



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Ciências Sociais e Humanas

Comportamentos de Saúde e Bem-Estar Psicológico em Adolescentes

Ana Raquel Sousa e Silva

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Psicologia Clínica e da Saúde
(2º ciclo de estudos)

Orientadora: Prof. Doutora Cláudia Mendes Silva

Covilhã, outubro de 2018

Agradecimentos

Aos meus pais, por todo o apoio prestado ao longo dos anos, essencialmente durante a minha formação académica, pelo carinho que transmitiram, pela escuta, pelo empenho, pela confiança e pelo esforço que fizeram para que pudesse chegar a este tão aguardado momento. Ao meu irmão, pela ajuda, apoio e pela paciência.

Aos meus amigos, que me acompanharam e me apoiaram ao longo de todos os anos, por acreditarem em mim, pela amizade, pelas partilhas e pelas gargalhadas. Um obrigado especial aos que estiveram presentes durante este ano e que estiveram sempre dispostos a ajudar.

À Professora Doutora Cláudia Mendes Silva agradeço pela orientação e apoio prestados, pelo esforço, pela paciência, pelos conhecimentos transmitidos e, sobretudo, pela disponibilidade.

Resumo

A presente investigação foca-se no bem-estar psicológico dos adolescentes e nos fatores que podem exercer influência neste, como os comportamentos de saúde adotados por esta população, incluindo a qualidade de sono. Deste modo, o principal objetivo deste estudo consiste na análise da relação existente entre os comportamentos de saúde e os níveis de Bem-Estar Psicológico dos adolescentes.

O protocolo de recolha de dados foi composto por três instrumentos de autorresposta: Questionário Sociodemográfico, Escala de Promoção de Saúde em Adolescentes (EPSA), Escala de Avaliação da Qualidade do Sono na Adolescência (AQSA) e Escala de Medida de Manifestação de Bem-Estar Psicológico (EMMBEP). A amostra é composta por 118 participantes (65 do género masculino e 53 do género feminino), a frequentar o 3º ciclo de estudos e o secundário, e foi recolhida presencialmente com os alunos de uma escola de Pinhel e em Mangualde. A média de idades dos participantes é de 15 anos, com cerca 63% a frequentar o 9º ano de escolaridade.

De acordo com os dados obtidos verificou-se que os níveis de Bem-Estar Psicológico são mais elevados no género masculino. Além disso, observam-se influências significativas ao nível da relação existente entre os comportamentos de saúde e o Bem-Estar Psicológico, nomeadamente no que concerne ao exercício físico e suporte social, indo ao encontro da literatura. Contrariamente à revisão da literatura, que sugere que a qualidade de sono influencia os níveis de Bem-Estar Psicológico dos adolescentes, os resultados obtidos não o demonstram.

Palavras-chave

Comportamentos de Saúde, Qualidade de Sono, Bem-Estar Psicológico e Adolescentes.

Abstract

The present research focuses on the psychological well-being of adolescents and on factors that may influence it, such as health behaviors adopted by this population, including sleep quality. Thus, this research aims to analyze the relationship between health behaviors and adolescents' levels of psychological well-being.

The data collection protocol was composed of three self-answering instruments: Sociodemographic Questionnaire, Adolescence Health Promotion Scale (EPSA), Adolescence Sleep Quality Assessment Scale (AQSA) and Welfare Manifestation Measurement Scale Psychological (EMMBEP). The sample is comprised of 118 participants (65 boys and 53 girls), attending the 3rd cycle of studies and the secondary school, and was collected in person with students of an school of Pinhel and in Mangualde. The average age of the participants was 15 years old, with 63% attending the 9th grade.

According to the data obtained it was verified that the levels of psychological well-being are higher in male students. In addition, there are significant influences on the relationship between health behaviors and Psychological Well-Being, in particular regarding physical exercise and social support, which is in accordance to the literature. Contrarily to the literature review, which suggests that sleep quality influences adolescents' levels of Psychological Well-Being, the results obtained do not demonstrate this.

Keywords

Health Behaviors, Sleep Quality, Psychological Well-Being and Adolescents.

Índice

Introdução.....	1
Capítulo 1 - Enquadramento Teórico.....	3
1.1. Saúde	3
1.1.1. Promoção da saúde e prevenção da doença	4
1.2. Comportamentos de saúde na adolescência	6
1.2.1. Adolescência	6
1.2.2. Comportamentos de saúde	6
1.3. O sono	14
1.3.1. Qualidade e duração do sono	15
1.3.2. Fatores de privação do sono	17
1.3.3. Hábitos de sono em crianças e adolescentes	18
1.4. Bem-estar	21
1.4.1. Bem-estar geral	21
1.4.2. Bem-estar subjetivo (BES).....	22
1.4.3. Bem-estar psicológico (BEP)	23
1.5. Teoria da autodeterminação (TAD).....	29
1.5.1. Necessidades psicológicas básicas	31
Capítulo 2 - Estudo Empírico.....	33
2.1. Caracterização metodológica do estudo.....	33
2.1.1. Objetivos	34
2.2. Método.....	35
2.2.1. Participantes.....	35
2.2.2. Instrumentos	38
2.2.3. Procedimentos de investigação	41
2.2.4. Procedimentos estatísticos e análise de dados	42
Capítulo 3 - Resultados	43
3.1. Análises estatísticas preliminares.....	43
3.2. Estatísticas descritivas.....	45
3.3. Estatísticas inferenciais	47
3.3.1 Diferenças no BEP entre grupos em função do género e da faixa etária.....	47
3.3.2 Diferenças no BEP entre grupos em função das habilitações literárias dos encarregados de educação	50
3.3.3. Diferenças no BEP entre grupos em função da prática de atividades extracurriculares	50
3.3.4. Associação entre Qualidade de Sono e Bem-Estar Psicológico.....	51
3.3.5 Associação entre Comportamentos de Saúde e Bem-Estar Psicológico	53
Capítulo 4 - Discussão.....	57

4.1. Limitações	62
4.2. Conclusões	63
Referências Bibliográficas.....	65
Anexos	73
Anexo 1 - Questionário Sociodemográfico	75
Anexo 2 - Pedido de Autorização para os Colégios	77
Anexo 3 - Colaboração em Projeto de Investigação.....	79

Lista de Figuras

Figura 1. Dimensões fundamentais do bem-estar psicológico e fundamentos teóricos (Ryff & Singer, 2008).

Figura 2. *Continuum* de autodeterminação (Deci & Ryan, 2000).

Lista de Tabelas

- Tabela 1. Caracterização dos Dados Sociodemográficos dos Participantes
- Tabela 2. Caracterização dos Participantes Segundo a Existência de Problemas de Saúde Crónicos, Acompanhamento Psicológico e Problemas de Obesidade
- Tabela 3. Caracterização dos Encarregados de Educação Segundo a Idade, Género e Habilitações Literárias
- Tabela 4. Normalidade da Distribuição dos Dados nas Dimensões da EPSA, AQSA e EMMBEP
- Tabela 5. Valores de Alfa de Cronbach do Instrumento EPSA, AQSA e EMMBEP
- Tabela 6. Estatísticas Descritivas da EPSA, AQSA e EMMBEP
- Tabela 7. Diferenças de Género na EPSA e AQSA
- Tabela 8. Diferenças de Género nos Níveis de Bem-Estar Psicológico (EMMBEP)
- Tabela 9. Diferenças da Faixa Etária na EPSA e na AQSA
- Tabela 10. Diferenças nos Níveis de Bem-Estar Psicológico Consoante a Faixa Etária
- Tabela 11. Diferenças nos Níveis de Bem-Estar Psicológico Consoante as Habilitações Literárias dos Encarregados De Educação
- Tabela 12. Diferenças nos Níveis de Bem-Estar Psicológico Consoante a Prática de Atividades Extracurriculares
- Tabela 13. Correlação Entre as Dimensões da Escala de Bem-Estar Psicológico e das dimensões da AQSA (Correlação de Pearson)
- Tabela 14. Diferenças nos Níveis de Bem-Estar Psicológico Consoante a Qualidade de Sono dos Participantes
- Tabela 15. Correlação Entre as Dimensões da Escala de Bem-Estar Psicológico e a EPSA (Correlação de Pearson)
- Tabela 16. Correlação Entre a Dimensão Exercício Físico (EPSA) e a Escala de Bem-Estar Psicológico (Correlação de Pearson)
- Tabela 17. Correlação Entre a Dimensão Nutrição (EPSA) e a Escala de Bem-Estar Psicológico (Correlação de Pearson)
- Tabela 18. Correlação Entre a Dimensão Responsabilidade pela Saúde (EPSA) e a Escala de Bem-Estar Psicológico (Correlação de Pearson)
- Tabela 19. Correlação Entre a Dimensão Suporte Social (EPSA) e a Escala de Bem-Estar Psicológico (Correlação de Pearson)

Lista de Acrónimos

WHO	<i>World Health Organization</i>
BES	Bem-estar subjetivo
BEP	Bem-estar psicológico
EBEP	Escala de Bem-Estar Psicológico
PWBS	<i>Psychological Well-Being Scale</i>
TAD	Teoria da autodeterminação
EPSA	Escala de Promoção de Saúde em Adolescentes
EAQSA	Escala de Avaliação da Qualidade do Sono na Adolescência
EMMBEP	Escala de Medida de Manifestação de Bem-Estar Psicológico
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>

Introdução

A adolescência é um período de desenvolvimento, crescimento e de aprendizagem, um período onde surgem novos desafios para o adolescente e, ainda, um período de grande suscetibilidade à influência do meio, maioritariamente, dos pares, pelo tempo que passam no contexto escolar. Esta influência exerce um papel crucial na adoção, por parte dos adolescentes, de comportamentos de promoção ou de risco para a saúde, que por sua vez irão influenciar o seu bem-estar (Tomé, Camacho, Matos, & Simões, 2015).

O bem-estar psicológico está relacionado com a capacidade dos indivíduos de enfrentarem os acontecimentos que surgem ao longo da vida (Siqueira & Padovam, 2008). Nos adolescentes o bem-estar psicológico pode estar associado à satisfação que têm com a vida e é influenciado pelos diversos comportamentos que estes adotam (Heizomi, Allaverdopiur, Jafarabadi & Safaian, 2015). Desta forma, os comportamentos de saúde são comportamentos adotados pelos indivíduos com o objetivo de proteger e promover a sua saúde, como a prática regular de exercício físico, alimentação saudável, sem consumo de tabaco ou de álcool e comportamentos sexuais seguros (Carter, McGee, Taylor & Williams, 2007). Contudo, existem comportamentos de risco que terão consequências negativas no bem-estar psicológico dos adolescentes como o sedentarismo e o consumo de tabaco e de bebidas alcoólicas (Silva et al., 2007).

Um outro aspeto relevante na adolescência é o sono, neste caso, a qualidade do sono, que está relacionada com a sensação que o adolescente tem ao acordar, nomeadamente se se encontra satisfeito ou não com o seu sono noturno. Na adolescência a qualidade de sono pode variar bastante, tendo um impacto negativo na saúde física e mental do adolescente, e neste caso, no bem-estar do mesmo (Owens, 2014). Daí ser igualmente importante determinar se a qualidade do sono dos adolescentes se relaciona com o bem-estar psicológico.

Deste modo, a presente investigação teve como objetivo geral fornecer uma melhor compreensão acerca do Bem-Estar Psicológico dos adolescentes, avaliando se existe uma relação entre esta variável e os comportamentos de saúde e a qualidade do sono dos participantes. Para uma melhor compreensão da temática em estudo, os dados obtidos serão cruzados com variáveis sociodemográficas, como o género, faixa etária, a prática de atividades extracurriculares e as habilitações literárias dos encarregados de educação.

Para tal, no sentido de obter uma melhor compreensão e de cumprir o objetivo a que se propõe, este estudo está organizado em três capítulos distintos. No Capítulo 1, Enquadramento Teórico, serão abordados os construtos em questão, fazendo uma revisão da literatura até ao momento. Primeiramente, será apresentada alguma informação acerca da

saúde e dos comportamentos promotores de saúde e de risco que surgem na adolescência. Seguidamente, será apresentado a definição de sono, da qualidade e duração de sono nos adolescentes, bem como um conjunto de fatores de privação do sono dos mesmos. Por fim, será apresentado o conceito de bem-estar, centrando-se no bem-estar psicológico, no seu modelo e nos fatores que podem influenciar o bem-estar psicológico dos adolescentes.

No Capítulo 2, Estudo Empírico, será feita a caracterização do estudo e dos seus objetivos, descritas as hipóteses, a amostra e os instrumentos de avaliação utilizados, bem como dos procedimentos de investigação e da análise de dados adotados.

No Capítulo 3, Resultados, serão descritos os resultados obtidos de acordo com a análise estatística dos dados recolhidos.

Por último, no Capítulo 4, Discussão, serão interpretados os resultados obtidos no tópico anterior e analisados de acordo com a literatura científica acerca do tema em questão, sendo também apresentadas as principais conclusões e limitações referentes ao estudo.

Capítulo 1 - Enquadramento Teórico

Neste primeiro capítulo é apresentada uma pequena revisão da literatura acerca dos comportamentos de saúde dos adolescentes, focando-se, principalmente, nos comportamentos de risco adotados pelos adolescentes, nos hábitos de sono e no bem-estar psicológico dos mesmos. O capítulo irá iniciar com uma pequena definição de saúde, promoção da mesma e prevenção da doença, passando depois para a caracterização dos comportamentos de saúde adotados pelos adolescentes.

1.1. Saúde

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a saúde não é apenas a ausência de doença, mas sim um estado de bem-estar físico, mental e social. É entendida como o estado de pleno desenvolvimento das capacidades físicas, mentais e sociais do indivíduo, onde a carga genética e a busca de um equilíbrio permanente com o ambiente são considerados como os principais fatores (Segre & Ferraz, 1997). O entendimento acerca da saúde não passa simplesmente pelos níveis de prevenção primária, relacionada com o evitar riscos profissionais, doenças ou acidentes, a prevenção secundária, que se refere ao tratar a doença ou reparar a incapacidade e, por fim, a prevenção terciária, que tem como objetivo atenuar os efeitos da doença. Este conceito vai muito mais além, colocando questões acerca de como é que o indivíduo realiza as suas potencialidades de saúde e como é que responde às exigências físicas, biológicas, psicológicas e sociais, num ambiente que se encontra em constante mudança (Segre & Ferraz, 1997).

Quando ouvimos falar em saúde, ouvimos, igualmente, falar acerca do modelo biomédico, o primeiro modelo que apareceu relacionado com a saúde. O modelo biomédico ordena que a doença seja tratada como uma entidade separada e independente do comportamento social, tendo sido essencialmente desenvolvido por médicos cientistas para o estudo da doença. Este modelo reducionista centra-se muito na doença e na prática da medicina, dando pouca atenção e importância à dimensão mais social da saúde (Engel, 1977). Em 1977, Engel propôs um modelo alternativo ao biomédico, o modelo biopsicossocial. Este modelo defende que a saúde e a doença não podem apenas focar-se nas vertentes biológicas ou orgânicas - como proposto pelo modelo biomédico -, mas sim que os sujeitos devem passar a avaliar a sua saúde não só através de uma dimensão mais biológica, mas também através de uma dimensão psicológica e social (Cerqueira-Silva, Dessen, & Júnior, 2011). Ainda exige a avaliação do sujeito em diversos níveis, desde o aspeto da doença, o comportamento do próprio indivíduo (doente), o contexto social, familiar e cultural, até ao próprio sistema de saúde. Desta forma,

é possível perceber que quando se estuda a doença é necessário incluir o indivíduo, o seu corpo e o seu ambiente envolvente, sendo estes os componentes essenciais de um sistema.

Atualmente ouve-se falar em prevenir e promover a saúde, sendo, assim, necessário esclarecer o que estes conceitos significam quando relacionados com a saúde.

1.1.1. Promoção da saúde e prevenção da doença

A saúde, no contexto de promoção da saúde, já não é considerada como um estado abstrato, mas sim como um meio para atingir um fim, que pode ser expresso em termos funcionais. Esta é vista como um recurso para a vida quotidiana, sendo um conceito positivo que enfatiza os recursos pessoais e sociais, bem como as capacidades físicas do indivíduo (Ribeiro, 2015; World Health Organization [WHO], 1998). Para além disso, esta é considerada a abordagem mais rentável para melhorar o bem-estar e a qualidade de vida dos indivíduos (Sousa, Gaspar, Fonseca, Hendricks, & Murdaugh, 2015). Como parte integrante do conceito de saúde está incluída a saúde mental, que se encontra completamente associada à saúde física e ao comportamento do sujeito, e que vai para além da ausência de doença mental (Ribeiro, 2015).

A promoção da saúde engloba ações para o fortalecimento das competências dos indivíduos e ações voltadas para as mudanças das condições sociais e ambientais (WHO, 1998). Para o indivíduo atingir um estado de pleno bem-estar físico, mental e social é necessário que este satisfaça as suas necessidades, modifique, favoravelmente, o meio que o rodeia e saiba identificar aspirações (WHO, 1986).

O conceito *promoção da saúde* atual, que tem como documento fundador a Carta de Ottawa (WHO, 1986), está associado a um conjunto de valores como a qualidade de vida, a saúde, a solidariedade e equidade, a democracia, a cidadania, o desenvolvimento do próprio indivíduo, a participação e a parceria. Este termo engloba estratégias e atividades para enfrentar os problemas de saúde que afetam o indivíduo (Buss, 2000). Segundo a Carta de Ottawa, a promoção da saúde é um processo que mostra a capacidade do indivíduo e da população humana para agir de modo a melhorar a sua qualidade de vida e a sua saúde, sendo essencial uma participação mais elevada para controlo deste processo (WHO, 1986).

A promoção da saúde é, adicionalmente, considerada um instrumento conceitual, político e metodológico em volta do processo saúde-doença, que tem como objetivo analisar e atuar sobre as condições sociais no sentido de melhorar as condições de saúde e de qualidade de vida dos indivíduos (Sucupira & Mendes, 2003)

Henry Singerist foi o primeiro a utilizar a expressão “promoção da saúde”, em 1945, mencionando que esta não restringe a saúde apenas à ausência de doença no indivíduo, mas sim que inclui vários componentes como as condições de vida favoráveis, condições de

trabalho positivas, educação, atividade física e descanso (Sícoli & Nascimento, 2003). Ao longo dos anos foram sendo considerados os problemas socioambientais, favorecendo a saúde e o bem-estar do indivíduo, com o intuito de se verificarem mudanças sociais. Desta forma, a promoção da saúde foi-se desenvolvendo, ampliando o seu conceito ao ponto de se assumir a saúde como uma produção social, valorizando mais os determinantes socioeconómicos, aumentando o exercício do compromisso político e incrementando transformações sociais (Sícoli & Nascimento, 2003).

Um dos componentes principais da promoção da saúde é a educação para a saúde. Esta educação mostra-se fundamental pois inclui oportunidades de aprendizagem para os indivíduos, envolvendo formas de comunicação essenciais para a literacia em saúde, aumentando o desenvolvimento e o conhecimento de competências que favorecem a saúde individual e da comunidade (Buss, 2000; Ribeiro 2015; WHO, 1998). Esta é, assim, uma atividade planeada, destinada a aumentar os conhecimentos e competências do sujeito para a promoção de comportamentos saudáveis (Buss, 2000).

Por sua vez, a prevenção em saúde tem como objetivo impedir o aparecimento de doenças, requerendo uma ação antecipada, com base no conhecimento da história natural, com a finalidade de tornar improvável o aparecimento posterior de uma doença. Assim, ações dirigidas para a prevenção em saúde são intervenções para evitar o surgimento de doenças específicas, reduzindo a sua incidência e prevalência nos indivíduos (Czeresnia, 1999).

Normalmente, consideram-se quatro níveis de prevenção em saúde: A prevenção primordial e as prevenções já conhecidas - primária, secundária e terciária. Nos últimos anos tem emergido uma quarta prevenção, subsequente da primária, secundária e terciária, a prevenção quaternária (Almeida, 2005).

A prevenção primordial tem como objetivo impedir que certos estilos de vida sejam adotados, incluindo programas que os indivíduos devem desenvolver, como por exemplo, uma nutrição adequada e prática de atividade física regular. A prevenção primária inclui atividades que tentam evitar a exposição do sujeito a fatores de risco antes que o mecanismo patológico se desenvolva. Este nível de prevenção tem como objetivo diminuir a probabilidade de doença o quanto possível. Por outro lado, a deteção de um problema de saúde numa fase precoce para que o indivíduo possa evoluir favoravelmente é o objetivo da prevenção secundária. Para isso, é necessário conhecer a história da doença e existir um período de deteção precoce suficientemente longo. Quanto à prevenção terciária, esta visa diminuir os custos sociais e económicos que a doença acarreta, sendo que neste nível de prevenção já está presente o tratamento de doenças (e.g., doenças crónicas), correspondendo, assim, à gestão do estado da doença (Almeida, 2005). Por último, a prevenção que tem sido estudada e considerada nos últimos anos é a prevenção quaternária. Esta mostra como objetivos amenizar a intervenção médica em excesso, isto é, a atividade

médica que seja desnecessária e, ao mesmo tempo, pretende fornecer informações relevantes ao doente, para que este, autonomamente, possa tomar decisões, conhecendo quais as vantagens e desvantagens da sua condição de saúde. Esta prevenção consiste, também, na deteção de indivíduos que se encontram em sobretratamento, para evitar intervenções médicas inapropriadas, sugerindo-lhes outras alternativas mais eficazes (Almeida, 2005).

1.2. Comportamentos de saúde na adolescência

1.2.1. Adolescência

A infância e a adolescência são dois estádios de desenvolvimento essenciais na vida de um indivíduo. Atualmente, a adolescência é um período alongado, estendendo-se até à terceira década de vida, em que o adolescente ainda vive com os pais (Simões, 2010). A adolescência é marcada por um período de crescimento e desenvolvimento de uma progressiva maturidade a nível cognitivo, biológico, social e emocional. A transição da infância para a adolescência envolve um conjunto de mudanças da condição humana que preenchem toda a fase da adolescência, sendo necessária a adaptação do adolescente às novas circunstâncias da vida, que lhe darão uma outra visão acerca do mundo, da vida humana e de si próprio (Simões, 2010). É, também, um período onde surgem os maiores desafios e oportunidades relacionadas com a saúde, pois é um período em que os jovens se encontram mais suscetíveis à influência do meio ambiente, que exerce um papel essencial para a sua saúde (Tomé, Camacho, Matos, & Simões, 2015).

Adicionalmente, é uma fase de instabilidade e turbulência que pode trazer certas dificuldades ao adolescente e, com isto, um mal-estar. Um aspeto central quando se fala da adolescência é a forma como se ultrapassam estas dificuldades e mudanças, denominadas de crises ou desafios. Estes desafios devem ser encarados como fazendo parte do desenvolvimento normal do adolescente e, desta forma, os problemas que surgem não têm de ter propriamente conseqüências negativas a longo prazo. Estes problemas estão, muitas vezes, relacionados com a forma como o adolescente se adapta aos desafios que se lhe colocam (Simões, 2010). O período da adolescência não é vivido de igual modo por todos os adolescentes, pelo que os estudos sobre esta fase têm aumentado ao longo dos anos (Tomé et al., 2015).

1.2.2. Comportamentos de saúde

Os comportamentos de saúde têm sido, cada vez mais, alvo de investigação pela Psicologia da Saúde, podendo ser definidos como qualquer comportamento ou atividade que um indivíduo, que se crê saudável, adota com o objetivo de prevenir o aparecimento de doenças ou de um estado assintomático (Gonzalez & Ribeiro, 2004). Porém, esta definição foi considerada incompleta por se centrar na doença e não considerar o ponto de vista dos

indivíduos. Mais tarde, surgiu outra definição, desenvolvida por Comerdy, em 1997, que realça que qualquer comportamento que afete, positiva ou negativamente, a saúde, pode ser considerado um comportamento relacionado com a saúde (Gonzalez & Ribeiro, 2004).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (WHO, 1998), os comportamentos de saúde são qualquer atividade delineada pelo indivíduo com o objetivo de promover, proteger e manter a sua saúde, independentemente de essa atividade ser ou não eficaz para atingir o objetivo pretendido.

Sendo os comportamentos de cada indivíduo determinantes para o seu estado de saúde, será necessário fazer referência a alguns fatores que exercem influência nos seus comportamentos de saúde. Dentro desses fatores é possível encontrar os fatores sócio-demográficos (e.g., idade, sexo, ocupação, educação, estatuto socioeconómico), os fatores socioculturais (e.g., religião, as normas morais), os fatores macroeconómicos (e.g., impostos sobre o álcool e o tabaco, rendimentos), cuidados de saúde (e.g., campanhas de vacinação, de prática desportiva), os fatores sociais e familiares (e.g., hábitos familiares, influência dos pares, rede de suporte social) e, ainda, os fatores psicológicos (e.g., atitudes e crenças, valores associados à saúde, autoconceito, autoeficácia, consciência dos riscos, hábitos, rotinas; Albuquerque, 1999, cit. in Tavares & Nunes, 2007).

Desta forma, torna-se essencial avaliar e compreender os comportamentos promotores de saúde entre os adolescentes, com o intuito de promover o seu crescimento saudável (Sousa et al., 2015). Os comportamentos promotores de saúde são considerados como uma abordagem para aumentar o bem-estar e a autoatualização e para viver, envolvendo diversas atividades que contribuem para a saúde. Já os comportamentos preventivos são ações que evitam o desenvolvimento de doenças. Na adolescência, os comportamentos promotores de saúde têm sido atribuídos a fatores psicológicos como a autoestima, autoeficácia e esperança (Sousa et al., 2015).

a) Modelos e teorias de comportamentos de saúde

Uma das mais importantes áreas da Psicologia, que se preocupa com a promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença, é a Psicologia da Saúde. Esta é o campo da Psicologia que estuda o comportamento humano no contexto da saúde e da doença, tendo como objetivo compreender como é possível contribuir para um melhor bem-estar dos indivíduos e da comunidade, através de intervenções psicológicas (Trindade & Teixeira, 2002). A Psicologia da Saúde procura promover e monitorizar a saúde física e emocional do paciente, tentando minimizar o seu sofrimento, sendo isto fundamental pois ajuda-o a desenvolver um conjunto de comportamentos e atitudes essenciais para os seus projetos de vida, que levam à promoção da saúde, prevenção da doença e enfrentamento das possíveis consequências que possam surgir aquando da existência de uma doença (Barros, 1999, cit. in

Almeida & Malagris, 2011). Deste modo, a Psicologia da Saúde atua em todas as dimensões da vida do indivíduo: física, mental e social.

Na Psicologia da Saúde, podem destacar-se vários modelos e teorias de comportamentos de saúde, uns de carácter mais cognitivo e outros de carácter mais social. Entre os modelos e teorias de cariz mais cognitivo, é possível encontrar na literatura o modelo de crenças de saúde, a teoria da motivação protetora e a teoria do comportamento planeado. Entre os modelos e teorias de cariz mais social encontra-se o modelo transteórico e a teoria social cognitiva (Almeida, 2013). De seguida, serão caracterizados de uma forma breve cada um dos modelos referidos.

O modelo de crenças da saúde foi desenvolvido por Becker, na década de 70 do século XX, sendo um dos modelos mais utilizados para compreender os comportamentos de saúde. Este modelo postula que a decisão que o indivíduo toma acerca de um comportamento de saúde é influenciada por diversas dimensões, entre elas a suscetibilidade, a gravidade e os benefícios (Couto, 1998). Estas dimensões podem, ainda, ser influenciadas por fatores modificadores constituídos por três tipos de variáveis: demográficas (sexo e idade), psicossociais (personalidade e classe social) e estruturais (conhecimento acerca da doença; Couto, 1998).

Segundo este modelo, o comportamento do sujeito é guiado pela perceção que tem das consequências na adoção de novos comportamentos. Deste modo, o indivíduo atribui um valor a essas perceções, levando-o a adotar um determinado comportamento, sendo que o que determina essas perceções são as crenças, funcionando como mediadores cognitivos, que levarão o indivíduo a agir. A atribuição de significados e as perceções possibilitam diferentes comportamentos relacionados com a saúde, sendo que estes advêm de um conjunto de crenças centrais que têm vindo a ser redefinidas ao longo dos anos - crenças essas que são valores e princípios que orientam a atuação do indivíduo e nas quais este acredita veemente (Feio & Oliveira, 2010). A disposição do indivíduo para a ação está ligada ao valor da saúde e ao locus de controlo das crenças (i.e., a assunção de que a saúde é controlada por fatores internos, outras forças influentes às quais o indivíduo atribui importância ou à sorte). Assim, este pode, por um lado, perceber os benefícios, os custos, a suscetibilidade e a gravidade da doença, mas, por outro, o grau de adesão a uma ação pode ser muito reduzido caso o indivíduo atribua pouco valor à saúde (Feio & Oliveira, 2010).

A teoria da motivação protetora está intimamente relacionada com o modelo de crenças de saúde. Segundo esta teoria existem dois processos avaliativos, a avaliação da ameaça e a avaliação das estratégias de *coping*, e esta dita que as estratégias adaptativas e desadaptativas para lidar com uma ameaça de saúde irão resultar destes processos de avaliação (Carvalho & Batista, 2009). Tal como no modelo anterior, esta teoria está, também, associada à perceção de suscetibilidade à doença e à perceção de gravidade da ameaça à

saúde, correspondendo isto ao primeiro processo avaliativo. Já a avaliação das estratégias de *coping* diz respeito a alternativas e atividades que possam reduzir a ameaça à saúde. A motivação para a proteção resulta, assim, destes processos, sendo uma variável que tem como função ativar, suspender e orientar comportamentos de saúde protetores para o sujeito conseguir adotar comportamentos adaptativos (Carvalho & Batista, 2009).

A teoria do comportamento planejado foi desenvolvida por Fishbein e Ajzen e pretende descrever a relação entre as atitudes e os comportamentos (Carvalho & Batista, 2009). Acrescenta, adicionalmente, a percepção de controlo, ou seja, o controlo comportamental percebido - fundamental para as mudanças comportamentais -, para além das atitudes em relação ao comportamento e as normas subjetivas. Este modelo centra-se nas intenções do sujeito em realizar os comportamentos, isto é, nos planos que este desenvolve para desempenhar o comportamento. Esta intenção é influenciada pelas atitudes (positivas ou negativas) do indivíduo em relação ao comportamento, pelas normas subjetivas (i.e., percepção das normas e pressão social) e pelo controlo percebido (interno ou externo), denotando-se que estes três aspetos irão afetar de forma indireta o comportamento pela influência que têm nas intenções comportamentais (Carvalho & Batista, 2009).

O modelo transteórico de mudança comportamental foi desenvolvido por Prochaska e DiClement com base em intervenções relacionadas com comportamentos aditivos associados, nomeadamente, ao tabaco, álcool e substâncias psicoativas (Carvalho & Batista, 2009). Um conceito central neste modelo é a dimensão temporal, que nos informa acerca das mudanças que podem ocorrer nos comportamentos ao longo do tempo. Segundo este modelo, os indivíduos passam por cinco fases na mudança de comportamento: (1) pré-contemplação, em que o indivíduo ainda não considera a mudança; (2) contemplação, onde o sujeito começa a considerar a mudança, mas sem se comprometer; (3) preparação, em que o indivíduo começa a planear a mudança; (4) ação, na qual o indivíduo concretiza a mudança, o novo comportamento; e, por fim, (5) manutenção, quando a mudança é mantida por longos períodos de tempo. Caso o indivíduo não consiga manter a mudança, irá recuar para uma fase anterior, havendo, assim, uma recaída (Carvalho & Batista, 2009).

Por fim, a teoria social cognitiva - anteriormente designada por teoria da aprendizagem social, desenvolvida por Bandura -, apresenta como conceito central a autoeficácia, sendo esta definida como as crenças que os indivíduos têm acerca das suas capacidades para realizar qualquer comportamento (Freitas & Dias, 2010). A forma como as pessoas sentem, pensam e se comportam é designada de crenças de autoeficácia. A teoria social cognitiva afirma que os comportamentos se manifestam quando três condições estão presentes: (a) o indivíduo sente que tem controlo sobre o resultado de um comportamento, (b) prevê poucas barreiras externas e (c) confia nas suas competências para concretizar a ação (Freitas & Dias, 2010).

b) Comportamentos de saúde positivos e negativos na adolescência

Pela importância que os comportamentos de saúde exercem na própria saúde e na vida humana, torna-se necessário estudar estes comportamentos na adolescência, também pela influência que o ambiente envolvente e os outros podem exercer na adoção destes mesmos comportamentos.

Carter, McGee, Taylor e Williams (2007) referem a adoção de comportamentos promotores da saúde como aspeto positivo do desenvolvimento do adolescente, ou seja, comportamentos que podem promover a saúde dos mesmos, salientando-se que tanto as crianças e os adolescentes como os adultos adotam comportamentos que exercem uma grande influência na sua saúde.

Desde muito cedo, as crianças vão adquirindo atitudes relacionadas com a saúde, através do processo de socialização e pelo próprio desenvolvimento (Viana, Guimarães, Teixeira, & Barbosa, 2003). Estas atitudes vão sendo aprendidas no contexto familiar e escolar - no caso das crianças e adolescentes -, sendo, igualmente, influenciadas pelas experiências de vida e pela informação obtida através dos meios de informação social. As avaliações positivas e negativas, as emoções, os sentimentos e as tendências a favor ou contra um determinado aspeto relacionado com a saúde são, o que podemos entender, como atitudes face à saúde. Contudo, a saúde irá, também, interferir no desenvolvimento das próprias atitudes, dos comportamentos e conhecimentos relacionados com a saúde e com a doença. A propósito da saúde, o conhecimento que as crianças e adolescentes têm desta, engloba a compreensão de alguns conceitos e causas relativas à saúde e à doença (Viana et al., 2003).

Neste sentido, existem dois pontos fundamentais a considerar na evolução de atitudes e comportamentos relativos à saúde: Um primeiro ponto relaciona-se com o desenvolvimento cognitivo da criança e o outro diz respeito às diferenças individuais, considerando as influências familiares, dos colegas, da escola e dos meios de comunicação como fatores que explicam essas diferenças (Viana et al., 2003). Através de diversas investigações, verificou-se que a conexão com a família e a escola era a principal protetora contra comportamentos comprometedores da saúde (Carter et al., 2007).

Nos estudos realizados por Carter e colaboradores (2007) e Seedhom (2017) verificou-se que a ligação dos adolescentes com a escola mostrou as associações mais fortes relativamente aos comportamentos promotores da saúde. Os adolescentes que se encontravam satisfeitos com o ambiente escolar relataram mais comportamentos promotores de saúde (e.g., atividade física) e menos comportamentos prejudiciais à saúde (e.g., tabagismo). Relativamente à ligação com a família, constatou-se que os adolescentes com níveis mais elevados desta variável relataram, também, mais comportamentos promotores de saúde. Adolescentes que pertenciam a famílias incompletas mostraram-se mais propensos em envolver-se em comportamentos de risco (e. g., relações sexuais precoces). Por fim, a ligação

com os colegas e grupo de pares foi onde se verificou níveis mais baixos de comportamentos promotores de saúde. Desta forma, os adolescentes que relataram uma forte ligação com o grupo de pares eram mais propensos a comportamentos que comprometessem a saúde (e.g., consumo de tabaco e relações sexuais desprotegidas) (Carter et al., 2007; Seedhom, 2017).

Os comportamentos que os adolescentes adotam devem-se a um balanço de forças entre fatores de risco e fatores protetores (Tomé et al., 2015). Os fatores de risco que estão associados à família (e.g., dificuldade de comunicação, família disfuncional, negligência, abuso de substância por parte dos pais ou uma família com laços emocionais fracos), à escola (e.g., mudar muitas vezes de escola, não gostar de nadar na escola, ter resultados baixos), ao grupo de pares (e.g., comportamentos, atitudes, pressão e rejeição social) e à própria comunidade (e.g., nível socioeconómico, bairros sociais) não promovem os comportamentos saudáveis nem levam a fatores de proteção, sendo que os adolescentes optam por um comportamento de risco (Arteaga, Chen, & Reynolds, 2010). Os sintomas psicológicos surgem, também, como mediadores da relação dos adolescentes com os pais, os amigos e o envolvimento em comportamentos de risco (Tomé et al., 2015).

Os comportamentos de saúde podem ser classificados como positivos ou negativos (Simões, 2010). Os comportamentos de saúde positivos são comportamentos que contribuem para a promoção da saúde, prevenção do risco e deteção precoce da doença. Estes podem incluir a adoção de uma alimentação saudável, cuidados com a higiene, prática regular de exercício físico e comportamentos sexuais seguros. Quanto à alimentação saudável, os adolescentes definem esta alimentação como a ingestão de verduras, legumes e cereais associada à prática regular de exercício físico, redução no consumo de doces, de comida rápida e redução no consumo de refrigerantes, contudo, nem todos os adolescentes seguem uma alimentação saudável, ou seja, consomem alimentos ricos em gordura, com açúcar, refrigerantes e comida rápida (Silva, Teixeira & Ferreira, 2014). Relativamente à atividade física, esta influencia positivamente tanto a saúde física como a saúde psicológica, em todas as fases do ciclo da vida humana. A prática de exercício físico a longo prazo está associada à diminuição de depressões, redução nos níveis de ansiedade e stress, aumento da autoestima e como gerador de efeitos emocionais positivos (Cid, Silva & Alves, 2007).

Por outro lado, existem comportamentos, dentro do estilo de vida dos adolescentes, não protetores da sua saúde e que podem afetar o seu bem-estar e saúde, aumentando assim o risco de doença e, por vezes, colocando a sua própria vida em risco, sendo denominados de comportamentos de saúde negativos ou comportamentos de risco (Simões, 2010). Dentro desses comportamentos podemos encontrar o consumo de tabaco, álcool e outras drogas ilícitas, alimentação desequilibrada, inatividade física, ideação suicida, violência e atividades sexuais desprotegidas que levam a uma gravidez não planeada e a doenças sexualmente transmissíveis (Moura, Torres, Cadete, & Cunha, 2018).

Araújo e Blank (2008) encontraram uma associação positiva entre os comportamentos de risco (álcool, tabaco, drogas e comportamento sexual de risco) e diversos fatores, ou seja, adolescentes que moravam apenas com um dos pais, que trabalhavam, que não praticavam exercício físico regularmente, que tinham uma alimentação pouco saudável, que apresentavam sintomas psicossomáticos, que tinham problemas de sono e que se sentiam insatisfeito com a vida, eram os adolescentes que apresentavam maiores comportamentos de risco.

Para Simões (2010), os comportamentos de saúde negativos ou de risco podem, igualmente, ser conhecidos como comportamentos de adição ou de alta ação e são estes comportamentos que constituem a maior ameaça à saúde e bem-estar do adolescente. Os jovens que apresentam sintomas físicos e psicológicos experienciam mais dificuldades no contexto familiar e escolar e, também, com o grupo de pares; apresentam, ainda, um maior envolvimento no consumo de substâncias e na violência, comparativamente com os jovens que não apresentam sintomas de mal-estar. Devido ao aumento dos sintomas de mal-estar, as percepções de saúde dos jovens vão diminuir, sendo os adolescentes mais velhos os que costumam sentir-se menos saudáveis. Assim, os jovens que se sentem mais saudáveis têm um comportamento de evitamento dos comportamentos de risco, como beber álcool, fumar ou consumir drogas (Matos, Simões, Carvalhosa, Reis, & Canha, 2000). Assim, os comportamentos de alto risco podem ser definidos como os comportamentos que têm efeitos adversos no desenvolvimento e bem-estar dos adolescentes, podendo, em certos casos, impedi-los de um desenvolvimento futuro, e que podem afetar de forma significativa a vida dos próprios e daqueles que os rodeiam (Seedhom, 2017).

Um termo utilizado para ligar um conjunto de comportamentos prejudiciais à saúde é o *risk-taking* (i.e., correr riscos), como o consumo de substâncias, prática de comportamentos sexuais de risco, condução imprudente, comportamento suicida ou homicida, desordem alimentar e delinquência. Este termo é considerado como um comportamento controlado, consciente ou não, que trará consequências ao bem-estar físico do próprio adolescente e para os outros, apesar de muitas vezes essas consequências não serem percebidas (Simões, 2010).

Certas mudanças que possam ocorrer durante a adolescência irão permitir ao adolescente explorar novos horizontes e experienciar novos comportamentos; dentro desses comportamentos estão incluídos os comportamentos de risco. Alguns desses comportamentos que envolvem perigo são, de facto, experiências construtivas para o adolescente e que fazem parte do seu crescimento normal, mas muitos deles comprometem o seu desenvolvimento normativo (Simões, 2010). Alguns podem ser considerados comportamentos normativos e saudáveis para o adolescente devido a um conjunto de considerações, nomeadamente o facto de os adolescentes poderem ganhar aceitação pelos pares, ganhar autonomia dos pais, lidar com a ansiedade, frustração e antecipação do fracasso, confirmar a si próprio alguns atributos, moldar a sua identidade, provar a sua maturidade e, por último, transitar para a

fase adulta. Contudo, os comportamentos de risco, como o próprio nome indica, podem constituir uma ameaça ao adolescente, pelo facto de serem extremamente perigosos quando o conduzem a ações inadequadas, como afastar-se da sua comunidade, não partilhar interesses com os que lhe são próximos e quando este se sente rejeitado e incompreendido pela sociedade. A título de exemplo, comportamentos como o consumo de álcool ou comportamentos sexuais em idades precoces são considerados de risco pelo facto de ocorrerem em momentos nos quais não era suposto ocorrerem e o consumo de substâncias ilícitas e atos delinquentes graves são comportamentos de risco pelo grau da sua gravidade (Simões, 2010). É de salientar que uma avaliação adequada dos comportamentos de risco deve ter em conta as características do próprio adolescente, da sociedade onde está inserido, da sua família e dos seus grupos de referência (e.g., amigos, escola, nível socioeconómico; Feijó & Oliveira, 2001).

Ao longo da adolescência, os comportamentos de risco podem ser prevenidos através das consequências que os mesmos têm ao longo da vida. Tal como os adolescentes apresentam características que os tornam únicos e diferentes uns dos outros, as causas que os levam a envolver-se em comportamentos de risco são, também, diversas (Tomé et al., 2015). Assim, o envolvimento dos adolescentes em comportamentos de risco depende da atitude e da escolha que o próprio faz, por exemplo, o adolescente escolhe praticar exercício físico pelo prazer que o próprio exercício proporciona, e não como opção individual de estilo de vida para ter cuidado especial com a saúde, ou seja, esta atitude dificilmente é consciente e planeada para evitar um dano na saúde. Pelo contrário, o consumo de álcool, tabaco e drogas já é consciente, pois o adolescente pode usá-las com ou sem consciência das consequências que estes comportamentos poderão trazer à saúde sua saúde (Araújo & Blank, 2008).

No estudo de Tomé e colaboradores (2015) concluiu-se que o fator com maior impacto no envolvimento em comportamentos de risco foram os sintomas psicológicos, havendo um maior envolvimento dos adolescentes em comportamentos de risco quando os sintomas psicológicos aumentavam. Verificou-se, igualmente, que os pais mostram ter um papel relevante na fase da adolescência, sendo a comunicação e a monitorização parental duas vertentes, na relação com os pais, que são consideradas como potenciadores de bem-estar e protetoras do envolvimento em comportamentos de risco para a saúde (Tomé et al., 2015).

Relativamente à saúde, como já mencionado, os adolescentes mostraram-se menos suscetíveis à doença ou a outras condições negativas relacionadas com a saúde, contudo, há casos onde acontece o contrário. Segundo os resultados do estudo *Health Behaviours in Scholl-Aged Children* (HBSC), existe uma percentagem significativa de adolescentes que apresentam sintomas de mal-estar psicológico: Cerca de 62% refere sentir-se nervoso, 44% relata irritabilidade e 38% refere sentir-se deprimido, existindo uma percentagem semelhante com dificuldades em adormecer, uma ou mais vezes por semana (Matos et al., 2000). Sendo

que os problemas de saúde tendem a aumentar ao longo da adolescência, tanto a nível físico como psicológico, é necessário que a intervenção seja precoce.

O mesmo estudo (HBSC), realizado em Portugal, mostra uma evolução negativa ao nível do mal-estar nos adolescentes. No que toca a diferenças de sexo em termos de estatuto de saúde, comportamentos de saúde e de risco e fatores de proteção, as investigações têm concluído que são as raparigas adolescentes e pré-adolescentes que apresentam perceções mais baixas de bem-estar e mais sintomas de mal-estar físico como dores de cabeça, costas e estômago, e mal-estar psicológico como irritabilidade, nervosismo, sintomatologia depressiva e dificuldades em adormecer. Por sua vez, os rapazes mostram sentir-se mais felizes, mais saudáveis e menos sóz; contudo, também apresentam problemas relacionados com a saúde. Para além disso, são os rapazes que costumam experimentar e consumir regularmente substâncias, como tabaco, álcool e drogas (Matos et al., 2000).

Um dos passos fundamentais para melhorar a saúde do adolescente e determinar os comportamentos de risco que requerem intervenção é a compreensão dos comportamentos de risco para a saúde dos mesmos e dos seus fatores determinantes. Assim, as intervenções na promoção da saúde de adolescentes têm-se focado na redução de comportamentos de risco para a saúde e aumentar os comportamentos promotores de saúde (Seedhom, 2017).

1.3. O sono

O sono pode ser definido como um estado fisiológico e periódico, caracterizado pela supressão da atividade perceptiva e da motricidade voluntária. Sendo um processo fisiológico, dinâmico e ativo, é influenciado por propriedades biológicas intrínsecas, temperamento, expectativas, normas culturais e condições ambientais (Mendes, Fernandes, & Garcia, 2004). Este representa uma atividade diária que é essencial ao indivíduo, principalmente às crianças e adolescentes, para o seu crescimento e desenvolvimento, tornando-se fundamental estudar o impacto que este tem nestas duas populações (Lopes, Almeida, Jacob, Figueiredo, Vieira, & Carvalho, 2016). Os hábitos de sono adotados pelos sujeitos são influenciados por vários fatores, como os estados de desenvolvimento, fatores biológicos e psicológicos e aspetos ambientais, familiares e socioculturais (Carter, Hathaway & Lettieri, 2014).

Dormir é uma necessidade homeostática, essencial para a saúde e para o bom funcionamento orgânico, cognitivo e emocional (Pinto, Pinto, Pinto & Paiva, 2016). Na fase da adolescência, por vezes, o sono é influenciado pela sociedade, o que pode perturbar o ritmo saudável de sono e vigília. Nesta fase do desenvolvimento, o sono não é valorizado como deveria ser, daí surgirem os problemas com uma certa gravidade neste aspeto, pela influência que têm na qualidade de vida dos adolescentes e pelas consequências que trazem para o seu desenvolvimento e saúde. É de referir que consequências como a agressividade, ansiedade,

violência, acidentes, abuso de substâncias e comportamentos de risco mais acentuados estão relacionados com a privação de sono na adolescência. Esta privação de sono pode causar um aumento no risco de acidentes, aumento da probabilidade do aparecimento de doenças como a diabetes, hipertensão, obesidade, depressão, insônia, flutuações do humor e o aumento da sonolência diurna. Surgem, ainda, consequências no contexto escolar, particularmente, o baixo rendimento e dificuldades cognitivas (Pinto et al., 2016), questões que serão abordadas posteriormente de forma mais complexa.

1.3.1. Qualidade e duração do sono

Quando se estuda o sono dos indivíduos, estuda-se a qualidade e a duração do mesmo. O primeiro domínio, a qualidade do sono, refere-se aos índices subjetivos de como o sono é experienciado, o que inclui o sentimento de descanso ao acordar e a satisfação com o sono (Dewald, Meijer, Oort, Kerkhof, & Bogels, 2010).

Sabe-se que a adolescência é um período de desenvolvimento rico em mudanças biopsicossociais, apresentando-se como uma fase em que podem existir problemas relacionados com a qualidade do sono, pois este também sofre mudanças estruturais, podendo ter um impacto negativo nas várias áreas da vida do adolescente, principalmente na sua saúde mental (Owens, 2014). Nas crianças e adolescentes, problemas como iniciar e manter o sono são comuns e podem ser vistos como indicadores de uma má qualidade de sono. Estes necessitam, em média, de nove horas de sono por dia, mas os estudos demonstram que estes dormem menos que oito horas diárias (Gibson et al., 2006). O sono insuficiente pode ser consequência de fatores extrínsecos, como os horários de início das aulas, a pressão social e a carga de trabalho académico, ou de fatores intrínsecos, como a puberdade e alterações circadianas. Tudo isto pode levar a que as crianças e adolescentes se deitem mais tarde apesar das horas de acordar não serem alteradas, verificando-se, por exemplo, que cerca de 20 a 50% das crianças relatam ter sonolência durante o dia (Roehrs, Carskadon, Dement, & Roth 2005, cit. in Dewald et al., 2010).

Como subcategoria da qualidade do sono encontra-se o bem-estar, muito mencionado pelos adolescentes, referindo-se à perceção subjetiva de tranquilidade e conforto que associam ao ato de dormir. Esta ideia de tranquilidade e conforto associado ao sono parece ser determinante para a avaliação que o adolescente faz da sua qualidade de sono (Pinto et al., 2016).

Vários fatores, como os maus hábitos de sonos e comportamentos de saúde (uso das novas tecnologias e consumo de substâncias psicoativas), podem levar a uma redução do tempo e qualidade do sono, o que, por sua vez, leva a consequências negativas como a sonolência diurna excessiva (Pucci & Pereira, 2016). Os adolescentes referem-se a esta sonolência e à insônia como uma das dificuldades e problemas da privação do sono (Pinto et al., 2016). A sonolência diurna excessiva é uma sensação subjetiva de necessidade de sono

que leva a uma diminuição do rendimento na escola, no caso das crianças e adolescentes, ou em qualquer tarefa a realizar e afeta, negativamente, a interação social, a aprendizagem e a qualidade de vida. Esta sonolência é observada principalmente na adolescência, que é uma fase da vida marcada por inúmeras mudanças, havendo um atraso no ciclo vigília-sono marcado por horários de adormecer mais tardios, o que dificulta a adaptação a horários normais (Wolfson, Spaulding, Dandrow, & Baroni, 2007).

O segundo domínio é a duração do sono, sendo o domínio mais objetivo do sono, ou seja, é o tempo real que o indivíduo passa a dormir (Dewald et al., 2010). As horas de sono adquiridas por uma criança vão depender do ciclo vital em que esta se encontra e das suas características, sendo que a necessidade de sono muda de indivíduo para indivíduo, ou seja, é idiossincrática (Nuutinen, Ray, & Roos, 2013). Uma das mudanças comportamentais mais proeminentes que se verifica durante o desenvolvimento do adolescente é o tempo de sono e a vigília, verificando-se na maioria os adolescentes (Caeskadon, Acebo, & Jenni, 2004).

A duração do sono noturno nos adolescentes desempenha um papel essencial na saúde dos mesmos, pois estes encontram-se numa fase de aprendizagem e diferenciação, tendo um impacto significativo no bem-estar físico e psicológico e, ainda, estando associada a problemas comportamentais e neurocognitivos (e.g., distúrbios de aprendizagem e défice de atenção; Ciampo, 2012). Ao existir uma redução da duração do sono de um indivíduo, irão surgir consequências negativas no funcionamento das suas atividades diárias. Assim, o impacto da redução do tempo de sono nas crianças está associado com a presença de dificuldades emocionais e comportamentais e com uma redução do rendimento em várias atividades, principalmente académicas, que colocam em jogo os aspetos neuropsicológicos, como a atenção e a memória. O adiantamento da hora de dormir pode trazer problemas relacionados com a saúde, o desempenho escolar, a qualidade de vida e as relações familiares (Munoz-Quintero & Bianchi, 2017).

Segundo Shochat, Cohen-Zion e Tzischinsky (2013) os problemas de sono e a perda deste parecem aumentar o envolvimento do adolescente em comportamento de risco relacionados com a saúde, nomeadamente, o uso de substâncias psicoativas (e.g., ingestão de nicotina, canábis e álcool). Para além destes comportamentos, os comportamentos de risco à saúde associados a um sono inadequado incluem, ainda, relações sexuais desprotegidas, violência, lesões físicas e ideação suicida (Shochat et al., 2013).

Um dos grandes problemas que se tem verificado durante a infância são as perturbações de sono, sendo considerados como um problema de saúde pública, estimando-se que cerca de 30% das crianças sofrem de problemas relacionados com as alterações de sono (Masalan, Sequeira, & Ortiz, 2013). Segundo Mendes e colaboradores (2004), a interação complexa entre fatores fisiológicos da criança e do seu relacionamento com os pais pode originar os problemas de sono, sendo uma das alterações mais frequentes na população pediátrica. No

caso das crianças e adolescentes é necessário prestar atenção à qualidade e higiene do sono e perceber que é fundamental uma boa qualidade de sono para um bem-estar futuro, na medida em que se vão adquirindo os hábitos fundamentais de autocuidado na saúde (Masalan et al., 2013). Conciliar e manter o sono durante um determinado número de horas durante a noite é um grande benefício para ter uma boa qualidade de sono, o que, rapidamente, irá facilitar a manifestação de comportamentos satisfatórios durante o dia e um bom rendimento em todas as tarefas que se realizam (Masalan et al., 2013).

1.3.2. Fatores de privação do sono

Os fatores de natureza fisiológica e os de natureza psicossocial estão na explicação para a crescente privação do sono entre os adolescentes. Deste modo, alterações na produção de melatonina, que ocorrem durante a puberdade, contribuem para compreender o aparecimento do sono em horas mais tardias. Também os fatores ambientais estão incluídos nesta explicação, como o facto de os adolescentes terem um maior acesso às novas tecnologias ou devido ao excesso de atividades diárias, o que implica prescindir de algumas horas de sono (Pinto et al., 2016). Segundo Caeskadon e colaboradores (2004), a alteração dos padrões de sono deve-se a um aumento das obrigações escolares, das atividades sociais e do tempo que os adolescentes gastam em atividades como ver televisão e navegar na internet, fazendo com que se deitem mais tarde e andem mais sonolentos durante o dia.

O sono é essencial para uma boa manutenção e funcionamento da vida do adolescente; apesar disso, tem-se verificado que os mesmos tendem a dormir menos do que é esperado (Owens, 2014). Dos diversos fatores que levam à redução do tempo e qualidade do sono, o principal é a utilização das novas tecnologias - um dos grandes motivos de distração que concorrem com o sono -, pois exercem um grande impacto negativo na qualidade do sono da criança e do adolescente (Pucci & Pereira, 2016). Owens (2014) destaca como principais fatores que contribuem para que os adolescentes tenham um sono insuficiente: o uso das novas tecnologias, as horas de início da escola e a cafeína.

Relativamente ao uso das novas tecnologias, estas vão interromper o sono durante a noite e a utilização das diversas tecnologias, como o computador e o telemóvel, irá fazer com que o adolescente tenha menos sono durante a noite, aumentando, portanto, a sonolência durante o dia. Esta sonolência diurna excessiva também se verifica quando o adolescente se envolve em muitas e diversas atividades antes do sono. O uso destas tecnologias vai fazer com o que o adolescente direcione a atenção para o que está a fazer, afastando assim o sono (Owens, 2014). Quanto às horas de início das aulas, esta é uma das mudanças na adolescência que afeta a qualidade e quantidade do sono, visto que as horas de começo da escola tendem a ser sempre cedo. Por último, o consumo da cafeína afeta, também, o sono do adolescente, levando a consequências como: (a) aumento da latência do início do sono, (b) menor duração do tempo de sono, (c) aumento do tempo de vigília após o início do sono e (d) aumento da

sonolência diurna, em indivíduos que começam a consumir cafeína a partir dos 12 anos de idade (Owens, 2014). Assim, adolescentes que têm uma ingestão moderada ou alta de cafeína mostram mais dificuldade em dormir. Os três fatores referidos irão, então, piorar a qualidade do sono e aumentar a sonolência diurna (Calamaro, Mason, & Ratcliffe, 2009).

Por último, importa referir que os adolescentes mencionam, também, certas situações do dia-a-dia que fazem com que se desenvolvam conteúdos emocionais negativos como o *stress*, a ansiedade, a irritabilidade e o medo, tais como preocupações em relação ao sono, ficando com dificuldades em adormecer ou manter um sono consolidado (Pinto et al., 2016). Estudos têm verificado uma redução no tempo do sono noturno em adolescentes que trabalham ou estudam da parte da manhã, o que ocorre pelos horários alterados de dormir e acordar, levando a uma maior sonolência diurna, a uma redução da qualidade de vida e do desempenho académico e à prevalência de doenças crónicas não transmissíveis (Rombaldi & Soares, 2016).

1.3.3. Hábitos de sono em crianças e adolescentes

Vários estudos realizados com crianças entre os 4 e os 12 anos de idade, verificam que, relativamente ao tempo de sono, a hora de deitar das crianças era às 21h, durante a semana, e às 22h aos fins de semana, sendo o tempo de horas de sono verificado aos fins de semana considerado o tempo de horas necessário para as crianças nesta faixa etária. Assim, aos fins de semana, as crianças iam para a cama, em média, uma hora mais tarde e acordavam duas horas e 20 minutos mais tarde, quando comparadas com as horas durante a semana (Lopes, et al., 2016; Munoz-Quintero & Bianch, 2017).

Observou-se, igualmente, que as crianças com idades entre os 7 e 8 anos apresentavam mais resistência em ir dormir, não adormeciam sozinhas - precisando frequentemente da mãe ou do pai no seu quarto para conseguirem adormecer - e iam mais frequentemente para o quarto dos pais ou dos irmãos, do que as crianças com idade entre os 11 e 12 anos, mostrando terem mais medos noturnos e distúrbios de sono, como a parassonia (Lopes, et al., 2016; Munoz-Quintero & Bianch, 2017). Relativamente ao sono e ao desempenho académico, verificou-se uma relação significativa, mas negativa, ou seja, as crianças que apresentavam maiores dificuldades de sono demonstravam um desempenho académico mais baixo. Por sua vez, verificou-se a existência de uma relação significativa também de ordem negativa entre o desempenho e o comportamento, o que indica que maiores dificuldades comportamentais, menor é o desempenho académico da criança. Observou-se, também, que, à medida que vão crescendo, as crianças diminuem o seu tempo de sono (Lopes, et al., 2016; Munoz-Quintero & Bianch, 2017) e que os problemas relacionados com o início do sono e com os despertares noturnos foram mais verificados nas crianças do pré-escolar, visto que estas acordavam mais vezes durante a noite. Através destes resultados, os autores puderam concluir que as crianças na idade do pré-escolar apresentavam mais problemas relacionados com a resistência na hora

de ir para a cama e com o início do sono, traduzindo o desenvolvimento normal da criança, que vai adquirindo uma maior independência e autonomia relativamente ao sono (Lopes, et al., 2016).

Já Sadeh e colaboradores (2003), através da utilização do instrumento de avaliação *Child Behavior Checklist* (CBCL) de Achenbach, observaram, também, que as crianças que apresentavam mais dificuldades de sono eram descritas pelos pais como tendo mais problemas comportamentais.

Por outro lado, Mendes e colaboradores (2004) averiguaram que, em média, uma criança entre os 5 e os 10 anos dorme entre nove horas e 50 minutos por noite e que apenas 10% das crianças fazem um período de sono diurno, sendo maioritariamente crianças entre os 5 e os 6 anos, e que existe uma queda da percentagem de crianças que dormem durante o dia entre os 3 e os 10 anos. Verificaram, ainda, que cerca de 17% das crianças dormiam na cama dos pais, acontecendo o mesmo com os adolescentes. Estes precisam de nove horas a nove horas e cinco minutos de sono por noite e, quando isto não acontece, apresentam maior sonolência diurna, dificuldades de atenção e concentração, desempenho escolar reduzido, problemas comportamentais, predisposição a acidentes, atraso no desenvolvimento da puberdade, maior ganho de peso e uso de álcool e de substâncias psicoestimulantes (Liu, Hay, Joshi, Faught, Wade, & Cairney, 2011).

Pelo facto de os hábitos de sono terem um impacto negativo no bem-estar das crianças, adolescentes e seus cuidadores, torna-se necessário conhecer esses hábitos e eventuais consequências que podem acarretar nesta população. Se os hábitos de sono são inadequados, isso trará consequências a vários níveis, nomeadamente ao nível da perturbação na regulação emocional e comportamental, da diminuição do rendimento da criança na escola, ao nível cognitivo, o aumento do risco de acidentes, as alterações no crescimento, a obesidade, entre outros. Os maus hábitos e problemas de sono nas crianças e adolescentes podem, também, ter impacto a nível da qualidade de vida dos pais, pois irá afetar o seu bem-estar e o seu desempenho pessoal e profissional (Lopes et al., 2016).

Pinto e colaboradores (2016) estudaram cerca de 400 adolescentes com o objetivo de caracterizar o sono dos adolescentes em termos de hábitos, autoperceção e conhecimentos acerca do sono. Desta amostra, cerca de 219 eram raparigas e 181 rapazes, com uma média de idades de 15 anos, entre os 9º e 11º ano de escolaridade. Quanto aos hábitos de sono, os resultados mostraram que os adolescentes se levantavam, durante a semana, em média pelas 7h24min e deitavam-se pelas 23h27min. Já aos fins de semana os valores variavam um pouco, levantavam-se e deitavam-se mais tarde, ou seja, levantavam-se pelas 11h27min e deitavam-se à 01h06 min da manhã. Assim, o tempo total de sono dos adolescentes durante a semana era de sete horas e 41 minutos e aos fins de semana este tempo aumentava um pouco, dando um total de sono de nove horas e 46 minutos. Verificou-se, assim, uma certa irregularidade

quando comparados os dados de durante a semana com os do fim de semana (Pinto et al, 2016).

No que diz respeito à avaliação das autopercepções dos adolescentes acerca do seu sono, verificou-se que cerca de 61% mencionaram não dormir o tempo suficiente, 39% consideraram adequada a duração do seu sono, 33% consideraram dormir razoavelmente, 47% consideraram dormir bem e cerca de 14% consideraram dormir muito bem. Contudo, houve uma pequena percentagem de adolescentes, 7%, que mencionaram dormir mal e/ou muito mal. Dentro dos vários fatores que poderiam estar a pôr em causa a duração do sono dos adolescentes durante a semana, os mais mencionados foram os fatores ambientais como “barulhos no quarto” (43%), ficar a “ver televisão até horas tardias” (42%), sendo que aos fins de semana a percentagem de “ficar a ver televisão até horas tardias” aumentou (59%) e acrescenta-se, ainda, o “ficar na internet até tarde” (53%). Os fatores emocionais apresentaram percentagens ainda mais elevadas, sendo que os adolescentes mencionaram “pensar em problemas” (61%) e “preocupação com os testes” (61%). Quanto à parte das atividades, as percentagens mostraram-se baixas durante a semana, aumentando consideravelmente aos fins de semana. Durante a semana salienta-se a prática de desporto à noite com 18% e, durante os fins de semana, as “festas com os amigos” com 47% e “saída com os amigos” com 40% (Pinto et al, 2016).

Por último, no que toca ao terceiro objetivo, conhecimento acerca do sono, cerca de 46% dos adolescentes consideraram ter conhecimentos “médios”, 23% conhecimentos “bons” e 5% “muito bons”. Apenas uma pequena percentagem, 20%, considera ter conhecimentos “fracos” e 6% “muito fracos” (Pinto et al, 2016).

Gregory e Sadeh (2012) estudaram a morbilidade psicológica, considerada como o desconforto, consequência da falta de bem-estar físico e psicológico, nomeadamente a depressão e a ansiedade, com aparecimento individual ou combinadas, e os problemas de sono. Os autores verificaram uma associação entre estes dois aspetos nos adolescentes, visto que adolescentes com sonhos perturbadores têm níveis mais altos de ansiedade e que as queixas de sono são mais comuns em adolescentes com depressão (Gregory & Sadeh, 2012).

Pucci e Pereira (2016), na sua investigação, tinham como objetivo analisar se a morbilidade psicológica era mediadora na relação entre o excesso de sonolência diurna e a qualidade do sono em adolescentes. Ao contrário do que a literatura menciona, verificaram que a morbilidade psicológica não era mediadora do excesso de sonolência diurna sobre a qualidade do sono (Pucci & Pereira, 2016).

Investigações onde foram estudadas as repercussões da restrição do sono em crianças constataram que, se o tempo de sono for maior, as crianças têm menos fadiga durante o dia e há melhoria nas suas capacidades de reação e na memória. No entanto, se o contrário

acontecer, ou seja, se houver uma redução nas horas de sono, haverá uma diminuição na reação motora e na capacidade de vigilância (Sadeh et al., 2003). Através da utilização do instrumento de avaliação *Child Behavior Checklist* (CBCL) de Achenbach, Sadeh e colaboradores (2003) observaram que as crianças que apresentavam mais dificuldades de sono eram descritas pelos pais como tendo mais problemas comportamentais.

1.4. Bem-estar

1.4.1. Bem-estar geral

O bem-estar pode ser considerado como o grau em que o indivíduo avalia a qualidade da sua vida favoravelmente como um todo (Silva et al., 2007), podendo, também, ser visto como uma interpretação que este desenvolve em relação a um conjunto de interesses, valores e expectativas, situados num certo contexto cultural. Assim, o bem-estar é, muitas vezes, associado ao conceito de qualidade de vida (Ferreira, 2015, cit. in Figueiras, 2017). A satisfação com a vida, ou a sensação de bem-estar, está ligada à forma como o sujeito é capaz de lidar com os acontecimentos da sua vida (Silva et al., 2007). Um aspeto que constitui uma parte importante do bem-estar é a forma como o indivíduo se posiciona em relação à vida, para lidar com as adversidades do dia a dia e como este enfrenta o seu quotidiano (Costa & Pereira, 2007).

O conceito de bem-estar contempla algumas características, nomeadamente: (a) refere-se à vida do indivíduo em geral ou a alguns domínios específicos, (b) associa-se às condições e contextos da vida, (c) abrange as várias dimensões do indivíduo, (d) baseia-se na perceção pessoal, (e) varia com o tempo e com as circunstâncias pessoais, (f) depende de fatores exógenos e de competências pessoais desenvolvidas ou em desenvolvimento e (g) possui uma marca subjetiva. Para além dos aspetos exógenos, o bem-estar engloba, igualmente, os aspetos endógenos de cada indivíduo (Silva, Matos, & Diniz, 2010). Este conceito encontra-se, também, relacionado com o desenvolvimento de competências de vida de um indivíduo, para uma possível adoção de estilos de vida potenciadores de saúde (Silva et al., 2010).

Nos dias de hoje, é evidente que o bem-estar na idade adulta é consequência das aprendizagens precoces da utilização das competências emocionais e sociais (Silva et al., 2010). Já na adolescência, o bem-estar tem sido considerado como um indicador de qualidade de vida diária, pois os adolescentes necessitam de se sentirem felizes, entender os significados das suas vidas e verem-se como competentes na realização das suas tarefas, de forma a dar uma resposta positiva às exigências do meio ambiente (Freire, Zenhas, Tavares, & Iglésias, 2013).

A literatura tem verificado que os níveis de bem-estar nas idades mais jovens são maiores do que os observados em idades mais avançadas dos adolescentes (Silva et al., 2010). Para um

nível satisfatório de bem-estar nos adolescentes nem sempre importa apenas a relação com os pares, mas também a boa comunicação com os pais e um bom relacionamento familiar. Estes fatores estão associados negativamente com o mal-estar e positivamente com o bem-estar subjetivo. Um dos contextos com o qual os adolescentes têm mais contacto é a escola, denotando-se que uma boa relação com esta e a perceção de um bom ambiente escolar são fatores que contribuem para o bem-estar do adolescente (Simões, 2011). Contudo, fatores como a solidão e sintomas depressivos estão associados negativamente com o bem-estar, sendo que níveis reduzidos de bem-estar psicológico nos adolescentes aparecem como fatores de risco para o desenvolvimento de comportamentos de risco, como o consumo de substâncias e delinquência (Griffin, Scheier, Botvin, & Diaz, 2001).

O bem-estar é um conceito extremamente amplo, destacando-se a existência de dois modelos do bem-estar: O bem-estar subjetivo e o bem-estar psicológico. Seguidamente, será feita uma breve descrição destes dois modelos, sendo dado um maior enfoque no bem-estar psicológico.

1.4.2. Bem-estar subjetivo (BES)

O primeiro modelo diz respeito ao bem-estar subjetivo (BES), proveniente dos estudos realizados acerca do hedonismo. A visão predominante do hedonismo é a de que o bem-estar consiste na avaliação subjetiva da felicidade, que engloba as experiências de prazer e sofrimento que se encontram nos juízos acerca dos elementos bons e maus da vida. Assim, este termo consiste, substancialmente, no princípio da acumulação do prazer e do evitamento da dor (Ryff, 1989). O BES é o fenómeno psíquico de cada indivíduo, onde a informação é recolhida individualmente (Poletto & Koller, 2011).

Segundo Maia, Raposo, Formiga, Tolentino e Melo (2016), o BES representa o somatório das qualidades que tipificam a vida de qualquer indivíduo na sociedade. Já Diener, Suh, Lucas e Smith (1999) referem que o BES pode ser entendido como o conjunto das reações que os sujeitos adotam quando são confrontados com estímulos externos do meio envolvente. Tais reações podem ser direcionadas pelas emoções, permitindo aos indivíduos adaptarem-se a diversas circunstâncias (Diener et al., 1999).

Este modelo é considerado complexo, na medida em que integra uma dimensão cognitiva e afetiva e um campo de estudo que abrange outros grandes conceitos e domínios, como a qualidade ou satisfação com a vida, o afeto positivo e o afeto negativo. O BES é composto, assim, por uma dimensão cognitiva, onde existe um juízo avaliativo exposto em termos de satisfação com a vida, e uma dimensão afetiva e emocional (positiva ou negativa ou afeto positivo e afeto negativo) expressa em termos globais, como a felicidade, ou através das emoções, em termos mais específicos (Novo, 2003, cit. in Galinha & Ribeiro, 2005). Estas duas dimensões estão sempre intercaladas na perceção de bem-estar, sendo, assim, difícil avaliá-las separadamente (Costa & Pereira, 2007).

Uma das componentes das características cognitivas do BES tem sido o conceito de satisfação com a vida, estando relacionada com a valorização e avaliação que o indivíduo faz da sua vida em geral ou de um determinado domínio da sua vida, como por exemplo os tempos livres, os amigos, a família, a escola - no caso das crianças e adolescentes -, ou de um aspeto específico de um dos domínios (Silva et al., 2010). Muitas vezes, as pessoas entendem o BES como a felicidade e satisfação com a vida, mas este construto não inclui apenas isto, englobando, também, as experiências individuais, as reações emocionais a essas experiências, o estado de ânimo e os julgamentos dos indivíduos e contribui para uma melhor compreensão e melhoria na qualidade de vida (Diener, Oishi, & Lucas, 2003). O BES reflete, ainda, as tendências sociais na preocupação com o valor individual de cada sujeito, a importância dos exames subjetivos de avaliação da vida e o reconhecimento de que o bem-estar inclui, necessariamente, elementos positivos que ultrapassam a prosperidade económica (Poletto & Koller, 2011).

Muitos dos estudos direcionados para o BES nas crianças incluem vários aspetos desde dados sociodemográficos (idade, género e estatuto socioeconómico), características interpessoais (humor, emoções e auto percepção), até à percepção de bem-estar e felicidade. Os estudos focados no BES nas crianças e adolescentes são recentes e deveriam focar-se na relação entre os vários aspetos acima mencionados, ou seja, entre as variáveis sociodemográficas, características intrapessoais e comportamentos de saúde (Gaspar, Ribeiro, Matos, Leal, & Ferreira, 2012).

Silva e colaboradores (2010) estudaram a auto percepção que as crianças e adolescentes tinham acerca do bem-estar e a percepção da escola, tendo verificado que é no género masculino que existem maiores níveis de BES, quando comparado com o género feminino, principalmente na componente afetivo-emocional. Nas variáveis relacionadas com a escola, verificaram que os níveis de BES vão diminuindo à medida que a idade aumenta. Constataram, ainda, que: Quanto maior fosse a percepção da capacidade escolar, melhores eram os níveis de bem-estar; quanto maior fosse o gosto das crianças e adolescentes pela escola, mais elevados eram os níveis de bem-estar; quanto maior a pressão que as crianças e adolescentes sentissem em relação aos trabalhos escolares, menor era a percepção de bem-estar; e quanto maior fosse o apoio dos colegas e dos professores, mais elevadas seriam as médias de bem-estar (Silva et al., 2010).

1.4.3. Bem-estar psicológico (BEP)

O segundo modelo do conceito de bem-estar está ligado a uma vertente mais psicológica, o bem-estar psicológico (BEP). Este modelo tem as suas origens nos estudos e conhecimentos acerca da eudaimonia. O eudaimonismo centra-se principalmente no funcionamento psicológico positivo e no desenvolvimento da eudaimonia, que tem como objetivo exprimir a capacidade de autorrealização e desenvolvimento humano (Fernandes, Vasconcelos-Raposo,

Bertelli, & Almeida, 2011). A eudaimonia é um termo-chave utilizado muitas vezes nos estudos realizados com a felicidade e o bem-estar. Este termo foi utilizado por Ryff (1989), para testar as concepções que, naquela altura, prevaleciam acerca do bem-estar subjetivo, voltadas para a avaliação da satisfação com a vida e o sentimento de bem-estar. O maior de todos os bens alcançáveis pelo indivíduo era a eudaimonia, que foi traduzida por Bradburn para significar felicidade, erroneamente. Já Ryff e Singer (2008) mencionam que a eudaimonia está associada às experiências de desenvolvimento pessoal, autorrealização e sentido e significado de vida. Aristóteles propõe, através da sua doutrina ética, que o viver bem resulta da eudaimonia, ou seja, provém da ação do sujeito em direção ao desenvolvimento dos seus potenciais (Ryff, 1989).

Uma das grandes preocupações de Ryff prendia-se pelo facto de o termo ser muitas vezes ignorado, sendo essencial reunirem-se esforços para desenvolver uma concepção de BEP, termo relacionado com o desenvolvimento e autorrealização do indivíduo (Ryff, 1989). O BEP é um constructo baseado, como o próprio nome indica, na teoria psicológica e agrega saberes de várias áreas como a psicologia do desenvolvimento humano, psicologia humanista-existencial e saúde mental e, ainda, acerca do funcionamento psicológico positivo (Machado & Bandeira, 2012). Salienta-se, assim, que a estrutura do funcionamento psicológico positivo se apoia nas várias teorias clássicas existentes em psicologia, que assentam numa abordagem clínica, dando maior importância às teorias que enfatizam os fenómenos de individuação, da autorrealização, da maturidade e do funcionamento completo. Contudo, as teorias quanto à saúde mental foram também utilizadas para justificar o conceito de bem-estar como sendo a ausência de doença e fortalecer o significado de saúde psicológica (Siqueira & Padovam, 2008). Tanto na saúde em geral, nas ciências sociais como nas várias áreas da Psicologia (saúde, clínica, personalidade e avaliação psicológica), o BEP mostra ser um constructo importante.

O interesse no estudo acerca do BEP foi crescendo ao longo dos anos devido ao facto de o reconhecimento do campo da psicologia ter dedicado mais atenção à felicidade e ao sofrimento humano do que às causas e consequências do funcionamento positivo (Siqueira & Padovam, 2008). Foi pelo ano de 1960 que se incluiu o estudo do bem-estar no âmbito psicológico voltado para a investigação científica, devido às transformações sociais (Segunda Guerra Mundial) e também pela necessidade de desenvolver indicadores sociais de qualidade de vida (Ryff, 1989). No final do ano de 1980, Ryff tentou definir a estrutura básica do bem-estar no âmbito psicológico (Machado & Bandeira, 2012).

Ryff e Singer (2008) centram-se em dois pontos fundamentais quando mostram os resultados empíricos provenientes do modelo do BEP. Um primeiro ponto refere que o bem-estar é influenciado pelos vários contextos do indivíduo, quando é visto como crescimento e realização humana. Já o segundo refere que a saúde pode ser uma consequência do bem-estar eudaimónico, promovendo, assim, a efetiva regulação de vários sistemas fisiológicos.

O conceito de BEP surge na literatura no seguimento das críticas feitas ao BES, devido às fragilidades das formulações que sustentavam este conceito e devido aos estudos realizados, que se focavam principalmente na felicidade e no sofrimento (Siqueira & Padovam, 2008). Ryff e Keyes (1995) referem que as formulações teóricas que sustentavam as bases do BES eram frágeis por diversas razões. Uma das razões foi o facto de o estudo de Bradburn dar pouca atenção ao significado fundamental de bem-estar, onde se destacava que a existência das duas dimensões da estrutura dos afetos (o afeto positivo e o afeto negativo) era resultante do efeito de serendipidade, ou seja, que surgiram por acaso. Como segunda razão referem que dentro da teorização psicológica existem várias teorias que permitem a constituição das concepções sobre o funcionamento psíquico, enfatizando os aspetos positivos e, dentro desta teorização, seria possível retirar suportes conceptuais necessários para originar o processo aplicado na resolução de desafios que podem surgir ao longo da vida do indivíduo e que constituem o entendimento central do BEP (Siqueira & Padovam, 2008).

É através das avaliações de satisfação com a vida e do balanço entre os afetos positivos e negativos que revelam a felicidade que o BES se sustenta, enquanto o BEP se sustenta através de formulações psicológicas acerca do desenvolvimento humano e da capacidade do indivíduo para enfrentar os desafios da vida, ou seja, o potencial humano (Siqueira & Padovam, 2008). O BES preocupa-se mais com o quão o indivíduo está satisfeito e feliz e em que áreas da sua vida isto se verifica, enquanto o BEP salienta o quão feliz e satisfeito o indivíduo se sente em dados domínios psicológicos e, também, os recursos psicológicos dos quais o próprio dispõe (Ryff, 1989). Diversos acontecimentos stressantes nas várias vertentes - pessoal, social ou cultural - podem causar uma rutura na sensação do indivíduo se sentir psicologicamente bem, afetando, assim, comportamentos e influenciando a perceção de saúde do indivíduo, o que causa sofrimento pessoal (Silva et al., 2007).

a) Modelo de bem-estar psicológico

No modelo do BEP, apresentado por Ryff (1989), a felicidade passa a ser vista como um produto do desenvolvimento e realização humana e não apenas como um objetivo de vida. Este modelo é composto por seis dimensões integradoras, baseadas na teoria psicológica do BEP, devendo estas dimensões ser encaradas como componentes do próprio bem-estar e não como contribuindo para o bem-estar (Ryff, 1989).

Essas dimensões, essenciais ao BEP, são: (1) aceitação pessoal ou autoaceitação, (2) propósito de vida, (3) domínio do ambiente, (4) relações positivas com os outros, (5) crescimento pessoal e, por fim, (6) autonomia (Machado & Bandeira, 2012).

A primeira dimensão, aceitação pessoal ou autoaceitação, refere-se à capacidade de o indivíduo se aceitar a si próprio, a certos aspetos da sua personalidade e ao outro e à tomada de uma atitude positiva para consigo mesmo. Esta dimensão é caracterizada pela perceção e aceitação de diversos aspetos pessoais que estão relacionados com as boas e más

características do sujeito, das avaliações que este faz do seu passado e das experiências de vida (Machado & Bandeira, 2012; Ryff, 1989). A segunda dimensão, propósito de vida, diz respeito ao sentido de autorrealização e percepção de existência de objetivos de vida, sendo que existem objetivos de acordo com as crenças, valores e necessidades do indivíduo. A terceira dimensão, domínio do ambiente, refere-se à capacidade da pessoa para desenvolver e organizar espaços que satisfaçam as suas necessidades pessoais e à sua capacidade para lidar com os desafios complexos da vida, sendo que o indivíduo consegue comandar o contexto onde se encontra e o ambiente que o rodeia. Por sua vez, a quarta dimensão, relações positivas com os outros, refere-se à qualidade das relações que o indivíduo estabelece com os outros, sendo que uma relação positiva se traduz num relacionamento que seja seguro, íntimo e satisfatório, com base na confiança e afetividade (Machado & Bandeira, 2012; Ryff & Keyes, 1995). A quinta dimensão, crescimento pessoal, diz respeito ao sentimento de desenvolvimento contínuo, à capacidade de estar aberto a novas experiências e à procura da autorrealização, estando, também, associado ao desenvolvimento do indivíduo enquanto pessoa (Ryff & Singer, 2008). Por último, mas não menos importante, a sexta dimensão, autonomia, refere-se à autodeterminação, independência e ajuste do comportamento como características essenciais para a qualidade de vida. Esta diz respeito à competência do sujeito para se manter ativo individualmente, à libertação de medos e promoção de sentimentos de liberdade. Refere-se, ainda, à capacidade do indivíduo para gerir a sua vida e lidar com as exigências do ambiente que o rodeia (Machado & Bandeira, 2012; Ryff, 1989).

Na Figura 1 é possível ver representadas as seis dimensões e, ao seu redor, encontram-se os aspetos conceituais.

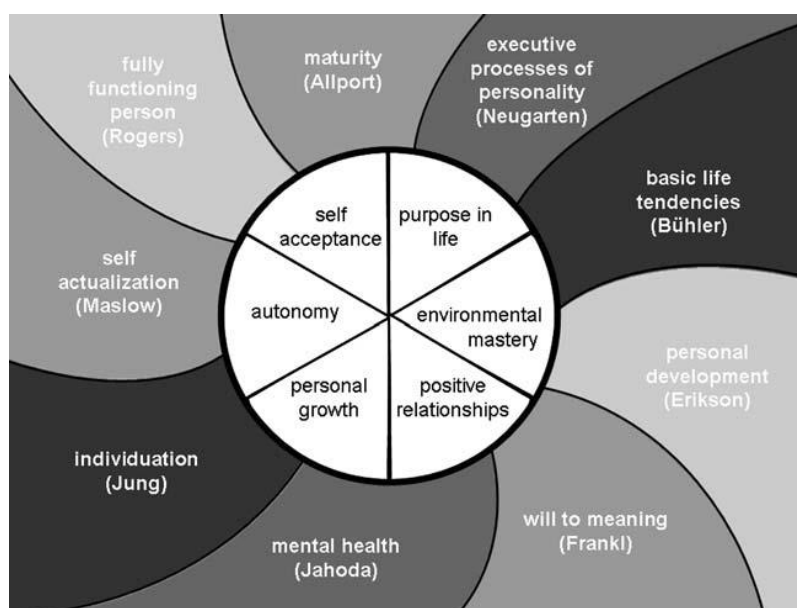


Figura 1. Dimensões fundamentais do bem-estar psicológico e fundamentos teóricos (adaptado de Ryff & Singer, 2008, p. 20).

Para cada uma destas dimensões foi desenvolvida uma escala de autoavaliação, tipo Likert, constituída por afirmações de carácter descritivo e categorias de resposta que vão desde *discordo completamente* até *concordo completamente*. Esta escala foi denominada de Escala de Bem-estar Psicológico (EBEP) ou *Psychological Well-Being Scale* (PWBS; Ryff, 1989).

Em 1989, Ryff começou a desenvolver escalas psicométricas com o objetivo de avaliar as seis dimensões do BEP. Inicialmente, cada dimensão foi operacionalizada em termos de *scores* positivos e negativos, formulando 80 itens para cada dimensão. No final, foram mantidos 20 itens por dimensão (10 positivos e 10 negativos), tendo sido descartados os itens que apresentavam uma baixa correlação com a sua dimensão original e que se correlacionassem com outra dimensão (Machado & Bandeira, 2012).

Após a construção da versão original da Escala de Bem-Estar Psicológico (EBEP) de Ryff, foram sendo desenvolvidas versões alternativas e mais breves. Uma primeira versão, constituída por 84 itens (14 por cada dimensão), foi desenvolvida por Ryff e Essex (1992), verificando-se uma consistência interna entre .83 e .91. Uma outra versão, composta por 18 itens (três por cada dimensão), teve como autores Ryff e Keyes (1995). Esta escala apresenta uma baixa consistência interna, variando de .33 a .56, provavelmente devido ao baixo número de itens por dimensão. Ainda uma terceira versão, com 54 itens (nove por cada dimensão), utilizada no *Wisconsin Longitudinal Study* pela equipa de Ryff, apresenta como medidas de fidedignidade das suas subescalas valores de .61 a .83 (Machado & Bandeira, 2012). Assim, praticamente todas as versões desenvolvidas como alternativas à escala original têm demonstrado correlações elevadas e boas qualidades psicométricas com a escala original (Ryff, 1989).

Importa referir que não existe apenas uma abordagem quantitativa utilizada para a avaliação do BEP, mas também uma abordagem mais qualitativa, realizada através de estudos de narrativas. Através das investigações qualitativas são, também, estudadas as dimensões do BEP, em narrativas autobiográficas, quanto aos objetivos de vida e etapas de desenvolvimento, demonstrando que a avaliação do BEP pode ser feita sem recurso exclusivo às abordagens quantitativas (Machado & Bandeira, 2012).

A PWBS ou EBEP foi estudada e testada por vários autores devido à sua relação com indicadores prévios de bem-estar a um nível mais psicológico. Nos vários estudos verificou-se uma correlação positiva com as medidas de satisfação de vida, afetos positivos e balanço entre os afetos e uma correlação negativa com os afetos negativos e a depressão. Verificou-se também, quando testada em adultos, que as mulheres apresentavam níveis mais baixos de BEP quando comparadas com os homens (Ryff & Keyes, 1995).

b) Resultados da investigação sobre o BEP

Um dos contextos na vida dos adolescentes que tem sido cada vez mais alvo de investigação centrada no bem-estar é o contexto escolar, particularmente a satisfação escolar e fatores associados. Esta variável reflete as relações psicossociais e das próprias vivências que os adolescentes mantêm com os seus pares e adultos significativos. Neste contexto e nesta fase do desenvolvimento humano, os adolescentes tendem a centrar a sua atenção nas suas características pessoais que percecionam como distintas e a compará-las com os seus pares. Muitas vezes, a autoestima, o autoconceito e o BEP dos adolescentes são afetados pelos pensamentos de “ser inferior” e de “ser diferente” quando se comparam com os seus pares (Moshman, 2005, cit. in Fernandes et al., 2011).

Fernandes e colaboradores (2011) realizaram um estudo com uma amostra de 698 adolescentes, 381 raparigas e 317 rapazes, com idades entre os 12 e os 18 anos, com a finalidade de identificar os fatores que influenciavam a satisfação escolar e relacionar esta variável com o BEP. Com os resultados obtidos verificaram que a satisfação com a escola exerce um efeito moderado nos níveis do BEP, proporcionando uma extensão na compreensão da satisfação com a escola às diferentes facetas do BEP. Os níveis elevados de satisfação escolar não significam apenas um maior bem-estar global, mas também desenvolvem um sentido mais elevado de domínio e competência na forma de lidar com o meio envolvente, promovem e desenvolvem a capacidade para estabelecer relações significativas, permitem focar a atenção que é necessária para definir metas que dão sentido ao comportamento individual e incrementam um reconhecimento positivo dos valores e capacidade pessoais. Por outro lado, as variáveis sociodemográficas como o género, local de residência e estatuto socioeconómico não demonstraram ter um efeito significativo quando foram comparados os níveis de satisfação escolar. Contudo, verificou-se que a satisfação com a escola ia diminuindo com o avançar da idade. Uma relação positiva com os pais era um forte indicador de perceção positiva do ambiente escolar por parte dos adolescentes. Quanto ao BEP verificou-se uma correlação positiva com a satisfação com a escola (Fernandes et al., 2011).

Ryff e Singer (2008) encontraram uma associação elevada entre o BEP e a posição educacional, sendo esta associação direcionada para o propósito pessoal e crescimento na vida. Segundo estes autores, estas duas variáveis são os pilares fundamentais da eudaimonia. Por sua vez, Machado e Bandeira (2012) concluíram, primeiramente, através da revisão da literatura e de várias investigações, que com o avançar da idade as pessoas mostram-se mais confiantes quanto às suas crenças e experiências pessoais e que coordenam melhor o seu ambiente, consoante as suas necessidades. No entanto, este processo leva a uma diminuição da procura dos objetivos de vida e do investimento no desenvolvimento pessoal. Posteriormente, concluíram que existe uma forte conexão entre o nível de desigualdade social e o BEP, pois indivíduos com melhores condições socioeconómicas e melhores oportunidades apresentam níveis superiores de bem-estar. Por fim, verificaram que os traços

da personalidade como o neuroticismo e a extroversão têm um papel fundamental nos níveis de BEP, apesar de os outros traços da personalidade se relacionarem igualmente com este construto, demonstrando uma grande complexidade entre os traços da personalidade e o BEP (Machado & Bandeira, 2012).

No seu estudo, Silva e colegas (2007), usaram uma amostra representativa de adolescentes, com idades compreendidas entre os 15 e os 18 anos e tinham como objetivo procurar identificar fatores que se encontravam associados ao BEP em adolescentes e concluíram que, dentro das variáveis socioeconómicas, duas delas - o baixo nível socioeconómico e a baixa escolaridade dos pais - estavam associadas a menores níveis de BEP nos adolescentes. Ryff e Singer (2008) verificaram que o estatuto socioeconómico é um bom preditor de BEP.

Silva e colaboradores (2007) verificaram o mesmo com variáveis relacionadas com os comportamentos em saúde dos adolescentes, ou seja, o sedentarismo e o abuso de bebidas alcoólicas e tabaco estão associadas a níveis mais baixos de Bem-Estar Psicológico. Chegaram, desta forma, à conclusão de que era necessário o desenvolvimento de programas que visam a redução da pobreza e o controlo do uso do álcool e do tabaco, de forma a existirem níveis mais elevados de bem-estar psicológico entre os adolescentes (Silva et al., 2007). Por fim, relativamente a variáveis ligadas à religiosidade, os adolescentes que relataram pertencer a uma religião apresentaram níveis mais altos de BEP, bem como os que disseram que praticavam uma atividade religiosa semanalmente, quando comparados com os que praticavam essas atividades esporadicamente (Silva et al., 2007). Greenfield, Vaillant e Marks (2009) verificaram que existiam níveis mais altos de espiritualidade associados a melhores níveis de BEP nas suas 6 dimensões, apesar das associações variarem, sendo os valores da associação entre a espiritualidade e relações positiva com os outros, autoaceitação e afeto positivo os mais elevados. Tomé e colaboradores (2015) concluíram, igualmente, que as relações interpessoais têm grande importância ao longo da vida, especialmente para o BEP dos adolescentes.

Cid, Silva e Alves (2007) concluíram que o BEP está associado aos índices de participação em programas de exercício físico, o que indica que este pode desencadear a sensação de vigor, que, por sua vez, conduz ao BEP. Verificaram também que a procura de BEP faz com que cada vez mais pessoas, de todas as faixas etárias, desde a infância até à idade mais avançada, adiram à prática de exercício físico (Cid, Silva & Alves, 2007).

1.5. Teoria da autodeterminação (TAD)

Neste ponto, torna-se importante falar da teoria da autodeterminação (TAD), na medida em que esta tem como finalidade estudar as condições do contexto social que facilitam e

ajudam a saúde psicológica e, também, porque apresenta como hipótese principal a ideia de que o bem-estar psicológico pode ser alcançado através da autodeterminação (Ryan & Deci, 1987, cit. in Appel-Silva, Wendt, & Argimon, 2010). Para um comportamento ser autodeterminado deve estar acompanhado de quatro premissas básicas: Ser autónomo (o que diz respeito aos interesses, necessidades e capacidades das pessoas), ser autorregulado (i.e., utilizar estratégias para alcançar objetivos e para uma aprendizagem contínua), ser a expressão de um poder psicológico (que se relaciona com o controlo percebido em domínio motivacionais, cognitivos e da personalidade), e por fim, resultar em autorrealização (i.e., tendência em agir com base em propósitos pessoais; Appel-Silva et al., 2010).

A teoria da autodeterminação (TAD) é uma macroteoria da motivação, da personalidade e do bem-estar que tem como princípio a ideia de que a motivação pode variar dentro de um contínuo, desde a amotivação até à motivação intrínseca (Simões & Alarcão, 2013). Deci e Ryan (2000) desenvolveram uma taxonomia onde a regulação do comportamento do indivíduo, de uma forma mais ou menos autodeterminada, é demarcada pela motivação do mesmo (Figura 2).

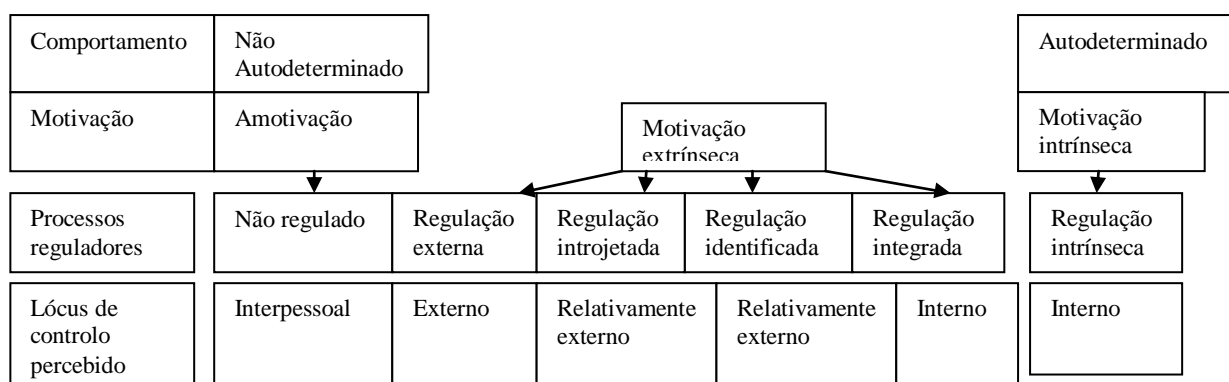


Figura 2. Continuum de autodeterminação (adaptado de Deci & Ryan, 2000).

Esta teoria analisa as condições que poderão suscitar a motivação em diversos contextos, como o contexto da saúde, da educação e das organizações, sendo que estas condições irão depender das chamadas necessidades psicológicas básicas (Deci & Ryan, 2008). Sendo uma macroteoria da motivação humana, aborda um conjunto diverso de questões básicas, nomeadamente o desenvolvimento da personalidade, as necessidades psicológicas universais, a autorregulação, os objetivos e aspirações da vida, a vitalidade e energia do indivíduo, os processos inconscientes, as relações de cultura com a motivação e o impacto que o ambiente social exerce nesta, o afeto, o comportamento e o bem-estar (Deci & Ryan, 2008).

O trabalho inicial acerca da TAD aparece nos anos 70 do século XX, contudo, a primeira declaração desenvolvida surge na década de 80, sendo que foi nestas últimas décadas que a TAD evoluiu verdadeiramente (Deci & Ryan, 2008). Esta teoria distingue os conceitos de

metas ou resultados e os processos regulatórios pelos quais os resultados são prosseguidos, fazendo previsões para diferentes conteúdos e diferentes processos. Quanto a isto, segundo esta teoria, uma questão crítica é o grau em que o indivíduo é ou não capaz de satisfazer as suas necessidades psicológicas básicas. A TAD explica que o entendimento completo do comportamento dirigido a objetivos, do desenvolvimento psicológico e do bem-estar, só é alcançado quando satisfeitas as questões relacionadas com as necessidades da pessoa. Estas necessidades dão aos objetivos o potencial psicológico e influenciam os processos regulatórios que direcionam o indivíduo para os objetivos a alcançar (Deci & Ryan, 2000).

1.5.1. Necessidades psicológicas básicas

Para um bom funcionamento afetivo e da saúde psicológica, existe um conjunto de necessidades psicológicas universais que devem ser satisfeitas e, também, algumas condições necessárias para o crescimento e bem-estar das personalidades e estruturas cognitivas das pessoas, como é o caso do desenvolvimento e funcionamento físico do indivíduo. As necessidades psicológicas básicas, segunda a TAD, são os nutrientes necessários para tal (Ryan & Deci, 2002). As necessidades são disposições de carácter inato, cuja satisfação deve basear-se na sobrevivência, no crescimento e na integração do indivíduo. O conceito de necessidade psicológica sugere que a psique humana reúne esforços para obter esses nutrientes, direcionando a ação humana para as situações que os possam proporcionar, independentemente de a pessoa estar ou não consciente das necessidades (Deci & Ryan, 2008). Dentro das necessidades psicológicas básicas encontram-se as necessidades de competência, de autonomia e de relacionamento (Ryan & Deci, 2002).

A necessidade de competência diz respeito a um sentimento pessoal de eficácia entre o indivíduo e o ambiente social, referindo-se, também, ao experienciar e criar oportunidades para o indivíduo desenvolver uma perceção de sucesso e exercer as suas capacidades perante situações desafiadoras (Simões & Alarcão, 2013). Assim, a competência não é uma habilidade ou capacidade alcançada, mas sim um sentimento de confiança e eficácia na ação desempenhada pelo sujeito (Ryan & Deci, 2002). A necessidade de autonomia, por sua vez, está associada à capacidade de o indivíduo tomar decisões ou iniciar tarefas, ao controlo volitivo e à assunção das consequências do próprio comportamento, sendo percebida como a origem do próprio comportamento. Por último, a necessidade psicológica de relacionamento refere-se à orientação pessoal para estabelecer laços relacionais fortes, estáveis e duradouros, capazes de promover o sentido de aceitação e de compreensão por parte dos outros. É o sentimento de ligação com o outro, cuidar e ser cuidado pelo outro e um sentimento de pertença com o outro e com a comunidade em geral (Ryan & Deci, 2002).

As necessidades psicológicas básicas são satisfeitas quando existe qualidade nas relações interpessoais, as quais são vistas como essencialmente dinâmicas. Vários estudos mostram que os níveis mais elevados de satisfação das necessidades psicológicas básicas surgem ligadas

a uma elevada autodeterminação comportamental, motivação intrínseca e processos de regulação do comportamento (Chirkov, Ryan, & Wellnes 2005, cit. in Simões & Alarcão, 2013).

As necessidades acarretam componentes psicológicos inatos fundamentais para o crescimento, integridade e bem-estar psicológico. Segundo Deci e Ryan (2000), a satisfação destas necessidades parece estar associada a um funcionamento mais eficaz. Os mesmos autores afirmam que cada uma destas necessidades desempenha um papel fundamental para o desenvolvimento ideal para que nenhuma das necessidades seja negligenciada.

Deci e Ryan (2000) realizaram diversos estudos para mostrar que a satisfação das necessidades psicológicas básicas (competência, autonomia e relacionamento) está diretamente associada ao bem-estar. Como já referido, o bem-estar diz respeito à satisfação do indivíduo com a vida e à experiência de saúde psicológica, não sendo simplesmente uma experiência subjetiva de positividade de afeto (positivo e negativo). É, também, uma função organísmica na qual o sujeito deteta a presença ou ausência de um profundo juízo interno de bem-estar. Assim, segundo a TAD, as flutuações na satisfação das necessidades preverão as flutuações no bem-estar. Reis, Sheldon, Gable, Roscoe e Ryan (2000) solicitaram que as três necessidades psicológicas básicas deviam desempenhar um papel no bem-estar diário do indivíduo.

É de destacar que Deci e Ryan (2008) verificaram que a satisfação das necessidades prevê o bem-estar psicológico em todas as culturas, sendo que também ajudam a explicar e a perceber o motivo pelo qual alguns comportamentos que são eficazes aumentam o bem-estar, e outros não. Quando as necessidades são satisfeitas, estas irão promover o bem-estar, mas quando são negligenciadas ou frustradas, podem levar a consequências negativas. Neste sentido, para ser considerada uma necessidade deverá haver uma relação direta com o bem-estar do indivíduo (Deci & Ryan, 2008).

Capítulo 2 - Estudo Empírico

Neste capítulo é apresentado o estudo empírico, realizado ao longo do ano letivo. É feita uma descrição do mesmo, apresentando os objetivos, as variáveis utilizadas e sua operacionalização e as questões de investigação que dela emergem. De seguida, é descrito o desenho do estudo, os participantes e os instrumentos utilizados. Depois descreveremos o procedimento utilizado para a recolha de dados e as questões éticas subjacentes, assim como a metodologia de análise estatística dos dados.

Assim, o desenho metodológico desta investigação seguiu as seguintes etapas:

- Pesquisa bibliográfica.
- Recolha de dados, através do preenchimento dos instrumentos de avaliação utilizados, por questionário de autorresposta: questionário sociodemográfico, Escala de Promoção de Saúde em Adolescentes (EPSA), Escala de Avaliação da Qualidade do Sono na Adolescência (AQSA) e Escala de Medida de Manifestação de Bem-Estar Psicológico (EMMBEP).

2.1. Caracterização metodológica do estudo

O estudo realizado caracteriza-se por ser descritivo e transversal, apresentando um *design* de investigação correlacional e intra-sujeitos. Trata-se de um estudo transversal pois os dados foram recolhidos num único momento e porque permite estimar a frequência com que um evento (de saúde) se manifesta numa população específica. Apesar de se analisar relações de associação, este não sugere necessariamente uma relação de causalidade ou de causa e efeito (Bastos & Duquia, 2007). É descritivo pois pretende descrever as variáveis analisadas e identificar e caracterizar variáveis associadas aos questionários utilizados, assim como caracterizar os comportamentos da amostra utilizada e inventariar factos. É, também, um estudo correlacional, na medida em que relaciona variáveis, aprecia a interação das variáveis e diferencia grupos.

Desta forma, foi conduzido um estudo quantitativo, isto é, foram utilizadas escalas de avaliação com uma base numérica para a avaliação dos participantes relativamente às variáveis em estudo. Posteriormente, essas escalas conduziram a análises estatísticas dos resultados.

Assim, esta investigação pretende contribuir para o desenvolvimento de conhecimento científico acerca do bem-estar psicológico dos adolescentes, focalizando-se em determinantes de comportamentos de saúde e dos hábitos de sono. Para isso, as variáveis que serão consideradas e apresentadas neste estudo são as seguintes: Comportamentos de Saúde,

Qualidade do Sono e Bem-Estar Psicológico. Com este estudo pretende-se, igualmente, investigar a relação existente entre os Comportamentos de Saúde dos adolescentes, avaliados através da EPSA (Escala de Promoção de Saúde em Adolescentes) adaptada por Tomás e colaboradores (2015), a Qualidade do Sono, medida através da AQSA (Escala de Avaliação da Qualidade do Sono na Adolescência), adaptada por Barros e colaboradores (2014), com os níveis de Bem-Estar Psicológico, medidos através do EMMBEP (Escala de Medida de Manifestação de Bem-Estar Psicológico), adaptada por Monteiro e colaboradores (2012), nos adolescentes.

Como objetivos específicos, e tendo por base a revisão da literatura, pretendeu-se analisar de forma detalhada os Comportamentos de Saúde, a Qualidade de Sono e os níveis de Bem-Estar Psicológico dos participantes, verificando se existem relações entre as variáveis. Assim como analisar a existência de diferenças ao nível do Bem-Estar Psicológico (BEP) entre grupos, formados tendo em conta variáveis sociodemográficas, nomeadamente: idade, género, atividade extracurricular e habilitações literárias dos encarregados de educação. Pretendeu-se, ainda, analisar a relação entre os níveis de Bem-Estar Psicológico com a Qualidade do Sono e com os Comportamentos de Saúde.

Desta forma, serão testadas empiricamente os objetivos que relacionam as diferentes variáveis que constituem o estudo, principalmente, variáveis sociodemográficas, e os níveis de Bem-Estar Psicológico, os Comportamentos de Saúde e a Qualidade de Sono dos adolescentes.

A questão de investigação que orienta este estudo é: como é que os comportamentos de saúde e a qualidade do sono se relacionam com o bem-estar psicológico em adolescentes?

2.1.1. Objetivos

Tendo em conta a questão de investigação e a revisão da literatura definiram-se como objetivos específicos para esta investigação:

- 1) Verificar se existem diferenças estatisticamente significativas nos níveis de BEP entre grupos formados em função do género;
- 2) Verificar se existem diferenças estatisticamente significativas nos níveis de BEP entre grupos formados em função da faixa etária;
- 3) Verificar se existem diferenças estatisticamente significativas nos níveis de BEP entre grupos formados em função das habilitações literárias dos Encarregados de Educação;
- 4) Verificar se existem diferenças estatisticamente significativas nos níveis de BEP entre grupos formados em função da prática de atividades extracurriculares;
- 5) Avaliar se o BEP está significativamente correlacionado com a Qualidade de Sono (AQSA);
 - 5.1) Avaliar se o BEP está significativamente correlacionado com a subescala Hora de Deitar (AQSA);

- 5.2) Avaliar se o BEP está significativamente correlacionado com a subescala Adormecer (AQSA);
- 5.3) Avaliar se o BEP está significativamente correlacionado com a subescala Manter o Sono (AQSA);
- 5.4) Avaliar se o BEP está significativamente correlacionado com a subescala Retomar o Sono (AQSA);
- 5.5) Avaliar se o BEP está significativamente correlacionado com a subescala Acordar (AQSA);
- 6) Avaliar se o BEP está significativamente correlacionado com os Comportamentos de Saúde (EPSA);
 - 6.1) Avaliar se o BEP está significativamente correlacionado com a subescala Exercício Físico (EPSA);
 - 6.2) Avaliar se o BEP está significativamente correlacionado com a subescala Suporte Social (EPSA).

2.2. Método

2.2.1. Participantes

Participaram neste estudo adolescentes, com idades compreendidas entre os 14 e os 18 anos, a frequentar o 9º, 10º, 11º e 12º ano de escolaridade, de ambos os sexos. A amostra foi recolhida numa escola de Pinhel e numa Associação no concelho de Mangualde.

A amostra é constituída por 118 participantes, sendo validados todos os questionários. É uma amostra por conveniência, uma vez que se acederam aos adolescentes que demonstraram interesse e disponibilidade em participar no estudo, após o consentimento escrito dos pais.

Colaboraram na investigação 118 adolescentes, que se encontravam a frequentar o 3º ciclo e o ensino secundário. Ao analisar a Tabela 1, verifica-se que a amostra é composta por 65 adolescentes do género masculino (55.1%), embora o género feminino tenha uma boa representatividade, com 53 adolescentes (44.9%). É possível averiguar que a idade dos participantes se distribuiu entre um valor mínimo de 14 anos e um máximo de 18 anos, com uma média de 15.42 anos e desvio padrão de 1.310, sendo maioritariamente adolescentes com 15 anos (36.4%), seguidos de adolescentes com 14 anos (28%). Relativamente ao ano de escolaridade é possível verificar que os participantes frequentavam maioritariamente o 9º ano (62.7%) e o 10º ano (16.9%), estando poucos participantes a frequentarem o 8º (1.7%), 11º (8.5%) e 12º ano (10.2%). No que diz respeito ao local de residência, a maioria da amostra residia em Pinhel (42.4%), seguindo-se Mangualde (23.7%) e Oliveira de Azeméis (11.9%). Quanto às atividades extracurriculares, 67.8% dos participantes responderam frequentar algum tipo de atividade, sendo que a atividade extracurricular mais frequentada era o

desporto (33.9%), seguindo depois a música (5.1%), línguas (3.4%) e escuteiros (0.8%). Em relação ao agregado familiar a maioria dos adolescentes (54.2%) vivia com a mãe, o pai e irmãos, 23.7% vivia apenas com os pais e 6.8% apenas com a mãe.

Tabela 1

Caracterização dos Dados Sociodemográficos dos Participantes (N = 118)

Variáveis	Classes	n	Frequências (%)
Género	Masculino	65	55.1%
	Feminino	53	44.9%
Idade	14	33	28%
	15	43	36.4%
	16	15	12.7%
	17	14	11.9%
	18	13	11%
Ano de Escolaridade	8º	2	1.7%
	9º	74	62.7%
	10º	20	16.9%
	11º	10	8.5%
	12º	12	10.2%
Residência (distrito)	Aveiro	19	16.3%
	Braga	1	0.8%
	Guarda	55	46.6%
	Lisboa	1	0.8%
	Évora	6	5.1%
	Viseu	36	30.4%
Atividades Extracurriculares	Sim	80	67.8%
	Não	38	32.2%
Quais	Desporto	40	33.9%
	Música	6	5.1%
	Línguas	4	3.4%
	Escuteiros	1	0.8%
	Outros	9	7.6%
	Música/Desporto	8	6.8%

	Música/Desporto/Línguas	5	4.2%
	Desporto/Outros	3	2.5%
	Música/Línguas	2	1.7%
	Desporto/Escuteiros	1	0.8%
	Desporto/Línguas	1	0.8%
Agregado Familiar	Mãe	8	6.8%
	Avós	1	0.8%
	Mãe/Pai	28	23.7%
	Mãe/Pai/Irmãos	64	54.2%
	Mãe/Pai/Irmãos/Avós	5	4.2%
	Mãe/Pai/Avós	5	4.2%
	Mãe/Irmãos	3	2.5%
	Pai/Irmãos	2	1.7%
	Mãe/Irmãos/Avós	1	0.8%
	Mãe/Avós	1	0.8%

No que diz respeito às questões relativas à saúde dos participantes, presentes no questionário sociodemográfico, apenas 11 participantes (9.3%) responderam ter problemas de saúde crónicos, 3 (2.5%) responderam ter acompanhamento psicológico e 16 (13.6%) responderam sofrer de excesso de peso, como se pode confirmar na Tabela 2.

Tabela 2

Caracterização dos Participantes Segundo a Existência de Problemas de Saúde Crónicos, Acompanhamento Psicológico e Problemas de Obesidade (N = 118)

	Sim		Não		Total	
	n	%	n	%	N	%
Problemas de Saúde Crónicos	11	9.3%	107	90.7%	118	100.0
Acompanhamento Psicológico	3	2.5%	115	97.5%	118	100.0
Excesso de Peso	16	13.6%	102	86.4%	118	100.0

Quanto à informação relativa aos encarregados de educação dos adolescentes, encontrou-se uma faixa etária entre os 37 e os 56 anos (Tabela 3), tendo a maioria entre os

40 - 50 anos (68.6%). Relativamente ao género dos encarregados de educação, destacou-se o feminino com 81.4%. Por fim, e quanto às habilitações literárias dos mesmos, verificou-se que a maioria (77.1%) tinha entre o 4º e o 12º ano de escolaridade, sendo que os restantes apresentaram ter a licenciatura, mestrado ou doutoramento (22.9%).

Tabela 3

Caracterização dos Encarregados de Educação Segundo a Idade, Género e Habilitações Literárias

Variáveis	Classes	n	%
Idade	Menos de 40 anos	19	16.1%
	Entre 40 e 50 anos	72	68.6%
	Mais de 50 anos	27	15.3%
Género	Feminino	96	81.4%
	Masculino	22	18.6%
Habilitações Literárias	4º - 12º ano	91	77.1%
	Licenc., Mestrado ou	27	22.9%
	Doutoramento		

2.2.2. Instrumentos

O protocolo de recolha de dados era constituído por um conjunto de instrumentos de autorrelato (autorresposta). Os instrumentos utilizados eram relativamente a cada uma das variáveis: (a) Comportamentos de Saúde - utilizando a Escala de Promoção de Saúde em Adolescentes (EPSA; Tomás, Queirós, & Ferreira, 2015), (b) Qualidade do Sono - recorrendo à Escala de Avaliação da Qualidade do Sono na Adolescência (AQSA; Barros, Fernandes, & Rodrigues, 2014) e (c) Bem-Estar Psicológico - utilizando a Escala de Medida de Manifestação de Bem-Estar Psicológico (EMMBEP; Monteiro, Tavares, & Pereira, 2012). Foi, ainda, aplicado um questionário sociodemográfico, preenchido pelos participantes. De seguida, descrevem-se os instrumentos referidos de forma mais detalhada.

a) Questionário sociodemográfico

O questionário sociodemográfico foi o primeiro instrumento a ser aplicado. Este questionário foi elaborado pelos investigadores e incluía dados acerca do adolescente, como: idade, género, ano de escolaridade, local de residência, frequência de atividades extracurriculares, agregado familiar, problemas de saúde crónicos, acompanhamento psicológico/psiquiátrico, excesso de peso, e dados sobre o encarregado de educação, como: idade, género, estado civil, nacionalidade, número de filhos e habilitações literárias.

b) Escala de Promoção de Saúde em Adolescentes

O instrumento de avaliação utilizado para avaliar os comportamentos de saúde dos adolescentes foi a *Adolescent Health Promotion Scale* (Chen, Wang, Yang, & Liou, 2003), adaptada e validada para a população portuguesa por Tomás e colaboradores (2015), tendo sido denominada de Escala de Promoção de Saúde em Adolescentes (EPSA). Esta escala tem como objetivo avaliar os comportamentos promotores de saúde nos adolescentes portugueses.

A EPSA é composta por 40 questões que abordam e tentam espelhar a frequência de alguns comportamentos promotores de saúde, que estão distribuídos por seis sub-escalas que correspondem a diversas áreas do comportamento humano como Nutrição, Suporte Social, Responsabilidade pela Saúde, Apreciação da Vida, Exercício Físico e Gestão do *Stress*. Esta escala é de resposta tipo Likert, variando entre *Nunca* (0-10%) a *Sempre* (81-100%), cotadas de 1 a 5 pontos, sendo a pontuação máxima 200 pontos e a mínima 40 pontos; as pontuações mais altas correspondem a comportamentos promotores de saúde mais frequentes.

Na escala validada para a população portuguesa a estrutura da mesma foi dividida nos seus fatores (correspondendo às seis subescalas da escala original). O Fator I, Apreciar a Vida, é composto por oito itens (itens 22 a 29; e.g., “*Faço um esforço para me sentir feliz e contente*”); o Fator II, Gestão do *Stress*, é composto por seis itens (35 a 40; e.g., “*Faço um esforço para passar algum tempo a relaxar diariamente*”); o Fator III, Responsabilidade pela Saúde, é composto por oito itens (14 a 21; e.g., “*Discuto as minhas preocupações sobre saúde com um médico ou enfermeiro*”); o Fator IV, Suporte Social, é composto por sete itens (7 a 13; e.g., “*Faço um esforço para ter boas amizades*”); o Fator V, Exercício Físico, é composto cinco itens (30 a 34; e.g., “*Faço exercício vigoroso durante 30 minutos pelo menos 3 vezes por semana*”); e o ultimo fator, Fator VI, Nutrição, é composto por seis itens (1 a 6; e.g., “*Como três refeições por dia (pequeno-almoço, almoço e jantar)*” (Tomás et al., 2015).

Em relação às propriedades psicométricas, os autores da escala original obtiveram um alfa de Cronbach de .932 para a escala total e valores entre .748 e .878 para as várias subescalas. Na escala validada para a população portuguesa obteve-se um alfa de Cronbach de .889 para a escala total e para os vários fatores variou entre os valores .552, para o Fator VI (Nutrição), e .843 para o Fator I (Apreciar a Vida; Tomás et al., 2015).

c) Escala de Avaliação da Qualidade do Sono na Adolescência (AQSA)

A escala utilizada para avaliar a qualidade do sono dos adolescentes foi a *Quality of Sleep in Adolescence*, desenvolvida em 2005 por LeBourgeois e colaboradores, adaptada e validada para a população portuguesa por Barros e colaboradores (2014), com a denominação de Escala de Avaliação da Qualidade do Sono na Adolescência.

Esta escala avalia a qualidade do sono e encontra-se dividida em 5 subescalas: A subescala Hora de Deitar é composta por cinco itens (1-5) e avalia a frequência de alguns comportamentos ou atitudes que antecedem o adormecimento (e.g., “*Tento adiar ou atrasar*

a hora de ir para a cama”); a subescala Adormecer, com seis itens (6-11), tenta caracterizar o momento de passagem da vigília para o sono (e.g., “*Tenho dificuldade em adormecer*”); a subescala Manter o Sono, com seis itens (12-17), avalia a ocorrência de comportamentos durante o sono que possam perturbar a sua qualidade (e.g., “*Durante a noite, mexo-me e viro-me na cama*”); a subescala Reiniciação do Sono Após um Período de Vigília/Retomar o Sono, com seis itens (18-23), diz respeito à capacidade e comportamentos que condicionam a retoma do sono após acordar durante a noite (e.g., “*Depois de acordar durante a noite, sinto medo*”); e, por último, a subescala Acordar, com cinco itens (24-28), tenta caracterizar a prontidão para o novo dia, através da caracterização de comportamentos e atitudes perante o acordar (e.g., “*De manhã, acordo e sinto-me pronto/a para me levantar para um novo dia*”) (Cortez, 2014).

No total, a AQSA é constituída por 28 itens numa escala de resposta do tipo Likert, de 5 pontos, variando entre *nunca* e *sempre*. A pontuação total é obtida através da soma das respostas aos itens, sendo que a pontuações mais altas indicam melhor qualidade do sono.

Quanto às propriedades psicométricas calculadas na escala original, verificou-se um alfa de Cronbach de .86 e, para as diversas subescalas, os valores variaram entre .64 e .82. Após a adaptação para a população portuguesa, constatou-se no pré-teste que não eram necessárias alterações nos itens (Barros et al., 2014; Cortez, 2014). Relativamente aos valores de alfa do instrumento adaptado para a população portuguesa, verificou-se um alfa de Cronbach de .87 para a escala total, .79 para as subescalas Hora de Deitar, Adormecer e Manter o Sono, .81 para a subescala Retomar o sono e, por fim, .82 para a subescala acordar (Cortez, 2014).

d) Escala de Medida de Manifestação de Bem-Estar Psicológico (EMMBEP)

O instrumento de avaliação do bem-estar psicológico, *Échelle de Mesure des Manifestations du Bien-Être Psychologique - ÉMMBEP* (Massé, Poulin, Dassa, Lambert, Bélair, & Battaglini, 1998), adaptado e validado para a população portuguesa por Monteiro e colaboradores (2012) como Escala de Medida de Manifestação de Bem-Estar Psicológico (EMMBEP), é constituído por 25 itens e encontra-se dividida em seis subescalas: Autoestima, Equilíbrio, Envolvimento Social, Sociabilidade, Controlo de Si e dos Acontecimentos e Felicidade. Esta é uma escala de resposta tipo Likert de 5 pontos, variando de 1 ponto (*nunca*) a 5 pontos (*quase sempre*). Quanto à pontuação obtida, quanto mais elevado for o resultado final - calculado pela soma das pontuações de todos os itens -, maior será o bem-estar psicológico percebido (Monteiro et al., 2012). Na escala original, as subescalas Autoestima, Equilíbrio, Envolvimento Social, Sociabilidade e Controlo de Si e dos Acontecimentos são compostas por quatro itens e, por último, a subescala Felicidade é composta por cinco itens.

Para a validação e adaptação para a população portuguesa, a estrutura da escala foi dividida em seis fatores (correspondendo às seis subescalas da escala original): O Fator I,

Felicidade, constituído por oito itens (5, 12, 20, 21, 22, 23, 24 e 25) relacionados com o sentimento de felicidade (e.g., “*Senti-me bem, em paz comigo próprio*”). Já o Fator II, Sociabilidade, é constituído por quatro itens (13, 14, 15 e 16), que dizem respeito à sociabilidade (e.g., “*Relacionei-me facilmente com as pessoas à minha volta*”). O Fator III, Controlo de Si e dos Acontecimentos, é composto por três itens (17, 18 e 19), relacionados com o mesmo (e.g., “*Fui capaz de enfrentar situações difíceis de uma forma positiva*”). Por sua vez, o Fator IV, Envolvimento Social, é composto por três itens (9, 10 e 11) e diz respeito a aspetos de envolvimento e motivação (e.g., “*Tive objetivos e ambições*”). O Fator V, Autoestima, composto por quatro itens (1, 2, 3 e 4), está associado ao mesmo (e.g., “*Senti que os outros gostavam de mim e me apreciavam*”). O Fator VI, Equilíbrio, é composto por três itens (6, 7 e 8) e relaciona-se com a sensação de equilíbrio (e.g., “*A minha vida foi bem equilibrada entre as minhas atividades familiares, pessoais e académicas*”; Monteiro et al., 2012).

Relativamente às propriedades psicométricas da escala original (Massé et al., 1998), esta revelou ter níveis adequados de consistência interna ($\alpha = .93$) para as seis subescalas, com valores de alfa de Cronbach entre .71, na subescala Envolvimento Social, e .85 na subescala Felicidade. Na escala validada para a população portuguesa verificou-se que os valores da consistência interna foram de .89, .83, .85, .67, .83 e .69 para os fatores Felicidade, Sociabilidade, Controlo de Si e dos Acontecimentos, Envolvimento Social, Autoestima e Equilíbrio, respetivamente (Monteiro et al., 2012).

2.2.3. Procedimentos de investigação

Após a escolha das variáveis a estudar, foram selecionados os instrumentos de avaliação a utilizar na investigação (questionários e escalas), para tal, foram contactados os autores dos mesmos, a fim de solicitar as autorizações necessárias para a sua aplicação. Foi, também, desenvolvido um questionário sociodemográfico (Anexo 1), com questões pertinentes para a recolha de dados. Seguidamente, e após a autorização dos autores para a utilização dos seus instrumentos, foi construído o protocolo e, num primeiro momento, houve um contacto direto em diversas escolas que tinham alunos com as idades pretendidas, de forma a obter autorização para a recolha de dados (Anexo 2). Caso a escola aceitasse colaborar no estudo, seria enviada uma autorização e consentimento informado, por escrito, aos pais, que continha informação acerca do objetivo do projeto de investigação, questões relativas à proteção, confidencialidade e anonimato dos dados recolhidos, liberdade de escolha acerca da participação no estudo e contactos necessários para o caso do surgimento de dúvidas. Foram os diretores de turma, de cada turma, que assumiram a gestão, entrega e recolha dos pedidos de consentimento de participação no estudo.

Após a autorização das escolas ou instituições e consentimento escrito dos pais, foi combinado um dia e um horário para que os instrumentos de avaliação pudessem ser

aplicados. Antes da aplicação destes foi explicado aos alunos o objetivo do projeto de investigação, mencionando a importância da sua participação e obtido o seu consentimento verbal para a participação no estudo. Como folha inicial do protocolo de avaliação encontrava-se um pedido de colaboração para que os adolescentes pudessem ler e ficar ainda mais esclarecidos (Anexo 3). Após a obtenção desse consentimento, foram distribuídos os instrumentos de avaliação para os adolescentes preencherem.

2.2.4. Procedimentos estatísticos e análise de dados

Por fim, e terminada a recolha os dados, estes foram introduzidos e tratados quantitativamente numa base de dados do *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 22. Primeiramente, foi realizada uma análise exploratória dos dados com o objetivo de decidir o tipo de testes estatísticos a que se deveria recorrer, para testar os objetivos. Desta forma, para testar a normalidade da distribuição dos dados, utilizou-se o teste Kolmogorov-Smirnov. Seguidamente, efetuou-se a análise da consistência interna dos instrumentos, utilizando o alfa de Cronbach, tendo por referência, para análise do deste valor, os valores propostos por Pereira e Patrício (2016).

Posteriormente, procedeu-se à análise da estatística descritiva dos resultados obtidos em cada em cada instrumento, expressos de acordo com medidas de tendência central, como a média (M), e medidas de dispersão, utilizando, para tal, o desvio-padrão (DP). Foram realizados testes t de Student (t) para verificar se existiam diferenças estatisticamente significativas entre grupos nos resultados do BEP, de acordo com as diversas variáveis sociodemográficas. Também foi realizado o cálculo de correlação de Pearson (r) de modo a verificar o grau de associação existente entre as subescalas dos instrumentos em estudo.

Para todas as análises estatísticas efetuadas assumiu-se um intervalo de confiança de 95%, pelo que foram considerados estatisticamente significativos os testes com probabilidades iguais ou inferiores a .05, aceitando assim que há diferenças significativas entre os grupos avaliados.

Capítulo 3 - Resultados

Neste capítulo, são apresentados os resultados obtidos na análise estatística dos dados, com recurso ao programa IBM SPSS (versão 22), e explicadas as decisões tomadas nessa análise. São apresentados os resultados obtidos das análises descritivas dos dados, bem como os resultados das análises inferenciais, para testar os objetivos do estudo.

3.1. Análises estatísticas preliminares

Assim, num primeiro momento e para testar a normalidade dos dados, utilizou-se o teste de Kolmogorov-Smirnov. Os resultados obtidos para os instrumentos Escala de Promoção da Saúde em Adolescentes (EPSA), da Escala de Avaliação da Qualidade do Sono na Adolescência (AQSA) e da Escala de Medida de Manifestação de Bem-Estar Psicológico (EMMBEP) apenas confirmaram uma distribuição normal para o total de cada instrumento ($p < .05$). O mesmo não se verifica para algumas subescalas de cada instrumento (Tabela 4). No entanto, atendendo ao tamanho da amostra podemos aplicar o Teorema do Limite Central onde é admitido que quanto maior é o tamanho da amostra, maior é a probabilidade dos dados convergirem para uma distribuição normal (Marôco, 2011). Diversos autores acreditam que em amostras superiores a 30 sujeitos, e aplicando o Teorema do Limite Central, se pode admitir que os dados seguem uma distribuição normal (Marôco, 2011). Tendo em conta que a presente amostra conta com 118 participantes, estamos em condições de concordar que tendencialmente se trata com distribuição normal e, portanto, decidimos utilizar a estatística paramétrica na nossa análise por ser mais robusta em termos estatísticos.

Tabela 4

Normalidade da Distribuição dos Dados nas Dimensões da EPSA, AQSA e EMMBEP

Instrumento	Dimensões	Komolgorov-Smirnov
EPSA	Total	.200
	Nutrição	.000
	Suporte Social	.094
	Responsabilidade pela Saúde	.035
	Apreciação da Vida	.028
	Exercício Físico	.003
	Gestão do Stress	.200
AQSA	Total	.200
	Hora de Deitar	.073

	Adormecer	.000
	Manter o Sono	.009
	Retomar o Sono	.000
	Acordar	.163
EMMBEP	Total	.195
	Felicidade	.005
	Sociabilidade	.001
	Controlo de Si e dos Acontecimentos	.001
	Envolvimento Social	.000
	Autoestima	.007
	Equilíbrio	.000

Seguidamente, calculou-se o *alfa* de Cronbach, com o objetivo de testar a consistência interna das escalas utilizadas (Tabela 5), ou seja, perceber o grau de confiabilidade na medição do constructo que cada escala se propõe avaliar. Assim, e relativamente ao coeficiente de fidelidade da EPSA, para a escala total de 40 itens, observa-se um valor de alfa de Cronbach de .912, revelando uma consistência interna muito boa. Para as diversas subescalas, Apreciação da Vida, Gestão de Stress, Responsabilidade pela Saúde e Suporte Social, obteve-se uma consistência boa, sendo que a subescala Apreciação da Vida tem o alfa de Cronbach mais elevado (.836). As subescalas Exercício Físico e Nutrição revelaram uma consistência interna aceitável.

Quanto à AQSA, para a escala total de 28 itens, obteve-se um alfa de Cronbach .875, sendo revelador de uma consistência interna boa. Para todas as subescalas (Hora de Deitar, Adormecer, Manter o Sono, Retomar o Sono e Acordar), encontrou-se uma consistência interna boa, sendo que a subescala Retomar o Sono, composta por 6 itens, apresenta um alfa de Cronbach mais elevado (.896).

Por último, para a EMMBEP, para a escala total que comporta por 25 itens, obteve-se uma consistência interna considerada muito boa, com um alfa de Cronbach .943. As diversas subescalas, como Felicidade, Sociabilidade, Controlo de Si e dos Acontecimentos, Autoestima, Equilíbrio, revelaram uma boa consistência interna, sendo o fator Felicidade onde obteve um alfa de Cronbach mais elevado (.899). Contudo, para o fator Envolvimento Social, obteve-se um alfa de Cronbach .698, pelo que pode ser considerado como tendo uma consistência interna apenas aceitável.

Tabela 5

Valores de Alfa de Cronbach do Instrumento EPSA, AQSA e EMMBEP

Instrumento	Dimensões	Número de itens	Alfa de Cronbach
EPSA	Total	40	.912
	Nutrição	6	.681
	Suporte Social	7	.771
	Responsabilidade pela Saúde	8	.792
	Apreciação da Vida	8	.836
	Exercício Físico	5	.692
	Gestão de Stress	6	.729
AQSA	Total	28	.875
	Hora de Deitar	5	.723
	Adormecer	6	.716
	Manter o Sono	6	.737
	Retomar o Sono	6	.896
	Acordar	5	.704
EMMBEP	Total	25	.943
	Felicidade	8	.899
	Sociabilidade	4	.790
	Controlo de Si e dos Acontecimentos	3	.810
	Envolvimento Social	3	.698
	Autoestima	4	.808
	Equilíbrio	3	.754

3.2. Estatísticas descritivas

O procedimento seguinte consistiu na análise estatística descritiva com o objetivo de caracterizar os resultados obtidos em cada instrumento, de forma a averiguar quais os valores médios de Comportamentos de Saúde (através da EPSA), da Qualidade de Sono (através da AQSA), bem como do Bem-Estar Psicológico dos Adolescentes (através da EMMBEP) na amostra de 118 estudantes.

Assim, podemos verificar através da Tabela 6 que, relativamente à EPSA, para a escala total, a média foi de 144.70 ($DP = 18.998$), sendo que para a subescala Nutrição obteve-se uma média de 22.55 ($DP = 3.68$), para a subescala Suporte Social uma média de 26.44 ($DP = 4.32$), para a subescala Responsabilidade pela Saúde verificou-se uma média de 26.36 ($DP = 5.61$), para a subescala Apreciação da Vida uma média de 30.40 ($DP = 5.86$), para a subescala Exercício Físico obteve-se uma média de 17.58 ($DP = 3.81$) e, por fim, para a subescala Gestão de Stress observou-se uma média de 21.37 ($DP = 4.04$). Desta forma, e tendo em conta os valores máximos e mínimos possíveis, verificou-se uma preocupação dos adolescentes com a adoção de comportamentos de saúde em praticamente todas as subescalas da escala, essencialmente, no Suporte Social, na Apreciação da Vida, na prática de Exercício Físico e na Gestão de Stress. Relativamente às dimensões Nutrição e Responsabilidade pela Saúde verificaram-se resultados mais baixos, apesar da variabilidade de respostas ter sido elevada, revelando uma menor adoção de comportamentos saudáveis na área da alimentação e na procura de serviços de saúde.

Quanto à AQSA, verifica-se que a média total do instrumento foi de 90,04 ($DP = 21.70$), mostrando uma grande variabilidade na forma como os participantes avaliam a sua qualidade de sono. No que diz respeito às subescalas, a subescala Hora de Deitar apresentou uma média de 16.80 ($DP = 5.108$), a subescala Acordar uma média de 16.97 ($DP = 5.093$). Desta forma, e segundo os resultados obtidos, pode-se concluir que a maioria dos adolescentes consegue respeitar a hora de deitar.

Relativamente à EMMBEP, verifica-se que a média total do instrumento foi de 96.41 ($DP = 14.80$). Tendo em conta os valores máximos da escala verifica-se que a subescala Equilíbrio obteve a média mais elevada ($M = 11.97$; $DP = 2.21$), seguida das subescalas Controlo de Si e dos Acontecimentos ($M = 11.13$; $DP = 2.37$), Sociabilidade ($M = 16.05$; $DP = 2.90$), Envolvimento Social ($M = 10.97$; $DP = 2.23$) e Autoestima ($M = 15.06$; $DP = 2.78$), sendo a subescala Felicidade a que apresenta uma média mais baixa ($M = 31.06$; $DP = 5.99$). Desta forma, tendo em conta os valores mínimos e máximos possíveis, verifica-se que os adolescentes inquiridos se sentem felizes, sociáveis, com controlo sobre si e sobre os acontecimentos, envolvem-se socialmente, têm autoestima e equilíbrio.

Tabela 6

Estatísticas Descritivas da EPSA, AQSA e EMMBEP (N = 118)

Instrumentos	Dimensões	n	M (DP)	Min. - Max.	Min. - Max.
				(verificado)	(possível)
EPSA	Total	118	144.70 (18.998)	98-197	25-200
	Nutrição	118	22.55 (3.676)	12-29	6-30
	Suporte Social	118	26.44 (4.324)	16-35	7-35

	Responsabilidade pela Saúde	118	26.36 (5.612)	15-39	8-40
	Apreciação da Vida	118	30.40 (5.863)	9-40	8-40
	Exercício Físico	118	17.58 (3.805)	8-25	5-25
	Gestão de Stress	118	21.37 (4.044)	11-30	6-30
AQSA	Total	118	90.04 (21.705)	47-146	28-168
	Hora de Deitar	118	16.80 (5.108)	6-30	5-30
	Adormecer	118	18.73 (6.298)	6-33	6-36
	Manter o Sono	118	20.59 (6.527)	6-36	6-36
	Retomar o Sono	118	16.96 (8.591)	6-36	6-36
	Acordar	118	16.97 (5.093)	5-30	5-30
EMMBEP	Total	118	96.41 (14.799)	65-125	25-125
	Felicidade	118	31.06 (5.986)	13-40	8-40
	Sociabilidade	118	16.05 (2.897)	8-20	4-20
	Controlo de Si e dos Acontecimentos	118	11.13 (2.371)	6-15	3-15
	Envolvimento Social	118	10.97 (2.279)	4-15	3-15
	Autoestima	118	15.06 (2.781)	9-20	4-20
	Equilíbrio	118	11.97 (2.206)	7-15	3-15

3.3. Estatísticas inferenciais

Numa fase posterior realizou-se a análise das relações verificadas entre as diferentes variáveis através da utilização do teste *t*, para avaliar as diferenças nas médias entre grupos, e a correlação de Pearson para verificar a existência de correlações entre as variáveis.

3.3.1 Diferenças no BEP entre grupos em função do género e da faixa etária

Seguidamente, e com o intuito de verificar as diferenças existentes entre géneros, nos diferentes instrumentos de avaliação, recorreu-se à comparação de médias através do teste *t*. Através da Tabela 7 é possível observar que relativamente ao total na EPSA não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre o género masculino e feminino ($p > .05$), bem como no total da AQSA ($p > .05$).

Tabela 7

Diferenças de Género na EPSA e AQSA

Instrumento	Masculino		Feminino		<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>n</i>	<i>M (DP)</i>	<i>n</i>	<i>M (DP)</i>		
EPSA	65	145.02 (19.598)	53	144.32 (20.434)	.188	.851
AQSA	65	89.38 (22.933)	53	90.85 (20.285)	-.363	.717

Quanto à EMMBEP e às suas dimensões, como se observa na Tabela 8, verificam-se diferenças estatisticamente significativas entre estudantes do género masculino e do género feminino, tanto na escala total ($p < .05$), como nas subescalas Felicidade e Autoestima ($p < .05$), com os participantes do género masculino a pontuarem mais alto nestas subescalas.

Tabela 8

Diferenças de Género nos Níveis de Bem-Estar Psicológico (EMMBEP)

	Masculino		Feminino		<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>n</i>	<i>M (DP)</i>	<i>n</i>	<i>M (DP)</i>		
EMMBEP Total	65	99.05 (15.079)	53	93.17 (13.911)	2.180	.031
Felicidade	65	32.69 (5.919)	53	29.06 (5.486)	3.429	.001
Sociabilidade	65	15.88 (3.023)	53	16.26 (2.747)	-.721	.472
Controlo de Si e Acontecimentos	65	11.42 (2.487)	53	10.79 (2.196)	1.426	.157
Envolvimento Social	65	11.06 (2.351)	53	10.85 (2.205)	.502	.617
Autoestima	65	15.52 (2.829)	53	14.49 (2.636)	2.033	.044
Equilíbrio	65	12.17 (2.184)	53	11.72 (2.231)	1.108	.270

Foi realizado o mesmo teste para verificar se existiam diferenças consoante a idade dos participantes nos diferentes instrumentos de avaliação (Tabela 9). Desta forma, as idades

foram agrupadas em dois grupos: 1 - 14/15 anos e 2 - 16/17/18 anos. Não se observaram diferenças estatisticamente significativas na escala EPSA ($p > .05$), nem na escala AQSA ($p > .05$), embora nesta última a diferença de médias quase atinja a significância estatística, verificando-se que os participantes mais novos tendem a obter uma pontuação mais elevada nesta escala de avaliação da qualidade do sono.

Tabela 9

Diferenças da Faixa Etária na EPSA e na AQSA

	14-15 anos		16-18 anos		<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>n</i>	<i>M (DP)</i>	<i>n</i>	<i>M (DP)</i>		
EPSA	76	146.45 (18.135)	42	141.55 (22.615)	1.285	.201
AQSA	76	92.92 (20.619)	42	84.83 (22.881)	1.961	.052

Relativamente à escala EMMBEP e às suas subescalas pode verificar-se, através da Tabela 10, que não existem diferenças estatisticamente significativas nos níveis de BEP consoante a idade ($p > .05$), nem para a escala total, nem para nenhuma das subescalas desta mesma escala.

Tabela 10

Diferenças nos Níveis de Bem-Estar Psicológico Consoante a Faixa Etária

	14-15 anos		16-18 anos		<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>n</i>	<i>M (DP)</i>	<i>n</i>	<i>M (DP)</i>		
EMMBEP Total	76	97.70 (14.638)	42	94.07 (14.979)	1.278	.204
Felicidade	76	31.46 (5.814)	42	30.33 (6.292)	.979	.330
Sociabilidade	76	16.38 (2.852)	42	15.45 (2.915)	1.681	.095
Controlo de Si e Acontecimentos	76	11.34 (2.307)	42	10.76 (2.468)	1.276	.204
Envolvimento Social	76	11.24 (2.098)	42	10.48 (2.530)	1.751	.083
Autoestima	76	15.21 (2.705)	42	14.79 (2.926)	.793	.429
Equilíbrio	76	12.07 (2.175)	42	11.79 (2.280)	.658	.512

3.3.2 Diferenças no BEP entre grupos em função das habilitações literárias dos encarregados de educação

De seguida, procedeu-se à realização de um teste t para avaliar as diferenças nos níveis de Bem-Estar Psicológicos dos adolescentes consoante as habilitações literárias dos encarregados de educação (Tabela 11). Assim, dividiram-se os participantes de acordo com as habilitações dos seus encarregados de educação em dois grupos: grupo 1 - do 4º ao 12º ano e grupo 2 - licenciatura, mestrado e doutoramento. Não se encontraram diferenças estatisticamente significativas nos níveis de Bem-Estar Psicológico consoante as habilitações dos encarregados de educação dos adolescentes ($p > .05$), nem para a escala total, nem para as subescalas da EMMBEP.

Tabela 11

Diferenças nos Níveis de Bem-Estar Psicológico Consoante as Habilitações Literárias dos Encarregados De Educação

	4º ao 12º ano		Licenc., Mest. e Doutoramento		t	p
	n	$M (DP)$	n	$M (DP)$		
EMMBEP Total	91	97.20 (15.244)	27	93.74 (13.099)	1.067	.288
Felicidade	91	31.25 (6.196)	27	30.41 (5.272)	.643	.522
Sociabilidade	91	16.24 (2.941)	27	15.41 (2.693)	1.319	.190
Controlo de Si e dos Acontecimentos	91	11.29 (2.419)	27	10.63 (2.169)	1.266	.208
Envolvimento Social	91	11.08 (2.306)	27	10.59 (2.188)	.969	.334
Autoestima	91	15.03 (2.865)	27	15.15 (2.522)	-.188	.851
Equilíbrio	91	12.09 (2.274)	27	11.56 (1.948)	1.102	.273

3.3.3. Diferenças no BEP entre grupos em função da prática de atividades extracurriculares

Relativamente aos níveis de BEP, estes também foram comparados entre grupos, tendo em conta a prática, ou não, de atividades extracurriculares. Assim, podemos observar na Tabela 12 que não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre os níveis de

BEP consoante a existência (ou não) de atividades extracurriculares dos participantes ($p > .05$).

Tabela 12

Diferenças nos Níveis de Bem-Estar Psicológico Consoante a Prática de Atividades Extracurriculares

	Atividade extracurricular - Sim		Atividade extracurricular - Não		<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>n</i>	<i>M (DP)</i>	<i>n</i>	<i>M (DP)</i>		
EMMBEP Total	80	97.64 (13.532)	38	93.82 (17.070)	1.315	.191
Felicidade	80	31.64 (5.450)	38	29.84 (6.903)	1.531	.128
Sociabilidade	80	16.19 (2.724)	38	15.76 (3.250)	.742	.460
Controlo de Si e dos Acontecimentos	80	11.10 (2.342)	38	11.21 (2.462)	-.236	.814
Envolvimento Social	80	11.04 (2.308)	38	10.82 (2.240)	.492	.624
Autoestima	80	15.34 (2.590)	38	14.47 (3.100)	1.587	.115
Equilíbrio	80	12.09 (2.154)	38	11.71 (2.324)	.866	.388

3.3.4. Associação entre Qualidade de Sono e Bem-Estar Psicológico

No que concerne à associação entre a EMMBEP e AQSA (Tabela 13), encontraram-se correlações negativas, no entanto apenas a correlação entre o total da escala AQSA com as subescalas Sociabilidade (EMMBEP) ($r = -.208$) e Felicidade (EMMBEP) ($r = -.203$) são estatisticamente significativas, podendo classificar-se de fracas.

Relativamente à associação entre as subescalas da AQSA com as subescalas da EMMBEP, verificou-se, que foi na subescala Adormecer (AQSA) que se obtiveram correlações significativas, porém negativas, com as diversas subescalas da EMMBEP: Felicidade ($r = -.200$), Sociabilidade ($r = -.193$), e com a escala total ($r = -.193$). Na subescala Manter o Sono (AQSA), verificou-se uma correlação significativa, igualmente negativa, com a subescala Sociabilidade (EMMBEP) ($r = -.196$). O mesmo acontece com a subescala Retomar o Sono (AQSA), que se verificou uma correlação significativa negativa com a subescala Sociabilidade (EMMBEP) ($r = -.186$).

Tabela 13

Correlação Entre as Subescalas da Escala de Bem-Estar Psicológico e as dimensões da AQSA (Correlação de Pearson)

EMMBEP	Total	Felicidade	Sociabilidade	Controlo de Si e dos Acontecimentos	E. Social	Autoestima	Equilíbrio
AQSA							
Total	-.178	-.203*	-.208*	-.121	-.043	-.117	-.128
Hora de Deitar	.034	.010	.010	.013	-.016	.089	-.014
Adormecer	-.192*	-.200*	-.193*	-.139	-.052	-.127	-.167
Manter o Sono	-.140	-.151	-.196*	-.065	.053	-.144	-.114
Retomar o Sono	-.177	-.193*	-.186*	-.154	-.061	-.081	-.108
Acordar	-.076	-.109	-.093	-.011	-.068	-.110	.005

*A correlação é significativa no nível .05 (bilateral).

Embora não se tenha verificado uma correlação entre a qualidade de sono (AQSA) e o Bem-Estar Psicológico (EMMBEP), foi realizado um teste *t* para verificar se existiam diferenças nos níveis de BEP entre grupos em função dos participantes que tinham pior qualidade de sono e os que tinham melhor qualidade de sono e, para tal, foi usada a média da escala AQSA ($M = 90.04$) como ponto de corte. Através da Tabela 14, observou-se que existem diferenças estatisticamente significativas nos níveis de BEP entre os participantes que têm pior qualidade de sono e os que têm melhor qualidade de sono ($p < .05$). Podemos assim concluir que os participantes com melhor qualidade de sono, ou seja, com uma média acima de 90.04, apresentam níveis mais elevados de BEP.

Tabela 14

Diferenças nos Níveis de Bem-Estar Psicológico Consoante a Qualidade de Sono dos Participantes

AQSA	≥ 90.04		< 90.04		<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>n</i>	<i>M (DP)</i>	<i>n</i>	<i>M (DP)</i>		
EMMBEP Total	54	93.31 (15.454)	64	99.02 (13.809)	.260	.037

3.3.5 Associação entre Comportamentos de Saúde e Bem-Estar Psicológico

De seguida recorreu-se ao coeficiente de correlação de Pearson, com a finalidade de averiguar qual a relação entre os resultados das duas escalas, que avaliam os comportamentos de saúde e a qualidade de sono, com o Bem-Estar Psicológico.

Assim, através da Tabela 15, é possível verificar que existe uma relação positiva moderada ($r = .451$), entre a escala total da EMMBEP com a escala total da EPSA. Relativamente às subescalas da EMMBEP verifica-se uma correlação positiva com a EPSA, sendo a subescala Sociabilidade a que evidenciou uma correlação positiva mais forte ($r = .421$) e a subescala Controlo de Si e dos Acontecimentos a que mostrou uma correlação positiva mais fraca ($r = .296$).

Tabela 15

Correlação Entre as Subescalas da Escala de Bem-Estar Psicológico e a EPSA (Correlação de Pearson)

	EMMBEP Total	Felicidade	Sociabilidade	Controlo de Si e dos Acont.	E. Social	Autoestima	Equilíbrio
EPSA	.451**	.411**	.421**	.296**	.408**	.322**	.311**

**A correlação é significativa no nível .01 (bilateral).

Realizou-se, seguidamente uma correlação de Pearson entre a subescala Exercício Físico (EPSA) e a pontuação total da EMMBEP, bem como para as suas subescalas, para averiguar se existe alguma associação entre o exercício físico e o Bem-Estar Psicológico. Através da Tabela 16 é possível observar que existe uma correlação positiva entre o total da EMMBEP e o Exercício Físico ($r = .419$), bem como com as subescalas Felicidade ($r = .425$), Sociabilidade ($r = .346$), Envolvimento Social ($r = .352$), Autoestima ($r = .348$) e Equilíbrio ($r = .284$). Existe também uma correlação positiva entre a subescala Controlo de Si e dos Acontecimentos e o Exercício Físico, embora mais fraca ($r = .233$). Estes resultados indicam que uma maior pontuação na dimensão Exercício Físico (EPSA) está associada a uma maior pontuação na EMMBEP e suas subescalas, ou seja, quem pratica exercício físico regularmente apresenta níveis mais elevados de Bem-Estar Psicológico ou quem tem níveis elevados de BEP pratica mais exercício físico.

Tabela 16

Correlação Entre a Subescala Exercício Físico (EPSA) e a Escala de Bem-Estar Psicológico (Correlação de Pearson)

	EMMBEP Total	Felicidade	Sociabilida de	Controlo de Si e dos Acont.	E. Social	Autoestima	Equilíbrio
Exercício Físico (EPSA)	.419**	.425**	.346**	.233*	.352**	.348**	.284**

**A correlação é significativa no nível .01 (bilateral).

Ainda relacionado com esta temática, Comportamentos de Saúde, calcularam-se igualmente os coeficientes de correlação entre a subescala Nutrição (EPSA) e a escala total da EMMBEP, bem como para as suas subescalas, para verificar se existia alguma associação entre os cuidados a nível da Nutrição dos adolescentes e os níveis de Bem-Estar Psicológico. Através da Tabela 17, observa-se que existe uma correlação positiva entre a subescala Nutrição (EPSA) e a escala total da EMMBEP ($r = .305$). Também se verifica uma correlação positiva da Nutrição (EPSA) com as subescalas da EMMBEP, essencialmente com a subescala Envolvimento Social ($r = .309$), Sociabilidade ($r = .306$), Felicidade ($r = .293$) e com a subescala Autoestima ($r = .275$).

Tabela 17

Correlação Entre a Subescala Nutrição (EPSA) e a Escala de Bem-Estar Psicológico (Correlação de Pearson)

	EMMBEP Total	Felicidade	Sociabilidade	Controlo de Si e dos Acont.	E. Social	Autoestima	Equilíbrio
Nutrição (EPSA)	.305**	.293**	.306**	.189*	.309**	.275**	.207*

**A correlação é significativa no nível 0.01 (bilateral).

No sentido de verificar se existe associação entre a Responsabilidade pela Saúde (EPSA) e a Escala de Bem-Estar Psicológico e suas dimensões, realizou-se uma correlação entre as mesmas. Na Tabela 18 pode observar-se que existe uma correlação positiva fraca entre a subescala Responsabilidade pela Saúde (EPSA) e a escala total da EMMBEP ($r = .246$),

bem como correlações moderadas com as subescalas Sociabilidade ($r = .302$) e Envolvimento Social ($r = .278$), desta mesma escala.

Tabela 18

Correlação Entre a Subescala Responsabilidade pela Saúde (EPSA) e a Escala de Bem-Estar Psicológico (Correlação de Pearson)

	EMMBEP Total	Felicidade	Sociabilidade	Controlo de Si e dos Acont.	E. Social	Autoestima	Equilíbrio
Responsabilidade pela Saúde (EPSA)	.246**	.176	.302**	.172	.278**	.157	.168

**A correlação é significativa no nível .01 (bilateral).

Para verificar se existe alguma relação entre Suporte Social (EPSA) e os níveis de Bem-Estar Psicológico realizou-se uma correlação entre esta subescala e a escala total da EMMBEP, bem como para as suas subescalas (Tabela 19). A dimensão Suporte Social (EPSA) está relacionada com as amizades e família dos adolescentes, bem como dos seus sentimentos e bem-estar, daí a realização desta correlação. Desta forma, observa-se que há uma correlação positiva entre o total da EMMBEP e a subescala Suporte Social (EPSA) ($r = .377$), bem como das subescalas Felicidade ($r = .344$), Sociabilidade ($r = .378$), Envolvimento Social ($r = .306$), Autoestima ($r = .285$) e Equilíbrio ($r = .243$). Com estes resultados podemos concluir que uma maior pontuação na subescala Suporte Social (EPSA) está associada a uma maior pontuação na EMMBEP e suas subescalas, ou seja, quem tem boas relações de amizades, com os seus familiares e consigo mesmo, tem melhor Bem-Estar Psicológico ou vice-versa.

Tabela 19

Correlação Entre a Subescala Suporte Social (EPSA) e a Escala de Bem-Estar Psicológico (Correlação de Pearson)

	EMMBEP Total	Felicidade	Sociabilidade	Controlo de Si e dos Acont.	E. Social	Autoestima	Equilíbrio
Suporte Social (EPSA)	.377**	.334**	.378**	.203*	.306**	.285**	.243**

**A correlação é significativa no nível .01 (bilateral).

Capítulo 4 - Discussão

Relativamente ao conceito central da investigação, Bem-Estar Psicológico, este tem sido definido como o envolvimento dos indivíduos com os desafios da vida (Ryan & Deci, 2001) e reporta-se ao desenvolvimento humano na superação dos desafios que surgem ao longo da vida, contemplando várias dimensões do funcionamento psicológico (Keyes et al., 2002). O BEP pode ser influenciado pelos comportamentos adotados pelos adolescentes, sendo que a adoção de comportamentos promotores da saúde são um aspeto positivo do desenvolvimento do adolescente, assim como para um melhor bem-estar psicológico dos mesmos (Carter, McGee, Taylor & Williams, 2007). Um outro aspeto importante nesta fase de vida é a duração e qualidade de sono que, por sua vez, caso a duração do sono seja inferior às horas estipuladas para esta fase (entre 8 horas a 10 horas) pode levar os adolescentes a um maior envolvimento nos comportamentos de risco, afetando assim a sua saúde e bem-estar (Shochat et al., 2013). Assim, neste capítulo procedemos à discussão dos resultados, realçando os resultados mais relevantes deste estudo, as implicações e as possíveis concordâncias ou discordâncias com estudos realizados anteriormente.

Desta forma, o presente estudo procurou avaliar fatores associados ao bem-estar psicológico numa amostra populacional de adolescentes, tendo como objetivo central a análise da relação existente entre os comportamentos de saúde e o Bem-Estar Psicológico. Pretendeu ainda analisar de forma detalhada os Comportamentos de Saúde, a Qualidade de Sono e os níveis de Bem-Estar Psicológico dos participantes, verificando se existem relações entre eles, bem como analisar a relação entre as variáveis sociodemográficas e os níveis de bem-estar psicológico.

A amostra foi recolhida na região Centro, maioritariamente numa escola de Pinhel e em Mangualde, contando com um total de 118 participantes. Os participantes do estudo eram, na sua maioria, do género masculino (55.1%) e as idades variavam entre os 14 e os 18 anos, com uma média de aproximadamente 15 anos. A maioria eram estudantes do 9º ano (62.7%), sendo importante salientar que os participantes frequentavam entre o 8º e o 12º ano. A maior parte dos adolescentes vivia com os pais e irmãos (54.2%) e afirmou ter uma atividade extracurricular (67.8%). Relativamente às questões associadas à saúde, a grande maioria diz não ter problemas de saúde crónica (90.7%), nem acompanhamento psicológico (97.5%), nem problemas de excesso de peso (86.4%). Relativamente à informação acerca dos encarregados de educação, a idade destes variava entre os 37 e os 56 anos ($M = 44.67$; $DP = 6.562$), a maioria era do género feminino (81.4%) e a maioria tinha entre o 4º e o 12º ano de escolaridade (77.1%).

Nesta investigação foram utilizados três instrumentos de avaliação: EPSA (Escala de Promoção de Saúde em Adolescentes), AQSA (Escala de Avaliação da Qualidade do Sono na Adolescência) e EMMBEP (Escala de Medida de Manifestação de Bem-Estar Psicológico).

Relativamente ao EPSA, segundo os resultados obtidos no presente estudo, verificou-se que os adolescentes apresentam comportamentos promotores de saúde, sendo que os resultados obtidos por Tomás, Queirós e Ferreira (2015) permitem verificar o mesmo, que os adolescentes apresentam bons níveis de comportamentos promotores de saúde. Verificaram, igualmente, que os rapazes apresentavam comportamentos promotores de saúde mais frequentes em relação ao Exercício Físico e as raparigas em relação ao Suporte Social e à Responsabilidade pela Saúde.

Quanto ao AQSA, no presente estudo foi possível verificar uma grade variabilidade da qualidade de sono nos participantes contudo, Cortez (2014) verificou que o domínio com melhor pontuação foi Retomar o Sono, sugerindo que os adolescentes sentem facilidade em voltar a dormir quando acordam durante a noite, sendo o domínio Acordar o que obteve pior pontuação, significando que os adolescentes têm dificuldade em passar à vigília após uma noite de sono.

Relativamente ao EMMBEP, verificou-se que a maior parte dos adolescentes tem níveis razoáveis de Bem-Estar Psicológico. Segundo Monteiro, Tavares e Pereira (2012), a subescala Felicidade é a que se destaca como sendo a subescala que melhor explica o Bem-Estar Psicológico, seguida pela Sociabilidade, Controlo de Si e dos Acontecimentos e Autoestima, sendo as subescalas Envolvimento Social e Equilíbrio as que menos explicam o Bem-Estar Psicológico.

Passamos agora à discussão dos resultados divididos em cinco grupos: 1) Diferenças no BEP entre grupos em função do género e da faixa etária, 2) Diferenças no BEP entre grupos em função das habilitações literárias dos encarregados de educação, 3) Diferenças no BEP entre grupos em função da prática de atividades extracurriculares, 4) Associação entre Qualidade de Sono e Bem-Estar Psicológico e 5) Associação entre Comportamentos de Saúde e Bem-Estar Psicológico.

No que concerne ao objetivo 1, pretendia-se verificar se existiam diferenças nos níveis de Bem-Estar Psicológico consoante o género dos participantes e através dos resultados obtidos verificou-se que existiam diferenças estatisticamente significativas entre os géneros, com os participantes do género masculino a obterem pontuações mais elevadas, quando comparados com o género feminino, nos níveis de Bem-Estar Psicológico, principalmente nas subescalas Felicidade e Autoestima. Estes resultados não vão ao encontro do estudo de Khan, Taghdisi e Nourijelvani (2015), que estudaram 345 adolescentes com idades entre os 12 e os 18 anos (55.4% do género feminino) e onde não obtiveram diferenças estatisticamente significativas

entre o género feminino e o género masculino, sendo que a maioria dos adolescentes apresentou níveis de Bem-Estar Psicológico moderado. O estudo de Visani, Albieri, Offidani, Ottolini, Tomba e Ruini (2011) - com 568 adolescentes (312 do género feminino e 256 do género masculino) e idades compreendidas entre os 11 e os 18 anos -, também não se verificaram diferenças significativas entre os géneros, sendo que as pontuações foram semelhantes. Por outro lado, estes autores observaram que o género feminino obteve pontuações mais baixas, quando comparado com o género masculino, na dimensão da Autoaceitação, contudo obtiveram pontuações semelhantes com o género masculino nas dimensões Domínio do Ambiente, Autonomia e Relações Positivas, da escala de Bem-Estar Psicológico. Contudo, existem outros estudos onde se verificaram diferenças entre os géneros (Ryff, 1989; Ryff & Keyes, 1995; Lindfors, Berntsson & Lundberg, 2006), o que vai ao encontro dos nossos resultados.

Relativamente ao objetivo 2, que pretendia verificar se existiam diferenças nos níveis de Bem-Estar Psicológico consoante a idade dos participantes, verificou-se que não existiam diferenças estatisticamente significativas. Contudo, estes resultados não são congruentes com os resultados obtidos noutras investigações, em que verificaram diferenças nos níveis de Bem-Estar Psicológico consoante a idade (Richer, 2015; Ryff & Singer, 2008). Alguns aspetos do Bem-Estar Psicológico mostram ser incrementados com a idade, ou seja, com o avançar da idade estes aspetos vão melhorando, como é o caso da Autonomia e Domínio sobre o Ambiente. No entanto, outras investigações mostram ter pouca variação em relação à idade, tal como o caso da Relação com os Outros e a Autoaceitação (Ryff & Singer, 2008). Fernandes (2007), ao investigar a relação entre a idade e o Bem-Estar Psicológico nos adolescentes, verificou que esta relação não se expressa de uma forma linear, ou seja, existem períodos alternados de menor e maior Bem-Estar Psicológico, à medida que a idade avança. Observou, igualmente, que o BEP nos adolescentes ia alternando com a idade, verificando aumentos de BEP entre os 12 e 13 anos e entre os 16 e 17 anos. A inexistência de diferenças no nível de Bem-estar na nossa investigação pode estar associada às características da amostra, com 64% dos participantes a terem entre 14 e 15 anos de idade.

O objetivo 3 pretendia verificar se existiam diferenças nos níveis de Bem-Estar Psicológico consoante as habilitações literárias dos encarregados de educação dos participantes, tendo-se verificado que não existiam diferenças estatisticamente significativas nos níveis de Bem-Estar Psicológico dos adolescentes atendendo às habilitações literárias dos encarregados de educação. No entanto, no estudo de Darei e Mohajery (2013) verificou-se que existiam diferenças estatisticamente significativas no bem-estar psicológico dos estudantes consoante os níveis de escolaridade dos pais e as suas ocupações. O mesmo foi constatado noutras investigações, em que a baixa escolaridade dos encarregados de educação esteve associada a uma maior probabilidade de os adolescentes obterem níveis de BEP mais baixos (Silva et al., 2007). Assim, existiria maior probabilidade de existirem diferenças nos

níveis de Bem-Estar Psicológico caso se verificasse, na amostra, encarregados de educação com níveis inferiores de habilitações literárias, pois a grande maioria dos encarregados de educação tinha o 12º ano ou a licenciatura, o que poderá explicar os resultados obtidos.

Por outro lado, e consoante o objetivo 4, que pretendia verificar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os níveis de Bem-Estar Psicológico consoante a prática de atividades extracurriculares, verificou-se através dos resultados obtidos que não existiam diferenças nos níveis de BEP nos adolescentes que praticam uma atividade extracurricular, quando comparado com os adolescentes que não praticam nenhuma atividade. Quanto a esta temática a literatura pouco ou nada refere, pelo que seria interessante existirem mais investigações que estudassem a influência da prática de atividades curriculares nos níveis de BEP, pois essas atividades vão para além da prática de desporto, incluindo também outras atividades como aulas de dança, música, escuteiros, aulas de línguas, entre outras atividades. Estas atividades assumem importância na adolescência e têm sido objeto de estudo no que toca ao desempenho académico, autoestima e comportamentos de saúde (Fitas, Silva & Virella, 2014). Contudo, não se encontraram investigações acerca da sua influência no BEP dos adolescentes.

No presente estudo, o objetivo 5 pretendia avaliar se o Bem-Estar Psicológico estava correlacionado com a Qualidade do Sono, verificou-se a existência de uma correlação negativa entre as duas variáveis, constatando-se uma correlação da Escala da Qualidade de Sono (AQSA) com as diversas subescalas da Escala de Bem-Estar Psicológico (EMMBEP), destacando-se a subescala Sociabilidade com uma correlação negativa mais forte. Relativamente às subescalas da AQSA verificou-se que a subescala Adormecer obteve correlações negativas significativas com as dimensões Felicidade e Sociabilidade, da EMMBEP, a dimensão Manter o sono com a subescala Sociabilidade (EMMBEP) e, por fim, a subescala Retomar o Sono igualmente com a subescala Sociabilidade (EMMBEP). Estes resultados não vão ao encontro da revisão da literatura, que nos revela que o Bem-Estar Psicológico está relacionado com o sono, visto que indivíduos que relataram uma duração do sono ideal relataram igualmente um melhor Bem-Estar Psicológico (Hamilton et al., 2007; Kalak, Lemola, Brand, Holsboer-Trachsler & Grob, 2014; Ryff, Singer & Love, 2004). Indivíduos que costumam dormir bem, com a duração do sono adequada, foram associados a melhores níveis de BEP, incluindo níveis mais elevados nas dimensões do Domínio sobre o Ambiente, Crescimento Pessoal, Relações Positivas com os Outros, Autoaceitação e Propósito na Vida (Richer, 2015). A falta de relação entre a qualidade do sono e os níveis de Bem-Estar Psicológico no nosso estudo pode estar associada ao facto de os participantes terem revelado uma grande variabilidade na avaliação da qualidade de sono. Contudo, os resultados obtidos na revisão da literatura são confirmados pelo teste *t* realizado, que pretendia verificar se existiam diferenças nos níveis de BEP consoante a qualidade de sono dos participantes. Através dos resultados verificou-se que existem diferenças estatisticamente significativas nos

níveis de BEP entre os participantes com pior qualidade de sono e os participantes com melhor qualidade de sono, sendo que os participantes com melhor qualidade de sono apresentaram níveis mais elevados de BEP.

Relativamente ao objetivo 6, que pretendia avaliar se o Bem-Estar Psicológico estava correlacionado com os comportamentos de saúde, verificou-se uma correlação positiva entre os instrumentos que avaliam os Comportamentos de Saúde e o Bem-Estar Psicológico, observada através da correlação positiva significativa entre a escala total da EMMBEP e a EPSA. Para além disso, foi possível verificar uma correlação positiva entre as subescalas da EMMBEP com a EPSA, sendo com a subescala Sociabilidade (EPSA) que a correlação é mais forte. Estes resultados vão ao encontro dos resultados de outras investigações, como por exemplo o estudo de Fernandes (2012), que concluiu que a adoção de comportamentos de saúde na adolescência influenciava positivamente o BEP, apesar desta ter sido pouco significativa. Os mesmos resultados foram observados noutros estudos que avaliaram a relação entre os comportamentos de saúde e o BEP (Matos et al., 2000; Silva et al., 2007; Souza, 2012), que previam que a adoção de comportamentos de saúde por parte dos adolescentes seria um indicador de melhores níveis de BEP. Neste sentido, comportamentos de risco como a ingestão ou abuso de bebidas alcoólicas e o consumo de tabaco tiveram uma relação negativa com o BEP dos adolescentes, ou seja, a ingestão de bebidas alcoólicas diminuiu o sentimento de BEP entre os adolescentes (Silva et al., 2007). Resultados semelhantes foram encontrados no estudo de Matos et al (2000), em que adolescentes que consumiam tabaco e/ou bebidas alcoólicas diziam-se menos felizes e com sintomas de mal-estar físico e psicológico mais frequentes. Desta forma, podemos concluir que os comportamentos adotados pelos adolescentes têm impacto na sua saúde e, deste modo, no BEP.

Aprofundando um pouco mais a temática dos comportamentos de saúde, o objetivo 6.1. pretendia avaliar se o Bem-Estar Psicológico estava correlacionado com a prática de exercício físico, e observou-se que existia uma correlação positiva entre a prática de exercício físico e o Bem-Estar Psicológico, bem como com as diversas dimensões da escala EMMBEP, concluindo-se que quem pratica exercício físico regularmente tende a apresentar níveis mais elevados de Bem-Estar Psicológico. Estes resultados são congruentes com os dados obtidos na literatura, que nos mostra que adolescentes que praticam exercício físico regularmente apresentam níveis mais elevados de BEP (Cid et al., 2007; Edwards et al., 2005). O exercício físico, praticado regularmente, está associado, como já referido, a melhores níveis de BEP, mas também associado a outros componentes do bem-estar como o humor, fortaleza, senso de coerência e *coping* e desempenha um papel crucial na promoção da saúde mental (Edwards, 2006). É de referir, contudo, que Khan, Taghdisi e Nourijelyani (2015) no seu estudo com 345 adolescentes, com idades compreendidas entre os 12 e os 18 anos, que tinha como objetivo estudar os níveis de Bem-Estar Psicológico e a sua relação com os níveis gerias de atividade

física, bem como com os fatores sociodemográficos, não encontraram uma relação significativa entre a atividade física e o BEP.

Por último, e relativamente ao objetivo 6.2 que pretendia avaliar se o Bem-Estar Psicológico estava correlacionado com o suporte social, verificou-se que existia, igualmente, uma correlação positiva entre as boas relações interpessoais (dimensão Suporte Social - EPSA) e o Bem-Estar Psicológico (EMMBEP), concluindo-se que adolescentes com boas relações interpessoais apresentam níveis mais elevados de BEP. Estes resultados vão ao encontro da literatura, salientando-se que as relações interpessoais desenvolvidas ao longo da vida são essenciais, principalmente para o bem-estar psicológico dos adolescentes (Tomé et al., 2015). Observou-se que um aspeto fundamental ao bem-estar era o envolvimento social e que existia uma associação positiva entre as relações sociais e o funcionamento psicológico, pois os indivíduos têm uma necessidade de se relacionarem com os outros e essas relações são um dos correlatos mais fortes para um BEP positivo (Diener & Seligman, 2002). Através do seu estudo, Daraei (2013) demonstrou que os relacionamentos positivos com amigos e familiares dos adolescentes afetavam positivamente o seu bem-estar psicológico e que, para além das relações interpessoais, o apoio social aos adolescentes estava associado com os níveis de BEP, assim adolescentes com boas relações interpessoais e com bom apoio social apresentavam níveis mais elevados de BEP.

4.1. Limitações

Esta investigação demonstrou-se relevante, na medida que permitiu recolher informações acerca dos comportamentos de saúde e de risco, e dos hábitos de sono dos adolescentes e a sua relação com o Bem-Estar Psicológico dos mesmos. No entanto, esta apresenta algumas limitações como o tamanho da amostra, e o facto de a amostra ter sido apenas recolhida em dois locais, o que não permite a comparação com adolescentes de outras regiões do país. Ainda relativo à amostra, também podemos considerar como limitação o facto de os participantes terem, na sua maioria, 15 anos de idade o que não permite verificar os níveis de Bem-Estar Psicológico em adolescentes mais velhos. Além disso, tendo em conta que se trata de uma amostra recolhida por conveniência, os resultados obtidos podem não ser representativos desta população.

Importa também referir os poucos estudos sobre esta temática em Portugal que permitam um maior conhecimento acerca do Bem-Estar Psicológico com relação aos comportamentos de saúde e de risco dos adolescentes.

4.2. Conclusões

O Bem-Estar Psicológico apesar de ser um conceito estudado há diversos anos, e de existirem várias investigações em torno deste, carece de investigações centradas em populações de adolescentes, principalmente acerca da influência que os comportamentos promotores de saúde e dos comportamentos de risco adotados pelos adolescentes exercem. Os comportamentos de risco - atividades que levam ao comprometimento da saúde física e/ou mental do adolescente - são frequentes entre adolescentes e a adoção desses comportamentos é um processo complexo e influenciado pelo contexto social, essencialmente, pelo grupo de pares (Sheedhom, 2017).

Um outro aspeto que pode exercer influência no bem-estar dos adolescentes é a qualidade e duração do sono. Este parece ter um impacto na saúde dos adolescentes, assim como no bem-estar físico e psicológico dos mesmos. Desta forma, uma redução na duração do sono e a sua pouca qualidade pode ter um impacto negativo no bem-estar psicológico (Munoz-Quintero & Bianchi, 2017). Apesar da existência de literatura acerca da qualidade e duração do sono nos adolescentes, a relação deste com os comportamentos de saúde e o bem-estar psicológico são escassos. Seria, deste modo, essencial estudar o sono dos adolescentes e perceber como é que os comportamentos de saúde adotados por estes podem ter um impacto na sua qualidade do sono e, desta forma, no seu bem-estar psicológico.

Deste modo, este estudo tinha como objetivo avaliar as possíveis relações existentes entre os comportamentos de saúde e a qualidade do sono com os níveis de bem-estar psicológico dos adolescentes, bem como verificar se existiam diferenças nos níveis de bem-estar psicológico destes tendo em conta algumas variáveis sociodemográficas como o género, a faixa etária, a prática de atividades extracurriculares e as habilitações literárias dos encarregados de educação. Como verificado através desta investigação, o bem-estar psicológico está associado a certos comportamentos de saúde, o que vai ao encontro das evidências encontradas na literatura de que os comportamentos de saúde - essencialmente o exercício físico, a alimentação saudável, uma qualidade e duração do sono adequada e a não ingestão de álcool e tabaco -, a satisfação com a vida (Daraei, 2013; Edwards et al., 2005; Hamilton et al., 2007; Heizomi et al., 2015; Richer, 2015) e a forma como os adolescentes ocupam o seu tempo depois das aulas (e.g., envolvimento em atividades extracurriculares; Fitas et al., 2014) estão associados a um melhor Bem-Estar Psicológico nesta população.

Os resultados da presente investigação evidenciam diferenças de género sobre o Bem-Estar Psicológico, sendo os participantes do género masculino a pontuarem mais alto. No entanto, não evidenciam diferenças em função da faixa etária, das habilitações literárias dos encarregados de educação, nem na prática de atividades extracurriculares sobre o Bem-Estar Psicológico dos adolescentes. Neste sentido, os resultados sugerem que os participantes apresentam níveis mais elevados de Bem-Estar Psicológico quando associados aos

comportamentos de saúde, principalmente, à prática de exercício físico e ao suporte social. Contudo, e relativamente à qualidade do sono, não se verificou uma associação com o Bem-Estar Psicológico, o que poderá estar associado às características da nossa amostra, com os adolescentes a revelarem uma grande variabilidade na qualidade de sono.

Na nossa perspetiva, esta investigação contribuiu para conhecer melhor esta população em relação aos níveis de Bem-Estar Psicológico e comportamentos de saúde e, também, para perceber como é que esses comportamentos podem influenciar o Bem-Estar Psicológicos dos adolescentes.

Relativamente às implicações do presente estudo, e sendo a adolescência um período do ciclo vital de grandes mudanças e marcada pela existência de alguns fatores de risco, e também um período de oportunidades onde se pode promover o Bem-Estar Psicológico, seria imperativo abordar e intervir previamente na temática da forma como os comportamentos de saúde, incluindo a qualidade do sono, adotados pelos adolescentes exercem influência no bem-estar psicológico dos mesmos. Assim, parece-nos importante compreender melhor, e mais especificamente, quais os comportamentos promotores de saúde que ajudam os adolescentes a ter níveis de bem-estar mais elevados, o que levaria a uma melhor satisfação com a vida e, conseqüentemente, ajudaria o adolescente a lidar de forma positiva com eventos que surgem na sua vida, evitando assim os comportamentos de risco. Com base nos resultados obtidos, seria pertinente trabalhar, de forma aprofundada, o Bem-Estar Psicológico nesta população, ou seja, explorar quais os fatores que levam o adolescente a sentir-se satisfeito com a vida e a promover esses fatores. Seria também essencial trabalhar com uma amostra mais variada em termos de idade e de local de residência, para a partir daí ser possível fazer comparações entre as idades dos adolescentes e o seu local de residência.

Dever-se-ia, igualmente, abordar as questões dos comportamentos de risco, tentando impedir o envolvimento dos adolescentes nestes comportamentos ou o agravamento dos mesmos. Por outro lado, seria essencial a existência de mais investigações no domínio das atividades extracurriculares, ajudando a compreender melhor de que forma o envolvimento nas mesmas pode influenciar o Bem-Estar Psicológico dos adolescentes. Por último, e atendendo a que muitos dos comportamentos de risco adotados na adolescência se prolongarem para a vida adulta, é imprescindível salientar a necessidade de intervir precocemente nesta faixa etária de modo a identificar quais os comportamentos mais prevalentes nesta fase, em ambos os géneros, evitando o envolvimento dos adolescentes nesses comportamentos e desta forma chegar a fase adulta saudáveis física e psicologicamente. Esta identificação seria igualmente importante para tomar medidas preventivas de promoção da saúde, contribuindo para um melhor ajustamento dos adolescentes e uma melhor qualidade de vida.

Referências Bibliográficas

- Almeida, L. M. (2005). Da prevenção primordial à prevenção quaternária. *Prevenção em Saúde*, 23(1), 91-96.
- Almeida, M. C. (2013) *Motivação e comportamentos de saúde, relação com a qualidade de vida, em adultos da comunidade* (Dissertação de Mestrado). Universidade do Porto Porto. Portugal. Disponível em https://sigarra.up.pt/fcnaup/pt/pub_geral.pub_view?pi_pub_base_id=30106
- Almeida, R. A. & Malagris, L. E. (2011). A prática da psicologia da saúde. *Revista: Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 14(2), 183-202.
- Appel-Silva, M., Wendt, G. W., & Argimon, I. I. (2010). A teoria da autodeterminação e as influências socioculturais sobre a identidade. *Psicologia em Revista: Belo Horizonte*, 16(2), 351-369. Disponível em <https://doaj.org/article/64ecfe29dc4d4af3a617b660c0f98dcc>
- Araújo, E. D. & Blank, N. (2008). Associação de comportamentos de risco de adolescentes de três escolas públicas de Florianópolis/SC. *Revista da Educação Física*, 19(2), 215-223.
- Arteaga, I., Chen C., & Reynold, A. J. (2010). Childhood predictors of adult substance abuse. *Children and Youth Services Review*, 32(1), 1108-1120. doi:10.1016/j.chilyouth2010.04.025
- Bastos, J. L. & Duquia, R. P. (2007). Um dos delineamentos mais empregados em epidemiologia: Estudo transversal. *Scientia Medica*, 17(4), 229-232.
- Buss, P. M. (2000). Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(1), 163-177. doi:10.1590/S1413-81232000000100014
- Calamaro, C. J., Mason, T. B., & Ratcliffe, J. S. (2009). Adolescents living the 24/7 lifestyle: Effects of caffeine and technology on sleep duration and daytime functioning. *Pediatrics*, 123(6), 1005-1010. doi:10.1542/peds.2008-3641
- Carskadon, M. A., Acebo, C., & Jenni, O. (2004). Regulation of adolescent sleep: Implication for behavior. *Annals New York Academy of Sciences*, 1021(1), 276-291. doi:10.1196/annals.1308.032
- Carter, K. A., Hathaway, N. E., & Lettieri, C. F. (2014). Common sleep disorders in children. *American Family Physician*, 89(5), 368-377.
- Carter, M., McGree, R., Taylor, B., & Williams, S. (2007). Health outcomes in adolescence: associations with family, friends and school engagement. *Journal of Adolescence*, 30(1), 51-62. doi:10.1016/j.adolescence.2005.04.002
- Carvalho, M. & Batista, A. (2009). Modelos teóricos acerca dos determinantes dos comportamentos preventivos na transmissão de vírus da imunodeficiência humana. *Revista Lusófona de Ciência da Mente e do Comportamento*, 1(1), 163-192. Disponível em <http://revistas.ulusofona.pt/index.php/rlmente/article/view/968>
- Ciampo, L. A. (2012). O sono na adolescência. *Adolescência e Saúde*, 9(2), 60-66.

- Cid, L., Silva, C., & Alves, J. (2007). Atividade física e bem-estar psicológico: Perfil dos participantes no programa de exercício e saúde de Rio Maior. *Motricidade*, 3(2), 47-55.
- Cortez, C. A. (2014). *Qualidade do Sono, Higiene do Sono e Crenas sobre o Sono em Adolescentes: Estudo Exploratório com Adolescentes entre os 14 e os 18 anos*. (Dissertação de Mestrado). Universidade de Lisboa. Lisboa. Portugal. Disponível em http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/20409/1/ulfpie047426_tm.pdf
- Costa, L. S. & Pereira, C. A. (2007). Bem-estar subjetivo: Aspetos conceituais. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 59(1), 72-80.
- Couto, A. J. (1998). O modelo de crenças na saúde e a teoria do comportamento planeado na educação para a saúde. *Referência: Revista de Educação e Formação em Enfermagem*, 1, 5-9.
- Czeresnia, D. (1999). The concept of health and the difference between prevention and promotion. *Cadernos de Saúde Pública*, 15(4), 701-709. doi:10.1590/S0102-311X1999000400004
- Darei, M. & Mohajery, A. (2013). The impact of socioeconomic status on life satisfaction. *Social Indicators Research*, 112(1), 69-81.
- Deci, E. L. & Ryan, R. M. (2000). The “what” and “why” of goals pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*, 11(4), 227-268. doi:10.1207/S15327965PLI1104_01
- Deci, E. L. & Ryan, R. M. (2008). Self-determination theory: A macrotheory of human motivation, development, and health. *Canadian Psychology*, 49(3), 182-185. doi:10.1037/a0012801
- Dewald, J. F., Meijer, A. M., Oort, F. J., Kerkhof, G. A., & Bogels, S. M. (2010). The influence of sleep quality, sleep duration and sleepiness on school performance in children and adolescents: A meta-analytic review. *Sleep Medicine Reviews*, 14(3), 179-189. doi:10.1016/j.smrv.2009.10.004
- Diener, E., Oishi, S., & Lucas, R. E. (2003). Personality, culture, and subjective well-being: Emotional and cognitive evaluations of life. *Annual Review of Psychology*, 54(1), 403-425. doi:10.1037/0033-2909.125.2.276
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., & Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125(2), 276-302. doi:10.1037/0033-2909.125.2.276
- Edwards, S. (2006). Physical exercise and psychological well-being. *South African Journal of Psychology*, 36(2), 357-373.
- Edwards, S. D., Ngcobo, H. S., Edwards, D. J., & Palavar, K. (2005). Exploring the relationship between physical activity, psychological well-being and physical self-perception in diferente exercise groups. *South African Journal for Research in Sport*, 27(1), 75-90.
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129-136. doi:10.1126/science.847460

- Fernandes, H. M., Vasconcelos-Raposo, J., Bertelli, R., & Almeida, L. (2011). Satisfação escolar e bem-estar psicológico em adolescentes portugueses. *Revista Lusófona de Educação*, 18(18), 155-172. Disponível em: <http://revistas.ulusofona.pt/index.php/rleducacao/article/view/2569>
- Feijó, R. B. & Oliveira, E. A. (2001). Comportamentos de risco na adolescência. *Jornal de Pediatria*, 77(2), 125-134.
- Feio, A. & Oliveira, C. C. (2010). O modelo das crenças de saúde (health belief model) e a teoria da autopoiesis. *Reflexão e Ação*, 18(1), 215-242. doi:10.17058/rea.v18i1.1293
- Figueiras, M. M. (2017). *A relação entre bem-estar psicológico, autoestima e felicidade: Diferenças entre alunos do ensino superior privado e alunos do ensino superior público em Portugal* (Dissertação de Mestrado). Universidade Fernando Pessoa, Lisboa. Disponível em https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/6209/1/DM_%20Marcelo%20Figueiras.pdf
- Fitas, A. L., Silva, P. C., & Virella, D. (2014). Atividades extracurriculares e outras ocupações de tempo livre em adolescentes : um modelo para investigação fundamentado por grupos focais. *Revista Adolescência e Saúde*, 11(1), 32-38.
- Freire, T., Zenhas, F., Tavares, D., & Iglésias, C. (2013). Felicidade hedónica e eudaimónica: Um estudo com adolescentes portugueses. *Análise Psicológica*, 4(31), 329-342. Disponível em <http://hdl.handle.net/10400.12/3333>
- Freitas, M. F. & Dias, J. P. (2010). Teoria social cognitiva: Conceitos básicos. *Ciências & Cognição*, 15(3), 204-205. doi:10.1590/S0103-166X200900040001
- Galinha, I. & Ribeiro, P. (2005). História e evolução do conceito de bem-estar subjetivo. *Psicologia, Saúde & Doença*, 6(2), 203-214. Disponível em <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36260208>
- Gaspar, T., Ribeiro, J. P., Matos, M. G., Leal, I., & Ferreira, A. (2012). Health-related quality of life in children and adolescents: Subjective well-being. *The Spanish Journal of Psychology*, 15(1), 177-186. doi:10.5209/rev_SJOP.2012.v15.n1.37306
- Gibson, E. S., Powles, P., Thabane, L., O'Brien, S., Molnar, D. S., Trajnovic, N., Ogilvie, R., Shapiro, C., Yan, M., & Chilcott-Tanser, L. (2006). "Sleppiness" is serious in adolescence: Two surveys of 3235 Canadian students. *BMC Public Health*, 116(6), 1-9. doi: 10.1186/1471-2458-6-116
- Gonzalez, B., & Ribeiro, P. (2004). Comportamentos de saúde e dimensões da personalidade em jovens estudantes universitários. *Psicologia, Saúde e Doença*, 5(1), 107-127. Disponível em <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36250108>
- Greenfield, E. A., Vailant, G. E., & Marks, N. F. (2009). Do formal religious participation and spiritual perceptions have independent linkages with diverse dimensions of psychological well-being? *Journal of Health and Social Behavior*, 50(2), 196-212.
- Gregory, A. M. & Sadeh, A. (2012). Sleep, emotional and behavioral difficulties in children and adolescents. *Sleep Medicine Reviews*, 16(2), 129-136.
- Griffin, K. W., Scheier, L. M., Botvin, G. J., & Diaz, T. (2001). Protective role of personal

- competence skills in adolescent substance use: Psychological well-being as a mediating factor. *Psychology of Addictive Behaviors*, 15(1), 194-201.
- Hamilton, N. A., Nelson, C. A., Stevens, N., & Kitzman, H. (2007). Sleep and psychological well-being. *Social Indicators Research*, 82(1), 147-163. doi:10.1007/s11205-006-9030-1
- Heizomi, H., Allahverdipour, H., & Jafarabadi, M. A. (2015). Happiness and its relation to psychological well-being of adolescents. *Asian Journal Psychiatry*, 30, 1-6.
- Kalak, N., Lemola, S., Brand, S., Holsboer-Trachsler, E., & Grob A. (2014). Sleep duration and subjective psychological well-being in adolescence: a longitudinal study in Switzerland and Norway. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 10, 1199 - 1207.
- Khan, Y., Taghdisi, M. H., & Nourijelyani, K. (2015). Psychological well-being (PWB) of school adolescents aged 12-18 yr, its correlation with general levels of physical activity (PA) and socio-demographic factors in Gilgit, Pakistan. *Iran Journal Public Health*, 44(6), 804-813.
- Lindfors, P., Berntsson, L., & Lundberg, U. (2006). Factor structure of Ryff's psychological well-being scales in Swedish female and male white-collar workers. *Personality and Individual Differences*, 40(6), 1213-1222.
- Liu, J., Hay, J., Joshi, D., Fought, B. E., Wade, T., & Cairney, J. (2011). Sleep difficulties and obesity among preadolescents. *Canadian Public Health Association*, 102(2), 139-143.
- Lopes, S., Almeida, F., Jacob, S., Figueiredo, M., Vieira, C., & Carvalho, F. (2016). Diz-me como dormes: Hábitos e problemas de sono em crianças portuguesas em idade pré-escolar e escolar. *Nascer & Crescer*, 25(4), 211-216.
- Machado, W. L., & Bandeira, D. R. (2012). Bem-estar psicológico: Definição, avaliação e principais correlatos. *Estudos de Psicologia*, 29(4), 587-595. doi:10.1590/S0103-166X2012000400013
- Maia, M. F., Raposo, J. J., Formiga, N. S., Tolentino, T. M., & Melo, G. F. (2016). Verificação empírica da consistência fatorial do inventário de bem-estar subjetivo munsh em jovens brasileiros. *Pesquisa em Psicologia*, 10(2), 76-84. doi:10.24879/201600100020062
- Masalan, M. P., Sequeira, J., & Ortiz, M. (2013). Sueño en escolares y adolescentes, su importancia y promoción a través de programas educativos. *Revista Chilena de Psiquiatria*, 84(5), 554-564. doi:10.4067/S0370-41062013000500012
- Matos, M. G., Simões, C., Carvalhosa, S. F., Reis, C., & Canha, L. (2000). *A saúde dos adolescentes portugueses: Estudo nacional da rede europeia HBSC/OMS (1998): FMH/PEPT.*
- Mendes, L. R., Fernandes, A., & Garcia, F. T. (2004). Hábitos e perturbação do sono em crianças em idade escolar. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 4(35), 341-347. doi:10.25754/pjp.2004.4983
- Monteiro, S., Tavares, J., & Pereira, A. (2012). Adaptação portuguesa da Escala de Medida de

- Manifestação de Bem-Estar Psicológico com estudantes universitários. *Psicologia, Saúde & Doença*, 13(1), 66-77.
- Moura, L. R., Torres, L. M., Cadete, M. M., & Cunha, C. F. (2018). Fatores associados aos comportamentos de risco à saúde entre adolescentes brasileiros: Uma revisão integrativa. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 52, 1-11 doi:10.1590/s1980-220x2017020403304
- Munoz-Quintero, A. & Bianchi, S. B. (2017). Hábitos de sono, desempenho acadêmico y comportamiento en niños de básica primaria. *Pensando Psicología*, 13(21), 6-17. doi:10.16925/pe.v13i21.1710
- Nuutinen, T., Ray, C., & Roos, E. (2013). Do computer use, TV viewing, and the presence of the media in the bedroom predict school-aged children's sleep habits in a longitudinal study? *BMC Public Health*, 13(684), 1-8. doi:10.1186/1471-2458-13-684
- Owens, J. (2014). Insufficient sleep in adolescents and young adults: An update on causes and consequences. *Pediatrics*, 134(3), 921-932. doi:10.1542/peds.2014-1696
- Pinto, T. R., Pinto, J. C., Pinto, H. R., & Paiva, T. (2016). O sono em adolescentes portugueses: Proposta de um modelo tridimensional. *Análise Psicológica*, 4(34), 339-352. doi:10.14417/ap.1221
- Poletto, M. & Koller, S. H. (2011). Subjective well-being in socially vulnerable children and adolescents. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 24(3), 476-484. doi:10.1590/S0102-79722011000300008
- Pucci, S. H. & Pereira, M. G. (2016). The mediator role of psychological morbidity on sleep and health behaviors on adolescents. *Journal of Pediatrics*, 92(1), 53-57. doi:10.1016/j.jpeds.2015.03.008
- Reis, H. T., Sheldon, K. M., Gable, S. L., Roscoe, J., & Ryan, R. M. (2000). Daily well-being: The role of autonomy, competence, and relatedness. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 26(4), 419-435. doi:10.1177/0146167200266002
- Ribeiro, J. L. (2015). Educação para a saúde. *Psicologia, Saúde e Doença*, 16(1), 3-9. doi:10.15309/15psd160102
- Richter, M. A. (2015). *Estimated affects of perceived sleep deprivation on psychological well-being during college* (Tese de Doutorado). Universidade de Iowa. Iowa. Estados Unidos da America.
- Rombaldi, A. J. & Soares, D. G. (2016). Indicadores da prática de atividade física e da qualidade do sono em escolares adolescentes. *Revista Brasileira de Ciência do Desporto*, 38(3), 290-296. doi:10.1016/j.rbce.2015.10.010
- Ryan, R. M. & Deci, E. L. (2002). Overview of self-determination theory: An organismic dialectical perspective. In E. L. Deci & R. Ryan (Eds.), *Handbook of self-determination research* (pp. 3-33). Rochester: University of Rochester Press.
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069-1081.

- Ryff, C. D. & Essex, M. J. (1992). The interpretation of life experience and well-being: The sample case of relocation. *Psychology and Aging*, 7(4), 507-517.
- Ryff, C. D. & Keyes, C. L. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(4), 719-727. doi:10.1037/0022-3514.69.4.719
- Ryff, C. D. & Singer, B. H. (2008). Know thyself and become what you are: A eudaimonic approach to psychological well-being. *Journal of Happiness Studies*, 9(1), 13-39. doi:10.1007/s10902-006-9019-0
- Ryff, C. D., Singer, B. H., & Love, G. D. (2004). Positive health: connecting well-being with biology. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London*. 359, 1383-1394.
- Sadeh, A., Gruber, R., & Raviv, A. (2003). The effects of sleep restriction and extension on school-age children: What a difference an hour makes. *Child Development*, 74(2), 444-455.
- Seedhom, A. E. (2017). Health risk behaviors among school adolescents: Types, frequency and predictors, minia, Egypt. *SM Journal of Public Health and Epidemiology*, 3(1), 1-6.
- Segres, M. & Ferraz, F. (1997). O conceito de saúde. *Revista de Saúde Pública*, 31(5), 538-542. doi:10.1590/S0034-89101997000600016
- Shochat, T., Zion-Cohen, M., & Tzischinsky. (2013). Functional consequences of inadequate sleep in adolescents: A systematic review. *Sleep Medicine Reviews*, 30, 1-13.
- Sicoli, J. L. & Nascimento, P. R. (2003). Promoção de saúde: Conceções, princípios e operacionalização. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 7(12), 91-112. doi:1590/S1414-32832003000100008
- Silva-Cerqueira, S., Dessen, M. A., & Júnior, A. L. (2011). As contribuições da ciência do desenvolvimento para a psicologia da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(11), 1599-1609. doi:10.1590/S1413-81232011000700096
- Silva, R. A., Horta, B. L., Pontes, L. M., Faria, A. D., Souza, L. M., Cruzeiro, A. L., & Pinheiro, R. T. (2007). Bem-estar psicológico a adolescência: Fatores associados. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(5), 1113- 1118. doi:10.1590/S0102-311X2007000500013
- Silva, A. B., Matos, M. G., & Diniz, J. A. (2010). Escola e bem-estar subjetivo nas crianças e adolescentes. *Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente*, 1, 117-139.
- Silva, J. G., Teixeira, M. L., & Ferreira, M. A. (2014). Alimentação na adolescência e as relações com a saúde dos adolescentes. *Texto & Contexto de Enfermagem*, 23(4), 1095-1103. doi:10.1590/0104-07072014000570013
- Simões, C. (2010). Adolescentes e comportamentos de saúde. *Alicerces*, 3(3), 223-241.
- Simões, F. & Alarcão, M. (2013). Satisfação de necessidades psicológicas básicas em crianças e adolescentes: Adaptação e validação da ESNPBR. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 26(2), 261-269. doi:10.1590/S0102-79722013000200006
- Siqueira, M. M. & Padovam, V. A. (2008). Bases teóricas de bem-estar subjetivo, bem-estar psicológico e bem-estar no trabalho. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 24(2), 201-209. doi:10.1590/S0102-37722008000200010
- Sousa, P., Gaspar, P., Fonseca, H., Hendricks. C., & Murdaugh, C. (2015). Health promoting

- behaviors in adolescence: Validation of the Portuguese version of the Adolescent Lifestyle Profile. *Jornal de Pediatria*, 91(4), 358-365. doi:10.1016/j.jped.2014.09.005
- Souza, L. D., Maragalhoni, T. C., Quincoses, M. T., Jansen, K., Cruzeiro, A. L., Ores, L., Silva, R. A., & Pinheiro, R. T. (2012). Bem-estar psicológico de jovens de 18 a 24 anos: fatores associados. *Cadernos de Saúde Pública*, 28(6), 1167-1174.
- Sucupira, C. A. & Mendes, R. (2003). Promoção da saúde: Conceitos e definições. *Sanare: Revista de Políticas Públicas*, 4(1), 7-10.
- Tavares, J. P. & Nunes, L. N. (2007). Comportamentos de saúde e de evitamento do risco em operários fabris. *Referência*, 2(5), 23-36. Disponível em <http://www.ewdalyc.org/articulo.oa?id=388239952004>
- Trindade, I. & Teixeira, J. A. (2002). Psicologia em serviços de saúde: Intervenção em centros de saúde e hospitais. *Análise Psicológica*, 20(1), 171-174.
- Tomás, C. C., Queirós, P. J., & Ferreira, T. J. (2015). Comportamentos promotores de saúde: Propriedades psicométricas de um instrumento de avaliação. *Texto Contexto de Enfermagem*, 24(1), 22-29. doi:10.1590/0104-07072015000700014
- Tomé, G., Camacho, I., Matos, M. G., & Simões, C. (2015). Influência da família e amigos no bem-estar e comportamentos de risco: Modelo explicativo. *Psicologia, Saúde & Doença*, 16(1), 23-34. doi:10.15309/15psd160104
- Viana, V., Guimarães, M. J., Teixeira, M. C., & Barbosa, M. C. (2003). Aquisição e desenvolvimento de atitudes face à saúde na infância e adolescência. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 34(4), 277-286. doi:10.25754/pjp.2003.5103
- Visani, D., Albieri, E., Offidani, E., Ottolini, E., Tomba, E., & Ruini, C. (2011). Gender Differences in Psychological Well-Being and Distress During Adolescence. *The Human Pursuit of Well-Being*. 65-70.
- World Health Organization. (1986). Ottawa charter for health promotion. Geneva: World Health Promotion. Acedido em 23 de dezembro, 2017, em http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawa_Charter.pdf
- World Health Organization. (1998). *Health promotion glossary*. Geneva: World Health Organization. Acedido em 23 de dezembro, 2017, em <http://www.who.int/healthpromotion/about/HPG/en/>
- Wolfson, A. R., Spaulding, N. L., Dandrow, C., & Baroni (2007). Middle school start times: The importance of a good night's sleep for young adolescents. *Behavior Sleep Medicine*, 5(3), 194-209. doi:10.1080/15402000701263809

Anexos

Anexo 1 - Questionário Sociodemográfico

Pedimos-lhe que complete os seguintes dados acerca de si:

9. Idade: _____ Turma: _____ Nº: _____
10. Sexo: Masculino Feminino
11. Ano de escolaridade: _____
12. Local de residência (concelho): _____
13. Frequenta alguma atividade extracurricular? Sim Não
- Se sim, quais? Desporto
 Música
 Línguas
 Escuteiros
 Outro _____
6. Que elementos fazem parte do agregado familiar?
Mãe Pai Irmãos Avós Outros _____
14. Tem algum problema de saúde crónico (físico ou mental)? Não Sim
Qual _____
15. Tem algum tipo de acompanhamento psicológico/psiquiátrico? Não Sim Há quanto tempo? _____
16. Alguma vez o médico que o acompanha disse que tem excesso de peso ou obesidade?
 Sim Não

Pedimos-lhe que complete os seguintes dados acerca do seu Encarregado de Educação:

1. Idade: _____
2. Sexo: Masculino Feminino
3. Estado Civil: Solteiro Casado União de Facto Divorciado Viúvo
4. Nacionalidade: Portuguesa Outra – Qual? _____
5. Número de filhos: nº _____ idades _____
6. Habilitações literárias: Até ao 4º Ano
 6º Ano
 9º Ano
 12º Ano
 Licenciatura
 Mestrado
 Doutoramento

Muito obrigada pela sua colaboração!

Anexo 2 - Pedido de Autorização para os Colégios



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Faculdade de Ciências Sociais e Humanas
Departamento de Psicologia e Educação

De: Equipa de Investigação do Projeto
“Comportamentos de Saúde e Prevenção da
Doença” do Departamento de Psicologia e
Educação da UBI

Assunto: Pedido de colaboração para investigação - Departamento de Psicologia e Educação da Universidade da Beira Interior.

Cláudia Mendes da Silva, docente do Departamento de Psicologia e Educação da Universidade da Beira Interior, vem por este meio solicitar a colaboração da presente instituição na investigação sobre o “Comportamentos de Saúde em Adolescentes”.

Objetivo: Esta investigação pretende contribuir para o desenvolvimento de conhecimento científico que suporte a definição de estratégias sustentáveis ao nível da promoção da saúde e prevenção da doença, focalizando-se em determinantes dos hábitos de sono, Bem-estar Psicológico e Felicidade. Desta forma, pretende-se recolher dados com base num conjunto de instrumentos de auto-relato junto de adolescentes, pelo que a colaboração desta instituição seria de vital importância, no sentido de aceder a uma amostra de estudo. Apresentamos, de seguida, os planos detalhados dos objetivos e metodologia adotada nesta investigação.

Metodologia: As variáveis em estudo serão avaliadas através de um conjunto de instrumentos de auto-resposta, cuja utilização foi devidamente autorizada pelos autores. A recolha dos dados será efetuada na presente instituição, em caso de autorização. Os dados serão recolhidos pelas alunas de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, da UBI.

População do estudo: Os participantes serão adolescentes, com idades compreendidas entre os 14 e os 18 anos de idade.

A investigação será orientada por mim e a recolha de dados será realizada pelas alunas Ana Raquel Silva e Ana Rita Ferreira.

Estamos totalmente disponíveis para esclarecer qualquer questão ou dúvida que possa surgir.

Na expectativa de que o assunto merecerá a V. atenta consideração, subscrevemo-nos com a maior das considerações,

Covilhã, 15 de dezembro de 2017

(Prof. Doutora Cláudia Mendes da Silva)

Anexo 3 - Colaboração em Projeto de Investigação



Colaboração em Projeto de Investigação

O atual trabalho de investigação intitulado de “Comportamentos de Saúde em Adolescentes”, realizado por Estudantes do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade da Beira Interior para a Dissertação, tem como objetivo compreender a relação entre os Comportamento de Saúde, os Hábitos de Sono e os níveis de Bem-Estar Psicológico e Felicidade dos Adolescentes. Para tal, é fundamental a participação de adolescentes entre os 14 e os 18 anos de idade.

A orientação deste projeto é feita através da Universidade da Beira Interior - Departamento de Ciências Sociais e Humanas (UBI), pela Professora Doutora Cláudia Mendes Silva.

Desta forma, a recolha de dados será efetuada na presente instituição, com base num conjunto de quatro instrumentos de autorresposta junto dos adolescentes. Os dados obtidos através dos questionários apresentados são absolutamente anónimos e confidenciais, tendo como único fim a realização deste estudo.

Instruções:

- Ler atentamente toda a informação descrita acerca dos questionários;
- Responder cuidadosamente a todos os itens apresentados.
- Não existem respostas certas ou erradas, pelo que solicitamos que seja o mais honesto possível.

A sua participação é voluntária, pelo que pode retirar-se ou recusar participar a qualquer momento, caso não queira participar.

Depois de ler as explicações acima referidas, declaro que aceito participar nesta investigação:

Turma:

Número de Aluno: