência de depressão, ansiedade e stresse no género feminino. Esta diferença entre os dois géneros pode ser explicada por um modelo multifatorial que tem em consideração fatores afetivos, como a personalidade e o temperamento, biológicos, tais como a predisposição genética e as alterações hormonais, e cognitivos, que condicionam uma maior vulnerabilidade do género feminino para a depressão. (31) Esta maior prevalência justifica, também, que tenhamos verificado um maior número de correlações significativas entre as variáveis em estudo no género feminino quando comparado com o género masculino.

As doenças psiquiátricas, tal como a maioria das doenças crónicas, comprometem a vida de quem delas sofre, causando alguma incapacidade e, portanto, refletindo-se na diminuição da qualidade de vida percebida pelo doente. (32,33) Esta relação é apoiada pelo nosso estudo, em que a qualidade de vida reportada mostrou ser mais baixa nas adolescentes que obtiveram maiores pontuações nas áreas da depressão, ansiedade ou stresse. No género masculino, também se verificaram estas relações, sendo que os restantes hábitos de vida não pareceram relacionar-se, quer com alterações da qualidade de vida, quer com maior ou menor pontuação nas subescalas do Questionário EADS, para este género.

Autores como *McMahon et al* e *Stavrakakis et al*, demonstraram que uma melhor saúde mental também está relacionada com a prática desportiva, ou seja, uma maior frequência de atividade física mostrou estar associada a menores níveis de depressão e ansiedade. (20,34) Inclusive, *Stavrakakis et al* verificaram que a relação entre o número de horas de desporto e a depressão era bidirecional. (34) Contudo, não verificámos nenhuma correlação entre o número de horas de desporto e as dimensões do EADS. Além disto, apesar de vários estudos, como o de *Muros et al*, demonstrarem existir uma relação positiva entre a prática desportiva e uma melhor qualidade de vida, (35) a nossa amostra não mostrou uma relação significativa entre estas duas variáveis.

Quando considerámos a relação entre a qualidade de vida e o conjunto das variáveis, depressão, ansiedade, stresse, tempo de ecrã durante a semana, tempo de ecrã durante o fim-de-semana e horas de sono durante a semana, verificámos que parte da diferença da qualidade de vida (41,7%) podia ser explicada por todo este conjunto de

variáveis. No entanto, foram a ansiedade e a depressão, aquelas que tiveram um peso significativo para uma pior qualidade de vida. Uma vez que o estudo é transversal, não é possível identificar se a perturbação psicológica é causa ou consequência. De qualquer forma, os jovens que expressaram pontuações mais elevadas no EADS revelaram pior qualidade de vida, mostrando a importância da saúde mental para o bem estar do indivíduo.

Poderemos considerar como ponto forte do nosso trabalho o facto de a amostra ter sido selecionada aleatoriamente, incluindo centenas de participantes de ambos os géneros (410 raparigas e 357 rapazes), o que permite generalizar os resultados para a população com as mesmas características.

Dentro das limitações não podemos deixar de apontar o carácter observacional e transversal do nosso estudo que não permite inferir relações temporais e direccionais de causalidade. Para tal, seriam necessários estudos longitudinais. Outra limitação do nosso estudo prende-se com o facto de os dados terem sido obtidos por questionários preenchidos pelos próprios adolescentes, o que pode ter conduzido a alguma subjetividade das respostas aos mesmos.

Apesar das eventuais limitações, o nosso trabalho vem contribuir para uma melhor compreensão da relação entre os hábitos de sono, a prática de desporto e o uso de ecrã, com a qualidade de vida e, ainda, com a perturbação psicológica, algo que, até agora, foi pouco estudado em Portugal. Esperamos contribuir para que, futuramente, haja evidência científica mais robusta sobre estes tópicos, permitindo que sejam planeadas estratégias que levem ao melhor controlo dos estilos de vida dos adolescentes, de modo a promover a saúde e prevenir o surgimento de perturbações psicológicas.

CONCLUSÃO

O tempo de sono associou-se a uma melhor qualidade de vida nos nossos adolescentes diminuindo o risco de ansiedade, depressão e stresse. De forma oposta, o uso excessivo de ecrã retirou qualidade de vida aos nossos jovens, facilitando o surgimento de perturbação psicológica. Durante a adolescência são consolidados hábitos de vida que, quer durante esta fase do desenvolvimento humano, quer a longo prazo, podem afetar seriamente a saúde mental.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. The WHOQOL Group (1994). The Development of the World Health Organization Quality of Life Assessment Instrument (the WHOQOL). In: Quality of Life Assessment: International Perspectives [Internet]. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg; 1994. p. 41–57. Available from: https://doi.org/10.1007/978-3-642-79123-9_4
2. Chen H, Cohen P, Kasen S, Johnson JG, Berenson K, Gordon K. Impact of Adolescent Mental Disorders and Physical Illnesses on Quality of Life 17 Years Later. *Arch Pediatr Adolesc Med* [Internet]. 2006 Jan 1;160(1):93–99. Available from: <http://archpedi.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/archpedi.160.1.93>
3. Rajmil L, Palacio-Vieira JA, Herdman M, López-Aguilà S, Villalonga-Olives E, Valderas JM, et al. Effect on Health-related Quality of Life of changes in mental health in children and adolescents. *Health Qual Life Outcomes* [Internet]. 2009 Dec 23;7(1):103. Available from: <https://hqlo.biomedcentral.com/articles/10.1186/1477-7525-7-103>
4. Moeijes J, van Busschbach JT, Wieringa TH, Kone J, Bosscher RJ, Twisk JWR. Sports participation and health-related quality of life in children: results of a cross-sectional study. *Health Qual Life Outcomes* [Internet]. 2019 Dec 15;17(1):64. Available from: <https://hqlo.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12955-019-1124-y>
5. Wu XY, Han LH, Zhang JH, Luo S, Hu JW, Sun K. The influence of physical activity, sedentary behavior on health-related quality of life among the general population of children and adolescents: A systematic review. van Wouwe JP, editor. *PLoS One* [Internet]. 2017 Nov 9;12(11):e0187668. Available from: <https://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0187668>
6. Mireku MO, Barker MM, Mutz J, Dumontheil I, Thomas MSC, Rösli M, et al. Night-time screen-based media device use and adolescents' sleep and health-related quality of life. *Environ Int* [Internet]. 2019 Mar;124(January):66–78. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.envint.2018.11.069>
7. Paiva T, Gaspar T, Matos MG. Sleep deprivation in adolescents: correlations with health complaints and health-related quality of life. *Sleep Med* [Internet]. 2015 Apr;16(4):521–7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.sleep.2014.10.010>
8. Baum KT, Desai A, Field J, Miller LE, Rausch J, Beebe DW. Sleep restriction worsens mood and emotion regulation in adolescents. *J Child Psychol Psychiatry Allied Discip* [Internet]. 2014 Feb;55(2):180–90. Available from:

<http://doi.wiley.com/10.1111/jcpp.12125>

9. Hrafnkelsdottir SM, Brychta RJ, Rognvaldsdottir V, Gestsdottir S, Chen KY, Johannsson E, et al. Less screen time and more frequent vigorous physical activity is associated with lower risk of reporting negative mental health symptoms among Icelandic adolescents. van Amelsvoort T, editor. *PLoS One* [Internet]. 2018 Apr 26;13(4):e0196286. Available from: <https://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0196286>
10. Roberts RE, Duong HT. The Prospective Association between Sleep Deprivation and Depression among Adolescents. *Sleep* [Internet]. 2014 Feb 1;37(2):239–44. Available from: <https://doi.org/10.5665/sleep.3388>
11. Wang C, Li K, Kim M, Lee S, Seo DC. Association between psychological distress and elevated use of electronic devices among U.S. adolescents: Results from the youth risk behavior surveillance 2009-2017. *Addict Behav* [Internet]. 2019;90(August 2018):112–8. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2018.10.037>
12. Kremer P, Elshaug C, Leslie E, Toumbourou JW, Patton GC, Williams J. Physical activity, leisure-time screen use and depression among children and young adolescents. *J Sci Med Sport* [Internet]. 2014;17(2):183–7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jsams.2013.03.012>
13. He J-P, Paksarian D, Merikangas KR. Physical Activity and Mental Disorder Among Adolescents in the United States. *J Adolesc Heal* [Internet]. 2018 Nov;63(5):628–35. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2018.05.030>
14. Patrick DL, Edwards TC, Topolski TD. Adolescent quality of life, part II: Initial validation of a new instrument. *J Adolesc*. 2002;25(3):287–300.
15. Mendes S, Cunha M, Xavier A, Couto M, Galhardo A. Validação do Youth Quality of Life Instrument (YQOL-R) para a população portuguesa. *Rev Port Investig Comport e Soc*. 2015;1(2):58–68.
16. Lovibond PF, Lovibond SH. The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behav Res Ther* [Internet]. 1995 Mar;33(3):335–43. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/000579679400075U>
17. Pais-Ribeiro J, Honrado A, Leal I. Contribution to the Adaptation study of the Portuguese Adaptation of the Lovibond and Lovibond Depression Anxiety Stress Scales (EADS) with 21 items. *Psicol Saúde Doenças*. 2004;5(2):229–39.
18. Taylor R. Interpretation of the Correlation Coefficient: A Basic Review. *J Diagnostic*

- Med Sonogr [Internet]. 1990 Jan;6(1):35–9. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/875647939000600106>
19. Ge Y, Xin S, Luan D, Zou Z, Liu M, Bai X, et al. Association of physical activity, sedentary time, and sleep duration on the health-related quality of life of college students in Northeast China. *Health Qual Life Outcomes*. 2019;17(1):1–8.
 20. McMahon EM, Corcoran P, O'Regan G, Keeley H, Cannon M, Carli V, et al. Physical activity in European adolescents and associations with anxiety, depression and well-being. *Eur Child Adolesc Psychiatry* [Internet]. 2017 Jan 9;26(1):111–22. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s00787-016-0875-9>
 21. LeBourgeois MK, Hale L, Chang A-M, Akacem LD, Montgomery-Downs HE, Buxton OM. Digital Media and Sleep in Childhood and Adolescence. *Pediatrics* [Internet]. 2017 Nov 1;140(Supplement 2):S92–6. Available from: <http://pediatrics.aappublications.org/lookup/doi/10.1542/peds.2016-1758J>
 22. Hale L, Kirschen GW, LeBourgeois MK, Gradisar M, Garrison MM, Montgomery-Downs H, et al. Youth Screen Media Habits and Sleep. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* [Internet]. 2018 Apr;27(2):229–45. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1056499317301384>
 23. Iannotti RJ, Kogan MD, Janssen I, Boyce WF. Patterns of Adolescent Physical Activity, Screen-Based Media Use, and Positive and Negative Health Indicators in the U.S. and Canada. *J Adolesc Heal* [Internet]. 2009 May;44(5):493–9. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1054139X08005855>
 24. Lacy KE, Allender SE, Kremer PJ, De Silva-Sanigorski AM, Millar LM, Moodie ML, et al. Screen time and physical activity behaviours are associated with health-related quality of life in Australian adolescents. *Qual Life Res*. 2012;21(6):1085–99.
 25. Tarokh L, Saletin JM, Carskadon MA. Sleep in adolescence: Physiology, cognition and mental health. *Neurosci Biobehav Rev* [Internet]. 2016 Nov;70(3):182–8. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0149763416302664>
 26. Au R, Carskadon M, Millman R, Wolfson A, Braverman PK, Adelman WP, et al. School Start Times for Adolescents. *Pediatrics* [Internet]. 2014 Sep 1;134(3):642–9. Available from: <http://pediatrics.aappublications.org/cgi/doi/10.1542/peds.2014-1697>
 27. Hestetun I, Svendsen MV, Oellingrath IM. Sleep problems and mental health among young Norwegian adolescents. *Nord J Psychiatry* [Internet]. 2018 Nov 17;72(8):578–85. Available from: <https://doi.org/10.1080/08039488.2018.1499043>

28. Walker MP, van der Helm E. Overnight therapy? The role of sleep in emotional brain processing. *Psychol Bull* [Internet]. 2009;135(5):731–48. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2890316/pdf/nihms206917.pdf>
29. World Health Organization. Adolescent mental health [Internet]. 2020 [cited 2021 Jan 14]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
30. Salk RH, Hyde JS, Abramson LY. Gender differences in depression in representative national samples: Meta-analyses of diagnoses and symptoms. *Psychol Bull* [Internet]. 2017 Aug;143(8):783–822. Available from: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/bul0000102>
31. Hyde JS, Mezulis AH, Abramson LY. The ABCs of depression: Integrating affective, biological, and cognitive models to explain the emergence of the gender difference in depression. *Psychol Rev* [Internet]. 2008 Apr;115(2):291–313. Available from: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/0033-295X.115.2.291>
32. Ferrari AJ, Charlson FJ, Norman RE, Patten SB, Freedman G, Murray CJL, et al. Burden of Depressive Disorders by Country, Sex, Age, and Year: Findings from the Global Burden of Disease Study 2010. Hay PJ, editor. *PLoS Med* [Internet]. 2013 Nov 5;10(11):e1001547. Available from: <https://dx.plos.org/10.1371/journal.pmed.1001547>
33. Sagar R, Dandona R, Gururaj G, Dhaliwal RS, Singh A, Ferrari A, et al. The burden of mental disorders across the states of India: the Global Burden of Disease Study 1990–2017. *The Lancet Psychiatry* [Internet]. 2020 Feb;7(2):148–61. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2215036619304754>
34. Stavrakakis N, de Jonge P, Ormel J, Oldehinkel AJ. Bidirectional Prospective Associations Between Physical Activity and Depressive Symptoms. The TRAILS Study. *J Adolesc Heal* [Internet]. 2012 May;50(5):503–8. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1054139X11003144>
35. Muros JJ, Salvador Pérez F, Zurita Ortega F, Gámez Sánchez VM, Knox E. The association between healthy lifestyle behaviors and health-related quality of life among adolescents. *J Pediatr (Rio J)* [Internet]. 2017 Jul;93(4):406–12. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jped.2016.10.005>

ANEXOS

Anexo I - Parecer C. Ética Faculdade de Medicina Universidade Coimbra



FMUC FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

COMISSÃO DE ÉTICA DA FMUC

Of. Ref^o **093-CE-2015**

Data **07/09/2015**

C/C aos Exmos. Senhores
Investigadores e co-investigadores

Exmo Senhor
Prof. Doutor Joaquim Neto Murta
Director da Faculdade de Medicina de
Universidade de Coimbra

Assunto: Pedido de parecer à Comissão de Ética - Projecto de Investigação autónomo (ref^o CE-098/2015).

Investigador(a) Principal: Maria del Carmen Bento Teixeira

Co-Investigador(es): Ana Sofia Félix Morais, Jorge Manuel Tavares Lopes de Andrade Saraiva, Célia Maria de Oliveira Carvalho e António Ferreira de Macedo

Título do Projecto: "Desregulação emocional e comportamental numa população escolar".

A Comissão de Ética da Faculdade de Medicina, após análise do projecto de investigação supra identificado, decidiu emitir o parecer que a seguir se transcreve: "**Parecer favorável**".

Queira aceitar os meus melhores cumprimentos

O Presidente,


Prof. Doutor João Manuel Pedroso de Lima

GC

SERVIÇOS TÉCNICOS DE APOIO À GESTÃO - STAG - COMISSÃO DE ÉTICA

Pálo das Ciências da Saúde - Unidade Central

Azinhaga de Santa Comba, Calas, 3000-354 COIMBRA - PORTUGAL

Tel.: +351 239 857 707 (Ext. 542707) | Fax: +351 239 823 236

E-mail: comissaetica@fmed.uc.pt | www.fmed.uc.pt

Anexo II - Consentimento Informado



FMUC FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

ESTUDO: DESREGULAÇÃO EMOCIONAL E COMPORTAMENTAL NUMA POPULAÇÃO ESCOLAR

É convidado(a) a participar voluntariamente neste estudo porque é pai/mãe de um estudante do ensino básico/secundário e encarregado de educação. Este procedimento é chamado consentimento informado e descreve a finalidade do estudo, os procedimentos, os possíveis benefícios e riscos. A sua participação poderá contribuir para melhorar o conhecimento sobre o grau de desregulação emocional (como a agressividade, a auto-lesão, a ideação suicida) e o grau de desregulação comportamental (como a dependência da internet e dos jogos de computador, o cyberbullying e o bullying) em adolescentes da cidade de Coimbra e a sua associação com o controlo e perfeccionismo parentais.

Este estudo irá decorrer na Clínica Universitária de Pediatria e no Serviço de Psicologia Médica da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, como parte de um trabalho da Agência para a Prevenção da Violência em crianças e jovens. Trata-se de um estudo observacional, que não terá nenhuma implicação na sua vida. Este estudo foi aprovado pela Comissão de Ética da Faculdade Medicina da Universidade de Coimbra (FMUC) de modo a garantir a proteção dos direitos, segurança e bem-estar de todos os participantes incluídos e garantir prova pública dessa proteção. Serão incluídos cerca de 1500 estudantes e os seus pais.

A participação consiste no preenchimento de um conjunto de questionários sobre pensamentos, comportamentos e maneiras de ser. Não há respostas certas ou erradas. O que interessa é que cada um responda como de facto se aplica a si. Os pais farão o preenchimento em casa. Os jovens farão o preenchimento na escola. Se aceitar participar, voltaremos a solicitar o preenchimento de um questionário daqui a aproximadamente a seis semanas (pais e educandos) e a entrega e recolha destes será feita do mesmo modo. **Para fins de emparelhamento dos questionários, será solicitado ao seu educando (e a si), que fixe os 4 dígitos que aparecem no início do primeiro questionário os quais deverá usar nos questionários seguintes.**

A participação é voluntária. É inteiramente livre de aceitar ou recusar participar neste estudo. Pode retirar o seu consentimento em qualquer altura sem qualquer consequência para si, sem precisar de explicar as razões, sem qualquer penalidade ou perda de benefícios e sem comprometer a sua relação com o Investigador que lhe propõe a participação neste estudo.

Os seus registos manter-se-ão confidenciais e anonimizados de acordo com os regulamentos e leis aplicáveis. Necessitamos de grandes amostras e as respostas não serão analisadas individualmente. Os dados serão informatizados para podermos proceder ao seu tratamento estatístico. A sua participação não acarreta qualquer risco.

CONSENTIMENTO INFORMADO

De acordo com a Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial e suas atualizações:

1. Declaro ter lido este formulário e aceito de forma voluntária participar neste estudo.
2. Fui devidamente informado(a) da natureza, objetivos, riscos, duração provável do estudo, bem como do que é esperado da minha parte.
3. Tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o estudo e percebi as respostas e as informações que me foram dadas.
4. Os meus dados serão mantidos estritamente confidenciais. Autorizo a consulta dos meus dados apenas por pessoas designadas pelo promotor e por representantes das autoridades reguladoras.
5. Aceito seguir todas as instruções que me forem dadas durante o estudo.
6. Autorizo o uso dos resultados do estudo para fins exclusivamente científicos.
7. Aceito que os dados gerados durante o estudo sejam informatizados pelo promotor ou outrem por si designado. Eu posso exercer o meu direito de retificação e/ ou oposição.
8. Tenho conhecimento que sou livre de desistir do estudo a qualquer momento, sem ter de justificar a minha decisão e sem comprometer a qualidade dos meus cuidados médicos.

Nome do Jovem _____

Assinatura do encarregado de educação _____

Assinatura do jovem: _____ Data: ____/____/____

Rasgar por aqui _____

Desregulação Emocional e Comportamental numa População Escolar.

Assinatura do Investigador: _____

CONTACTOS

Se tiver perguntas relativas aos seus direitos como participante deste estudo, deve contactar: Presidente da Comissão de Ética da FMUC, Azinhaga de Santa Comba, Celas – 3000-548 Coimbra Telefone: 239 857 707; e-mail: comissaetica@fmed.uc.pt

Se tiver questões sobre este estudo deve contactar: Investigadora: Maria Del Carmen Bento Teixeira, Clínica Universitária de Pediatria, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Avenida Afonso Romão, Alto da Baleia, 3000-602 Coimbra Telefone: 239 480 400; e-mail: mteixeira@fmed.uc.pt