



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR  
Ciências Sociais e Humanas

# **Comportamentos de Saúde e Felicidade em Adolescentes: Um Estudo Exploratório**

**Ana Rita Linhares Ferreira**

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

Orientador: Prof.<sup>a</sup> Doutora Cláudia Maria Gomes Mendes da Silva

**Covilhã, outubro de 2018**



À estrela do meu céu: *mãe*.



# Agradecimentos

Esta etapa é o culminar de um ano repleto de aprendizagens que contribuíram indubitavelmente para o meu desenvolvimento profissional e pessoal. Ao finalizar este percurso, agradeço a todas as pessoas que sempre estiveram presentes e me apoiaram na realização deste sonho, às quais tenho todo o privilégio de agradecer.

À Professora Doutora Cláudia Silva, por toda a disponibilidade e paciência demonstrada, pela dedicação e apoio, que permitiu a realização desta dissertação. Muito obrigada por tudo.

À minha família, pela compreensão de todo o tempo de ausência e pelo apoio incondicional demonstrado ao longo destes 5 anos.

À Universidade de Évora por me ter acolhido, me ter dado as bases de Psicologia e por todas as pessoas maravilhosas que tive o privilégio de conhecer. À Inês que será sempre uma irmã de coração.

Às minhas amigas de curso - Dalila, Margarida e Sarah - por me acompanharem na aventura do Mestrado e por todos os momentos de felicidade e nervosismo que passámos juntas. Nunca vos esquecerei.

Às minhas amigas de infância, Catarina e Filipa, por todos os momentos que partilhámos ao longo destes anos. Pelo apoio incondicional e as palavras certas no momento certo. Que a vida ainda nos dê mais sorrisos, aventuras e abraços fortes do que nas últimas duas décadas. São as amigas de sempre e para sempre.

Ao meu Emanuel, pelo apoio permanente, compreensão e paciência ao longo de todo este processo. Pela humildade e generosidade. Por tudo o que representas e acrescentas em mim. Que todos os desafios futuros sejam como este, ultrapassados lado a lado. Obrigada por me fazeres sorrir. Sempre nosso.



## Resumo

Os comportamentos de saúde na adolescência têm sido estudados ao longo do tempo por diversos autores, onde recentemente a temática do sono tem sido introduzida, bem como as implicações que as práticas destes comportamentos exercem nos fatores físicos e psicológicos dos adolescentes. Por se considerar que as publicações neste sentido são recentes e escassas, esta pesquisa teve como principal objetivo analisar as variáveis supracitadas. A **amostra** foi constituída por 118 adolescentes, com uma distribuição de género muito igualitária (55% do género masculino e 45% do género feminino), com idades compreendidas entre os 14 e os 18 anos. Como **instrumentos** de recolha de dados e de avaliação foram aplicados um Questionário Sociodemográfico, a Escala de Promoção de Saúde em Adolescentes (EPSA), a Escala de Avaliação da Qualidade do Sono na Adolescência (AQSA) e a Escala sobre Felicidade. Os **resultados** demonstraram que os adolescentes do estudo, de uma forma geral, apresentam práticas de comportamentos de saúde acima da média, baixa qualidade do sono e uma perceção de felicidade acima da média. Através dos testes estatísticos foi possível verificar a relação entre a prática de comportamentos de saúde e a perceção de felicidade, bem como algumas associações entre determinados comportamentos de saúde e os hábitos de sono. No que diz respeito à relação entre a perceção de felicidade e os hábitos de sono, não houve nenhuma correlação significativa. Por fim, ao testar um modelo de regressão linear simples entre a perceção de felicidade e a prática de comportamentos de saúde, concluiu-se que cerca de 25% da felicidade é explicada pela prática destes comportamentos.

## Palavras-chave

Adolescência, Comportamentos de Saúde, Felicidade, Hábitos de Sono.



# Abstract

Health behaviors in youth has been periodically studied by various authors, with the topic of sleep being recently introduced in these studies, as well as the physical and psychological implications these behaviors have on teenagers. Having concluded that publications on these topics are new and rare, the main objective of this research focuses on analyzing the above-mentioned variables. The **sample** is composed of 118 adolescents with an almost equal gender distribution (55% male and 45% female), with ages between 14 and 18 years old. The **instruments** used in the study were a Sociodemographic Questionnaire, the Adolescent Health Promotion Scale, the Quality of Sleep in Adolescence Scale and the Happiness Scale. The **results** have shown that participants, in general, exhibit a level of health behaviors above average, low sleep quality, and a happiness perception above average. It was found a relation between health behaviors and happiness perception by teenagers, as well as relations between specific health behaviors and sleep habits. However, no significant correlation were found between happiness perception and sleeping habits. Finally, a simple linear regression model between happiness perception and health behaviors showed that 25% of happiness derives from adoption of health behaviors.

# Keywords

Adolescence, Health Behaviors, Happiness, Sleep Habits.



# Índice

Lista de Tabelas	xiii
Lista de Acrónimos	xv
Introdução	1
Capítulo I: Revisão Bibliográfica	3
1.1. Saúde, Psicologia da Saúde e Comportamentos relacionados com a Saúde	3
1.1.1. Comportamentos de Saúde	3
1.1.1.1. Comportamentos de Saúde na Adolescência	4
1.1.1.2. Comportamentos de Risco na Adolescência	5
1.1.1.3. Promoção e Prevenção de Saúde nos Adolescentes	7
1.2. O Sono: Conceito, Hábitos e Higiene	8
1.2.1. O sono na Adolescência	9
1.2.2. A influência do Sono na Saúde dos Adolescentes	11
1.3. Felicidade	12
1.3.1. Perspetiva Hedónica e Eudaimónica de Felicidade	13
1.3.1.1. Perspetiva Hedónica e Bem-Estar Subjetivo	13
1.3.1.2. Perspetiva Eudaimónica e Bem-estar Psicológico	14
1.3.1.2.1. Modelo de Bem-estar Psicológico de Ryff	15
1.3.1.2.2. Teoria da Autodeterminação de Ryan e Deci	15
1.3.2. Fatores e Teorias de Felicidade	16
1.3.3. A Felicidade na Adolescência	18
1.3.4. Felicidade e Saúde em Adolescentes	20
Capítulo II: Metodologia	23
2.1. Caracterização Metodológica do Estudo	23
2.1.1. Objetivos	24
2.2. Participantes	24
2.3. Instrumentos de Recolha de Dados	28
2.3.1. Questionário Sociodemográfico	28
2.3.2. Escala de Promoção de saúde em adolescentes (EPSA)	28
2.3.3. Escala de Avaliação da Qualidade do Sono na Adolescência (AQSA)	29
2.3.4. Escala Sobre Felicidade	30
2.4. Procedimentos de Investigação	31
2.5. Procedimentos Estatísticos e Análise de Dados	31
Capítulo III: Resultados	33
3.1. Análises estatísticas preliminares	33
3.2. Estatísticas Descritivas	35
3.3. Estatísticas Inferenciais	36

3.3.1. Avaliar as diferenças existentes entre os géneros e faixas etárias	37
3.3.2. Avaliar as associações entre Comportamentos de Saúde e Hábitos de Sono	39
3.3.3. Avaliar as associações entre Comportamentos de Saúde e Felicidade	40
3.3.4. Avaliar as associações entre Hábitos de Sono e Felicidade	41
3.3.5. Modelo de Regressão Linear Simples	42
Capítulo IV: Discussão	45
4.1. Diferenças existentes entre os géneros e faixas etárias	46
4.2. Associações entre Comportamentos de Saúde e Hábitos de Sono	48
4.3. Associações entre Comportamentos de Saúde e Felicidade	51
4.4. Associações entre Hábitos de Sono e Felicidade	52
4.5. Limitações do estudo	53
Capítulo V: Conclusão	55
Referências Bibliográficas	57
Anexos	69

# Lista de Tabelas

- Tabela 1 - Caracterização dos dados sociodemográficos dos participantes
- Tabela 2 - Caracterização dos dados sociodemográficos dos Encarregados de Educação
- Tabela 3 - Normalidade da distribuição dos dados nas dimensões da EPSA, AQSA e Escala sobre Felicidade
- Tabela 4 - Coeficiente de Consistência interna da EPSA
- Tabela 5 - Coeficiente de Consistência Interna da AQSA
- Tabela 6 - Coeficiente de Consistência Interna da Escala sobre Felicidade
- Tabela 7 - Estatística Descritiva da EPSA
- Tabela 8 - Estatística Descritiva da AQSA
- Tabela 9 - Estatística Descritiva da Escala sobre Felicidade
- Tabela 10 - Diferenças de género nas escalas EPSA, AQSA e Escala sobre Felicidade
- Tabela 11 - Diferenças de género nas subescalas da EPSA
- Tabela 12 - Diferenças de género nas subescalas da AQSA
- Tabela 13 - Diferenças da faixa etária na EPSA, AQSA e Escala sobre Felicidade
- Tabela 14 - Correlações entre as subescalas da AQSA e da EPSA
- Tabela 15 - Correlações entre a Escala sobre Felicidade e as subescalas da EPSA
- Tabela 16 - Diferenças entre o tipo de atividade extracurricular e a perceção de felicidade
- Tabela 17 - Coeficientes e estatística do modelo de regressão linear simples sobre a perceção de felicidade e a prática de comportamentos de saúde



## Lista de Acrónimos

AP	Afetos Positivos
AQSA	Escala de Avaliação da Qualidade do Sono na Adolescência
EPSA	Escala de Promoção de Saúde em Adolescentes
NA	Afetos Positivos
OMS	Organização Mundial de Saúde
SA	Satisfação com a Vida
UBI	Universidade da Beira Interior



# Introdução

A temática da promoção de comportamentos de saúde foi destacada nas últimas décadas, onde se evidencia o estudo da nutrição, hábitos de sono, prática de exercício físico, hábitos de higiene, entre outros (Morais, Moraes, Reis & Koller, 2010; Spear & Kullbok, 2001). O objetivo principal da promoção destes comportamentos é o aumento da saúde e do bem-estar, sendo assim fundamental capacitar os adolescentes para a adoção de comportamentos de saúde, por se considerar uma faixa etária primordial para a realização de intervenções destinadas à melhoria da saúde e do bem-estar da população (Booker, Skwe, Sacker & Kelly, 2014).

Após diversos anos em que as investigações em psicologia foram marcadas pelos sintomas negativos e patologias clínicas, os estudos relativos aos aspetos positivos do ser humano começaram a despertar interesse e a ser abordados por diferentes autores (Paludo & Koller, 2007; Shrestha, 2016). Nesse sentido, o bem-estar subjetivo e a felicidade são os constructos utilizados na descrição de “sentimentos positivos e atividades positivas” (Seligman, 2004, p.287; cit in. Passareli & Silva, 2007), que estão descritos na literatura como estando associados com a saúde (Simões, Matos & Batista-Foguet, 2008).

Desta forma, o objetivo da presente investigação é perceber a relação entre a prática de comportamentos de saúde e a percepção de felicidade em adolescentes, considerando diversas características sociodemográficas e os hábitos de sono.

O estudo irá ser apresentado no decorrer de cinco capítulos, sendo estes: i) Enquadramento Teórico, em que será apresentada a revisão bibliográfica relativa ao tema e explorados os conceitos chave do mesmo; ii) Metodologia, onde serão identificados os objetivos, caracterizados os participantes, apresentados os instrumentos utilizados e descritos todos os passos da investigação; iii) Resultados, onde serão apresentados e descritos os resultados obtidos, iv) Discussão, em que serão interpretados os resultados obtidos e em que os mesmos serão comparados com a literatura existente, sendo por último mencionadas as limitações do estudo; e v) Conclusão, em que serão resumidas as principais conclusões do estudo e sugeridas investigações pertinentes para a área abordada.



# Capítulo I: Enquadramento teórico

## 1.1. Saúde, Psicologia da Saúde e Comportamentos relacionados com a Saúde

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define a saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença” (WHO, 2006, p.1), que a partir de 1948, passou a ser considerada “um dos direitos fundamentais de todo o ser humano sem distinção de raça, religião, opiniões políticas e condição económica e social” (OMS, 1948; cit in. Silva, Eira, Vicente & Guerreiro, 2003).

A Psicologia da Saúde é definida, por Matarazzo (1982, p.4), como “o domínio da psicologia que recorre aos conhecimentos provenientes das diversas áreas da psicologia, com vista à promoção e manutenção da saúde, à prevenção e tratamento das doenças, à identificação da etiologia e diagnóstico relacionados com a saúde, com as doenças e com disfunções a elas associadas, à análise e melhoria do sistema de cuidados de saúde e ao aperfeiçoamento da política de saúde”.

Desta forma, a psicologia da saúde aborda vários campos de interesse, como por exemplo o estudo da adaptação psicológica a mudanças no estilo de vida; a influência de variáveis psicológicas em situações de hospitalização, doenças terminais (Weinman, 1981; cit in. Teixeira & Leal, 1990); os comportamentos de risco para a saúde; as cognições associadas com a saúde e a doença (Diekstra, 1990; cit in. Teixeira & Leal, 1990); tratamento da dor crónica, stress, entre outras; promoção da saúde e mudança de estilos de vida; estudo de aspetos psicológicos associados à obesidade, stress, diabetes e doenças cardiovasculares (Teixeira & Leal, 1990); os aspetos psicológicos associados à adesão aos tratamentos e estratégias de coping relacionados com a incapacidade ou doença (Weinman, 1990; cit in Teixeira & Leal, 1990).

### 1.1.1. Comportamentos de Saúde

Os comportamentos de saúde podem ser definidos de diferentes formas, e estas dependem do autor em causa. Assim, um comportamento de saúde pode ser definido como qualquer ação realizada por um indivíduo, independentemente do seu estado de saúde real ou percebido, que tem como objetivo a proteção, promoção ou a manutenção da saúde, mesmo que esse comportamento seja ou não eficiente (Matos, 2004).

Segundo Pill (1991, p.191) um comportamento de saúde é “qualquer atividade realizada por uma pessoa que acredita que a mesma é saudável, com a finalidade de prevenir a doença ou detetá-la durante estágio assintomático”. Uma concepção mais alargada tem Carmody (1997) que afirma que qualquer comportamento que seja realizado por um sujeito que afete a sua própria saúde, pode ser considerado um comportamento de saúde, quer a afete de forma positiva ou negativa. Desta forma, qualquer atividade que seja realizada afeta a saúde, direta ou indiretamente (Gonzalez & Ribeiro, 2004).

Os comportamentos de saúde constituem um padrão de conduta habitual e estável, que engloba todas as ações realizadas pelo indivíduo, ou a falta delas, que afetam a saúde e o bem-estar. Estes podem ser divididos em comportamentos que promovem a saúde e os que ameaçam a saúde (Heszen & Sek, 2012; cit in. Bąk-Sosnowska & Skrzypulec-Plinta, 2017). Os comportamentos de saúde podem também ser denominados de “comportamentos de proteção à saúde”, que se caracterizam por ações que reduzem a suscetibilidade à doença ou que facilitam a restauração da saúde (Spring, Moller & Coons, 2012), ou até mesmo de “comportamentos preventivos” (Gonzalez & Ribeiro, 2004).

A importância destes comportamentos pode ser constatada no estudo de Berkman e Berslow (1972) onde foi estudada a relação entre o comportamento humano, saúde e doenças, revelando que os comportamentos de saúde estão associados a uma melhoria na saúde. Os comportamentos de saúde mais estudados são os hábitos de sono, prática de exercício físico, hábitos de higiene e alimentação saudável, bem como as variações destes comportamentos tendo em conta a idade, género e fatores sociodemográficos (Booker et al., 2014; Spear & Kulbok, 2001). Vários investigadores organizam todos estes fatores nas seguintes categorias: fatores cognitivos/afetivos, fatores sociodemográficos, fatores relacionados com a família/pares, fatores psicológicos e fatores físicos (Spear & Kulbok, 2001).

#### **1.1.1.1. Comportamentos de Saúde na Adolescência**

A adolescência caracteriza-se por ser a fase de transição entre a infância e a idade adulta, onde ocorrem diversas mudanças a nível biológico, cognitivo e emocional (Buck & Ryan-Wenger, 2003; Rofey, McMakin, Shaw & Ronald, 2013). É, assim, um período dinâmico onde se estabelece a autorregulação de comportamentos, emoções, motivações e atitudes que são fundamentais para a saúde (Rofey et al., 2013). A adolescência é uma faixa etária compreendida, segundo alguns autores, entre os 12 e os 21 anos de idade, porém outros autores afirmam que a mesma pode ir apenas até aos 18 anos ou até mesmo aos 24 anos de idade (Spear & Kulbok, 2001). Ao longo desta fase os adolescentes fazem e estabelecem padrões de comportamento que afetam a saúde atual e futura (Achhab et al., 2016; Spear & Kulbok, 2001).

Os hábitos e os comportamentos adotados no dia-a-dia são consolidados durante a infância e a adolescência e, presumivelmente, transportados para a idade adulta, sendo cada vez mais difíceis de alterar com o passar do tempo (Kim & Kwiterovich, 1995; cit in. Júnior & Lopes, 2004). A saúde em geral e a prática de comportamentos de saúde são mais observados na adolescência e sofrem uma diminuição à medida que a adolescência prossegue, havendo cada vez mais padrões menos favoráveis à saúde (Booker et al., 2014).

Os comportamentos não saudáveis que os adolescentes possam adquirir podem transformar-se em fatores de risco a longo prazo e até em condições de saúde crônicas (Raphael, 2013). Um estudo longitudinal sobre a influência dos comportamentos de saúde na infância nos comportamentos de saúde nos adolescentes verificou que a execução de comportamentos de saúde, como a prática de exercício físico e a alimentação saudável, são preditores dos mesmos comportamentos na adolescência (Nigg & Amato, 2015).

Os comportamentos de saúde mais estudados são os hábitos de sono, prática de exercício físico, hábitos de higiene e alimentação saudável, bem como as variações destes comportamentos tendo em conta a idade, género e fatores sociodemográficos (Booker et al., 2014; Spear & Kulbok, 2001). Vários investigadores organizam todos estes fatores nas seguintes categorias: fatores cognitivos/afetivos, fatores sociodemográficos, fatores relacionados com a família/pares, fatores psicológicos e fatores físicos (Spear & Kulbok, 2001).

Ao reunir as várias investigações e modelos que surgem acerca deste tema é possível verificar que existem vários fatores que exercem influência na prática de comportamentos de saúde, como por exemplo: as crenças, os valores, atitudes e hábitos de vida que são intrínsecos (Silva, 2002; cit in. Dias et al., 2004). Assim, a intenção de uma pessoa realizar um comportamento resulta da combinação dos fatores supracitados (Dias, Duque, Silva & Durá, 2004).

As influências externas podem também contribuir para a realização, ou não, dos comportamentos (Pais Ribeiro, 1994; cit in. Dias et al., 2004). Desta forma, o ambiente social no qual os adolescentes estão inseridos é uma forte influência na prática de comportamentos de saúde (Turbin et al., 2006).

#### **1.1.1.2. Comportamentos de Risco na Adolescência**

Contrariamente aos comportamentos de saúde, existem os comportamentos de risco para a saúde, as ações que podem comprometer a saúde física e mental dos adolescentes (Feijó & Oliveira, 2001) e que aumentam a probabilidade de doença ou impedem a sua recuperação (Spring et al., 2012). Outra designação para estes comportamentos é

comportamentos comprometedores de saúde, que são comportamentos praticados por um sujeito que podem ter um impacto negativo na sua saúde atual ou futura (Tang et al., 2010).

A adolescência é vista como um período saudável (Booker et al., 2014; Tang et al., 2010), porém os adolescentes estão expostos a diversos comportamentos de risco para a saúde, como por exemplo: hábitos alimentares inadequados, sedentarismo, escassa atividade física e consumo de álcool e drogas (Barbosa et al., 2016; Mazzardo, Silva, Guimarães, Martins, Watanabe & Campos, 2016).

O número de comportamentos de risco aumenta ao longo do desenvolvimento, sobretudo durante a adolescência (Poortinga, 2006), e prevalece em diferentes contextos sociais (Barbosa, Casotti & Nerym, 2016), já que nesta fase os jovens são mais suscetíveis à influência dos ambientes em que estão inseridos. A realização destes comportamentos pode ter como origem determinados fatores de risco, que se dividem em vários ambientes, sendo estes o grupo de pares, a família, a comunidade e a escola (Tomé, Camacho, Matos & Simões, 2015).

Relativamente ao grupo de pares, alguns autores afirmam que a origem destes comportamentos se deve à influência dos pares ou à curiosidade de exploração por parte do jovem (Feijó & Oliveira, 2001). Segundo Tomé e colaboradores (2015), o grupo de pares é o melhor preditor para a prática de comportamentos de risco para a saúde e pode englobar uma série de fatores de risco, como por exemplo: rejeição social, aprendizagem por modelação e pressão social.

Por outro lado, a família pode ter um impacto na prática de comportamentos de risco, se houver algum tipo de negligência, falta de comunicação e/ou falta de informações acerca dos mesmos. A comunidade pode ter também um papel importante, no caso de o adolescente viver em bairros sociais (Tomé et al., 2015). Por último, existem diversos fatores de risco que podem levar a que a escola seja considerada um ambiente propício ao início de comportamentos de risco, entre estes podem-se referir os seguintes: mudanças consecutivas de escola, maus resultados académicos e atitudes negativas face à escola (Tomé et al., 2015).

A relação entre comportamentos de risco em adolescentes e alguns fatores como o género, idade e estatuto socioeconómico varia entre diversos estudos. Enquanto Mazzardo e colaboradores (2016) e Barbosa e colaboradores (2016) observaram diferenças significativas em função dos fatores anteriormente mencionados, outros autores, como Júnior e Lopes (2004) não encontraram diferenças significativas em função da idade, em alguns comportamentos de risco.

### **1.1.1.3. Promoção e Prevenção de Saúde nos Adolescentes**

Como é possível constatar através das informações anteriormente expostas, os comportamentos de saúde são essenciais para a saúde dos adolescentes, bem como para o seu futuro. A adolescência é o período mais indicado para a realização de intervenções que têm como objetivo a melhoria da saúde e do bem-estar (Booker et al., 2014), já que os mesmos tendem a permanecer durante o percurso de vida e que os padrões de estabelecimento de hábitos são efetuados durante a juventude (Due et al., 2011).

A promoção da saúde tem como principal objetivo o aumento da saúde e o bem-estar geral e aborda as práticas e os comportamentos que levam à melhoria da mesma na população, não se restringindo apenas à resolução da doença (Santos & Bógus, 2007). A qualidade de vida em crianças e adolescentes é também um tema abordado aquando da promoção da saúde e este está relacionado com a saúde e o bem-estar (Gaspar, Ribeiro, Matos & Leal, 2008).

O psicólogo tem um papel preponderante no que diz respeito às intervenções realizadas neste âmbito, pelo facto de ser consciente da construção e consolidação de hábitos saudáveis e qualidade de vida (Dimenstein, 1998). Desta forma, é fundamental perceber a eficácia dos programas que são desenvolvidos e aplicados com o objetivo da promoção da saúde, no sentido de estes trazerem benefícios para os adolescentes (Gaspar et al., 2008).

Neste sentido, as temáticas a serem abordadas podem ser a prática de exercício físico, que é um fator importante para a promoção da saúde (Barbosa et al., 2016; Booker et al., 2014), bem como o sono, que tem um papel extremamente importante para a promoção geral da saúde e do bem-estar das crianças e adolescentes (Matricciani, Blunden, Rigney, Williams, & Olds, 2013; Paiva, Gaspar & Matos, 2015).

A Organização Mundial de Saúde, em 1984, considerou que a promoção de saúde segue os seguintes princípios: “1) é destinada à população em geral no contexto da vida quotidiana e não só à população doente ou em risco; 2) tem em vista ações relativas aos determinantes e/ou causas de saúde; 3) atua através da combinação de métodos e perspectivas diversas; 4) tem como objetivo o envolvimento direto da população alvo; e 5) todos os profissionais de saúde têm um papel fundamental na promoção da saúde e prevenção da doença” (Dias et al., 2004, p. 465).

Diversos autores afirmam que enquanto o conceito de promoção se relaciona mais com a saúde, o conceito de prevenção relaciona-se mais com a doença (Dias et al., 2004). Desta forma, a prevenção da doença, de acordo com Leavell e Clarck (1976) (cit in. Czeresnia, 1999, p. 705), pode definir-se como uma "ação antecipada, com base no conhecimento da história natural, a fim de tornar improvável o progresso posterior da doença". As intervenções preventivas focam-se na forma de evitar o surgimento de doenças

específicas, reduzir a sua incidência e prevalência nas populações (Czeresnia, 1999). Foi possível, através da OMS, distinguir três tipos de prevenção, sendo estas: a prevenção primária, que tem como objetivo a diminuição da incidência de uma doença na população; a prevenção secundária, que pretende diminuir a prevalência de uma doença; e a prevenção terciária, que se foca na diminuição das incapacidades crónicas (Silva et al., 2003).

## **1.2. O Sono: Conceito, Hábitos e Higiene**

Adquirir hábitos de sono saudáveis é essencial para a saúde do ser humano e para a sua qualidade de vida (Chen, Wang & Jeng, 2006; Dewald, Meijer, Oort, Kerkhof & Bogels, 2010). O sono pode ser definido tendo em conta as suas características: um estado de redução de atividade física motora; diminuição da interação; fácil reversibilidade; e o decréscimo da recetividade com o meio ambiente (Mindell & Owens, 2010).

Os hábitos e qualidade do sono modificam-se ao longo da vida, tendo em conta as transformações biológicas e as influências psicológicas, culturais e sociais a que o ser humano vai sendo exposto durante o seu desenvolvimento (Carksadon, 2011; cit in. Pinto, Pinto, Rebelo-Pinto, & Paiva, 2016). Os conceitos de qualidade e duração do sono são bastante utilizados na literatura existente sobre o sono e têm significados bastante distintos. A qualidade do sono refere-se à forma de como este é experienciado, onde se pode incluir a satisfação com o tempo de sono e o sentimento de descanso (Pilcher, Ginter & Sadowsky, 1997). Por outro lado, a duração do mesmo é um domínio do sono mais objetivo, ou seja, refere-se ao tempo real durante o qual o indivíduo está a dormir (Liu & Zhou, 2002).

Para além de hábitos e duração, também a higiene do sono é abordada em diversos estudos, assim, pode ser designada pela prática de comportamentos que otimizam e promovem um bom sono, bem como o seu funcionamento. Este conceito engloba vários componentes, como a garantia de horários regulares para dormir e para levantar, tempo limitado relativamente às sesta durante o dia, evitar estar deitado na cama à espera que se adormeça, evitar o consumo de álcool e de comprimidos para dormir, restringir a cafeína e a nicotina no decorrer do dia, estar relaxado e providenciar um ambiente global de sono favorável. Neste sentido, o ambiente de sono favorável pode ter as seguintes características: ser livre de ruídos excessivos e de luz, não ter a presença de animais de estimação e ter uma temperatura amena. Para além do ambiente, é fundamental que não haja interrupções no ambiente do sono, com a prática de algumas atividades, como ver televisão, comer, trabalhar, estudar e/ou estar no telemóvel (Carskadon, 1993; cit in. Noland, Price, Dake & Telljohann, 2009).

### 1.2.1. O sono na Adolescência

Dormir é considerada uma necessidade homeostática que leva ao bom funcionamento orgânico, emocional e cognitivo (Dement, 2001; cit in Pinto et al., 2016). Assim, o sono tem um papel fundamental no desenvolvimento físico e emocional, especialmente em crianças e adolescentes (Koulouglioti, Moskow, Carno & Grape, 2013; Natal, Lourenço, Silva & Boscolo, 2009; Segura-Jiménez, Carbonell-Baeza, Keating, Ruiz, & Castro- Piñero, 2015). Segundo LeBourgeois e colaboradores (2005), um adolescente que tem uma boa qualidade de sono pode definir-se como alguém que se vai deitar facilmente na hora de dormir, adormece facilmente, mantém o sono inalterado, recomeça o sono após acordar a meio da noite e faz facilmente a transição do sono para o acordar.

As investigações relativas a este tema, em adolescentes, são ainda recentes e focam-se principalmente nos hábitos de sono (Reid & Baker, 2008). A adolescência representa um período chave no que diz respeito à regulação do sono e quando esta é desafiada pelas mudanças que ocorrem nesta fase (Rofey et al., 2013). Para além dos hábitos, a duração desempenha também um papel importante no bem-estar psicológico (Kalak, Lemola, Brand, Holsboer-Trachsler & Grob, 2014).

Vários estudos procuraram saber qual o número de horas recomendadas que os adolescentes devem dormir, e todas as evidências situam-se num período compreendido entre as 8 horas e as 9 horas (Pepin et al., 2014; cit in. Segura-Jiménez et al., 2015). Alguns adolescentes têm necessidades que excedem estes números (Carskadon, Wolfson, Acebo, Tzischinsky & Seifer, 1998), enquanto alguma desta população dorme menos de 8,5h por noite (Gibson et al., 2006). Como consequência do tempo de sono insuficiente, cerca de 20 a 50% dos adolescentes afirmam ter sonolência diurna (Pagel, Forister & Kwiatkowi, 2007).

Algumas investigações (como por exemplo: Feinberg, Davis, Bie, Grimm e Campbell, 2012; Olds, Maher, Blunden e Matricciani, 2010) existe uma diminuição do tempo de sono desde a infância até à adolescência que corresponde aproximadamente a 10/12 minutos por ano (Segura-Jiménez et al., 2015; Kalak et al., 2014). Apesar desta diminuição do tempo de sono com a idade, verifica-se que existe um aumento de queixas relativas à saúde com o avançar da idade (Paiva et al., 2015). Em Portugal, um estudo de Paiva, Gaspar e Matos (2015) verificou que os adolescentes, em dias de escola, dormem menos horas do que as recomendadas.

Segundo alguns autores, o tempo de sono insuficiente deve-se a um conjunto de fatores intrínsecos e extrínsecos que influenciam, em conjunto, o sono dos jovens. Os fatores intrínsecos englobam todas as mudanças desenvolvimentais, psicológicas e biológicas e também a idade. Por outro lado, os fatores extrínsecos abrangem aspetos ambientais, influências étnicas e socioculturais, as crenças culturais, os valores familiares, a pressão

social, o horário de escola e a carga de trabalho acadêmico a que os adolescentes estão sujeitos (Pagel et al., 2007; Roehrs, Carskadon, Dement & Roth, 2005; cit in. Dewald et al., 2010). Vários autores realçam que a diminuição das horas de sono não está apenas relacionada com o desenvolvimento do adolescente, mas principalmente com as exigências escolares e com o uso de aparelhos eletrônicos antes de dormir (Olds et al., 2010; Ohayon, Carskadon, Guilleminault & Vitiello, 2004; Segura-Jiménez et al., 2015).

Um dos fatores mais significativos que afeta o tempo de sono adequado e a qualidade do sono é um horário de sono consistente (Noland et al., 2009). Os sinais mais evidentes que se podem observar num adolescente com tempo insuficiente de sono são as mudanças constantes de humor e a diminuição da motivação. Estas consequências podem provocar dificuldades emocionais e comportamentais (Dahl, 1999)

O tema do sono tem sido estudado por vários autores, que afirmam que os problemas de sono em adolescentes estão, muitas vezes, associados a poucas horas de sono, à ausência de uma rotina regular para dormir, horas de sono e de acordar inconstantes, baixa qualidade dos ambientes onde dormem e atividades que podem interferir com o sono, como ver televisão antes de dormir e beber cafeína (Koulouglioti et al., 2013).

Na faixa etária da adolescência é propício o uso excessivo das tecnologias (como ver televisão, navegar na internet, uso de telemóveis, jogar jogos online), que perturba o ritmo saudável do sono, contribuindo para um padrão de duração do sono reduzido e menor qualidade do mesmo (Munezawa et al., 2011). O impacto da tecnologia pode gerar uma tendência para a redução do tempo médio total de sono, dificuldade em adormecer e até mesmo a privação crónica. Segundo a Fundação Nacional do sono (2011), o uso de dispositivos tecnológicos tem maior prevalência na população jovem, e o uso de múltiplos aparelhos está a aumentar de forma significativa (Arora, Broglio, Thomas & Taheri, 2014). Neste sentido, um estudo realizado por Cain e Gradisar (2010) comprovou que o uso de aparelhos eletrónicos, como televisões e computadores, está relacionado com durações inferiores de sono e dificuldade em adormecer (Koulouglioti et al., 2013).

Um dado preocupante relativamente ao sono dos adolescentes é que esta população tem uma escassez de conhecimento sobre os hábitos de sono saudáveis e sobre o sono em geral (LeBourgeois et al., 2005). É comum a desvalorização da importância do sono por parte dos adolescentes, porém é nesta fase que o mesmo é essencial na qualidade de vida e a privação pode levar a consequências na saúde e no desenvolvimento normal (Carskadon, 2002; cit in. Pinto et al., 2016).

O sono de curta duração, através de vários estudos, tem sido relacionado com a agressividade, ansiedade, violência, comportamentos de risco, abuso de substâncias, insucesso escolar (Pinto et al., 2016), obesidade (Lazaratou, Soldatou & Dikeos, 2012),

sensação reduzida de bem-estar psicológico (Kalak et al., 2014; Pilcher et al., 1997). O sono tem também uma importância fundamental para o desempenho escolar (Busse & Baldini, 1994; cit in. Natal et al., 2009). Os adolescentes que afirmam ter pouco tempo de sono e pouca qualidade de sono percebido são mais propensos a ter um desempenho escolar mais baixo (Dewald et al., 2010), que se deve ao facto de o sono ter um papel fundamental na consolidação da memória e no processo de aprendizagem (Wilhelm, Prehn-Kristensen & Born, 2012).

A higiene do sono tem uma grande influência no sono dos adolescentes, já que, promove a qualidade e a duração adequada do mesmo e tem impacto na sonolência diurna. Assim, a higiene do sono nos adolescentes pode ser verificada através de algumas práticas comportamentais, tais como: evitar fazer sestas no final da tarde; não beber cafeína antes de dormir; seguir uma rotina fixa de sono; dormir sozinho; ter um ambiente sem barulho e confortável para dormir; evitar a realização de atividades que sejam fisiologicamente, cognitivamente e emocionalmente ativas perto da hora de deitar; e não usar a cama para realizar atividades diferentes do que dormir (LeBourgeois et al., 2005).

Relativamente à higiene do sono, um estudo realizado por Noland e colaboradores (2009), onde o objetivo era os adolescentes escolherem, de entre uma lista, quais as estratégias que utilizavam para dormir ou ficar adormecido, chegou à conclusão de que segundo os adolescentes os métodos mais utilizados eram ver televisão (46,2%), seguido por tornar o quarto todo escuro (45,2%), colocar o quarto a temperatura confortável (37,1%) e, por último, ir para a cama e acordar no horário habitual (30,3%). Uma minoria de adolescentes referiu que tomavam comprimidos para ajudar a dormir (6,0%). Neste mesmo estudo, foi também pedido aos adolescentes que identificassem quais os comportamentos que os impediam de dormir, verificando-se que a opção mais escolhida foi o facto de terem muitos trabalhos de casa (46,5%), seguido por sentirem muito stress (42,0%), ver televisão (39,4%) e estar demasiado tempo com os amigos (30,3%).

### **1.2.2. A influência do Sono na Saúde dos Adolescentes**

Chen e colaboradores (2006) realizaram um estudo sobre a relação entre o tempo de sono, o estado de saúde e os comportamentos relacionados com a saúde, em adolescentes, no qual constataram que o tempo de sono está positivamente correlacionado com a frequência de comportamentos de saúde. No mesmo sentido, um outro estudo comprovou que a qualidade do sono percebida foi associada ao estado de saúde percebido em crianças e adolescentes. Por conseguinte, a qualidade de sono percebido pelos adolescentes, bem como o tempo de sono que os mesmos relatam estão associados com indicadores de saúde positivos e inversamente associados com queixas de saúde, nesta faixa etária (Segura-Jiménez et al., 2015).

Giannotti e colaboradores (2005) constatou-se que os hábitos de sono pouco saudáveis e a dificuldade em dormir surgia com mais prevalência no final da adolescência. Através de um estudo realizado por Liu e Zhou (2002), cerca de 17% dos adolescentes relataram sintomas de insônia, 11% dificuldades de iniciar o sono e cerca de 6% dificuldade em manter o sono.

A relação entre a percepção da quantidade e qualidade do sono com a qualidade de vida e a satisfação da vida durante a adolescência foi demonstrada num estudo realizado por Matos, Marques, Gaspar e Paiva (2017), onde os sujeitos que percecionavam maior duração e qualidade no seu sono, tinham uma maior percepção de qualidade de vida, bem como qualidade de vida em geral. Além destes dados, foi possível confirmar que a percepção de bem-estar está interligada com a duração de horas de sono, ou seja, os adolescentes que dormem mais do que 8 horas diárias revelam maior bem-estar e satisfação com a vida.

### **1.3. Felicidade**

A busca da felicidade constitui o objetivo último principal do ser humano (Zarinpoush, Cooper & Moylan, 2000), e é um constructo com diversas tentativas de definição e caracterização. Pode ser definida, segundo Diener (2000), como a percepção da presença de emoções positivas e satisfação com a vida (López-Pérez, Sánchez & Gummerum, 2016).

A primeira referência sobre este tema é do autor Wilson, que concluiu que "a pessoa feliz surge como uma pessoa jovem, saudável, bem-educada, bem paga, extrovertida, otimista, sem preocupações, religiosa, casada, com alta auto-estima, moral elevada, aspirações modestas, de ambos os sexos e de uma ampla gama de inteligência" (Wilson, 1967, pp. 294). Mais tarde, Beck (1976) afirma que a felicidade depende da realização das expectativas e da capacidade de atingir os objetivos propostos pelo sujeito (Barros, 2001).

As investigações psicológicas sempre demonstraram mais interesse pela infelicidade e pelo sofrimento humano do propriamente pela felicidade e quais os fatores que influenciavam a mesma (Ryff, 1989). Desta forma, o primeiro estudo científico publicado acerca da psicologia positiva foi realizado por Martin, Mihaly e Csikszentmihalyi, em 2000, que serviu como meio impulsionador de novas investigações futuras (Freire, Zenhas, Tavares & Iglésias, 2013).

Um dos motivos pelo qual não existe uma definição de felicidade universal é porque a mesma varia de pessoa para pessoa, embora possam existir características semelhantes, cada pessoa vive a felicidade à sua maneira. Assim, trata-se de um conceito socioculturalmente diversificado e transcultural (Diener, 2000). Várias perspectivas podem ser tomadas em conta aquando a definição do conceito de felicidade, por um lado pode-se defini-la tendo em conta

a forma como avaliamos a vida, de uma forma geral, bem como todos os aspetos significativos que abrange (Averill & More, 1993; cit in. Freire et al., 2013). Por outro lado, pode ser vista tendo em conta o alcance dos objetivos e desejos pessoais (Emmons, 2003; cit in. Freire et al., 2013). Existem conceitos similares que, por vezes, são utilizados com o mesmo sentido de felicidade, como, por exemplo: alegria, contentamento, satisfação e bem-estar (Barros, 2001), o que demonstra a dificuldade em definir e estudar a felicidade.

### **1.3.1. Perspetiva Hedónica e Eudaimónica de Felicidade**

O estudo do construto da felicidade, através de uma perspetiva científica, conduziu à descoberta de duas abordagens diferentes na definição da mesma, a perspetiva hedónica e eudaimónica. A perspetiva hedónica é entendida como a presença de afetos positivos e a satisfação com a vida (Diener, 2000), por outro lado, a perspetiva eudaimónica compreende características como a autoaceitação, o crescimento pessoal, autonomia e propósito de vida (Deci & Ryan, 2008).

Após diversas investigações acerca das abordagens supracitadas, alguns autores conciliaram ambas as abordagens nas suas conceptualizações da felicidade. Um dos autores foi Seligman (2011; cit in López-Pérez et al., 2016) que propôs explicar a felicidade através de cinco elementos: o prazer, ou seja, a frequência das emoções positivas; envolvimento em tarefas agradáveis; significado no percurso de vida; e conquista de metas e objetivos de vida.

Por outro lado, Peterson, Park e Seligman (2005) consideraram uma terceira abordagem para a felicidade: a busca do envolvimento, que foi inicialmente estudada por Seligman (2002). A investigação realizada pelos mesmos concluí que as três abordagens da felicidade, ou seja, a perspetiva hedónica, a eudaimónica e o envolvimento são distinguíveis e compatíveis, sendo possível segui-las simultaneamente. Cada uma destas perspetivas é associada à satisfação com a vida (Peterson et al., 2005).

#### **1.3.1.1. Perspetiva Hedónica e Bem-Estar Subjetivo**

O termo hedonismo vem da palavra grega *hedône*, de origem filosófica, que considera que a “Boa Vida” significava a vivência de experiências que maximizassem o prazer e que diminuíssem da dor (Freire et al., 2013). Na década de 70, e através deste mesmo conceito, surge o construto de bem-estar subjetivo, que foi introduzido pelo autor Diener (1984), numa tentativa de identificar qual o campo da psicologia que se dedicava a perceber e a avaliar a qualidade de vida das pessoas (Greydanus, Pratt & Patel, 2013). Assim, o bem-estar subjetivo propõe um modelo multidimensional onde engloba três componentes: a satisfação com a vida (SA), a presença de afetos positivos (AP) e a ausência de afetos negativos (NA), que em conjunto sumarizam a felicidade (Ryan & Deci, 2001).

Kahneman e colaboradores (1999; cit in. Ryan & Deci, 2001, p.144) afirmam que a psicologia hedônica é definida como o estudo de “o que torna as experiências e a vida agradáveis e desagradáveis”. Diversos autores interessaram-se sobre o tema e surgiram múltiplas investigações a respeito das diferentes formas pelas quais a perspectiva hedônica da felicidade se expressa (Ryan & Deci, 2001).

Desta forma, a perspectiva hedônica centra-se na visão de que o bem-estar consiste na felicidade subjetiva e interessa-se pela interpretação das experiências de prazer *versus* desprazer que abrangem os elementos bons *versus* maus da vida (Diener, Sapyta & Suh, 1998), ou seja, a felicidade engloba o total dos momentos hedônicos que são experienciados pelo sujeito. O principal objetivo desta perspectiva foca-se na maximização da felicidade humana (Ryan & Deci, 2001).

### **1.3.1.2. Perspetiva Eudaimónica e Bem-estar Psicológico**

Além da abordagem hedônica, que tinha uma predominância inicial no estudo da felicidade, surgiu a perspectiva eudaimônica, da palavra grega *Eudaimonia*. Este termo surgiu na década de 80 e é traduzido por Aristóteles como “Felicidade” (Aristóteles, 1993; cit in. Zenhas, 2012) e traz consigo o construto de bem-estar psicológico (Keyes, Shmotking & Ryff, 2002). Esta nova perspectiva, que é tão antiga e atual como a primeira visão, afirma que o bem-estar consiste em mais do que apenas a felicidade. Waterman (1993) afirma que o bem-estar consiste em viver de acordo com o “verdadeiro eu”.

O bem-estar psicológico desencadeou-se através das investigações de Ryff, que tinha como objetivo definir a estrutura básica do bem-estar no âmbito da psicologia (Machado & Bandeira, 2012). Este conceito relaciona-se com a felicidade eudaimônica (Freire et al., 2013) e pode ser obtida através do desenvolvimento pessoal e da capacidade de autorrealização (Ryff, 1989). Assim, o bem-estar psicológico pode ser definido como “o conceito que traduz o resultado de um desenvolvimento e funcionamento positivos neste conjunto de dimensões que abrangem a área da perceção pessoal e interpessoal, a apreciação do passado, o envolvimento no presente e a mobilização para o futuro” (Novo, 2005, p. 185).

Através do interesse de vários investigadores, o Bem-Estar, na perspectiva eudaimônica, tem sido investigado através de duas perspectivas diferentes de investigação, sendo estas o Modelo de Bem-estar Psicológico de Ryff (1989), a teoria da autodeterminação de Ryan e Deci (2000) (*Self Determination Theory*).

### **1.3.1.2.1. Modelo de Bem-estar Psicológico de Ryff**

O Modelo de Bem-estar Psicológico de Ryff surgiu em 1989, por Carol Ryff, de forma a colmatar algumas falhas teóricas acerca do bem-estar e devido ao facto de alguns autores negligenciarem facetas importantes da saúde psicológica. Assim, a autora dedicou-se à operacionalização de seis dimensões do bem-estar, através de algumas teorias existentes, que em conjunto podem levar a uma definição de felicidade. Por conseguinte, as dimensões são: 1) autoaceitação; 2) relações positivas com os outros; 3) autonomia; 4) controlo do ambiente; 5) projeto de vida; e 6) crescimento pessoal (Ryff, 1989; Barros, 2001).

A dimensão de autoaceitação pode definir-se como o facto de uma pessoa se autoavaliar de forma positiva, quer seja no presente ou no passado; as relações positivas com os outros incluem a capacidade de criar relações de qualidade com os outros, com empatia e intimidade; a autonomia define-se como uma sensação de autodeterminação, independência e liberdade, de autocontrolo do comportamento; o controlo do ambiente foca-se na capacidade de escolher os ambientes adequados e na capacidade de adaptação; o projeto de vida integra a capacidade de encontrar o propósito e o significado de vida; e o crescimento pessoal aborda a necessidade de crescimento contínuo e desenvolvimento como pessoa (Ryff & Keyes, 1995; Barros, 2001). Segundo a autora, as dimensões de autoaceitação e domínio do meio estão fortemente associadas com medidas de satisfação com a vida e de autoestima (Ryff, 1989).

Apesar das dimensões apresentadas, Barros (2001) salienta que podem existir outros fatores que condicionem o conceito de felicidade, e que os mesmos podem não depender do sujeito. Estes fatores podem ser situações ambientais adversas, como guerras ou desastres naturais, e situações de saúde e doença física ou psicológica que ultrapassam o controlo do sujeito.

### **1.3.1.2.2. Teoria da Autodeterminação de Ryan e Deci**

A Teoria da Autodeterminação, desenvolvida por Ryan e Deci, consiste numa abordagem da motivação humana e da personalidade, que diferenciou o conceito de comportamento orientado por objetivos, mas que assumiu uma abordagem bastante diferente. Esta teoria diferencia o conteúdo dos objetivos ou resultados que são desejados e os processos regulatórios através dos quais os mesmos podem ser obtidos (Deci & Ryan, 2000), e tem como objeto de estudo as condições que facilitam a saúde psicológica, como apresenta a hipótese de que o bem-estar psicológico é atingido através da autodeterminação (Ryan & Deci, 1987; cit in. Appel-Silva, Wendt & Argimon, 2010).

Através do contínuo estudo sobre esta teoria, o conceito de necessidades psicológicas inatas surgiu, de forma a integrar as diferenciações de conteúdos dos objetivos, dos processos

regulatórios e as previsões resultantes dessas diferenciações. Assim, as necessidades psicológicas inatas são a base para a auto motivação e integração da personalidade, bem como para as condições que promovem esses processos positivos e podem definir-se como “um estado de energia que, se satisfeita, conduz à saúde e bem-estar, mas, se não satisfeita, contribui para patologias e mal-estar” (Ryan & Deci, 2000, p. 74).

Foi possível identificar três necessidades fundamentais para a teoria, que são: a competência, a relação com os outros e a autonomia. A competência refere-se à pessoa sentir que é eficiente e que controla o meio; a relação com os outros engloba o desejo de a pessoa se sentir conectada com os outros, seja através de sentimentos de pertença, intimidade e/ou segurança; a autonomia refere-se à volição, ou seja, à necessidade de a pessoa auto-organizar experiências e comportamentos e que a sua ação vá de acordo com a percepção do *self* (Deci & Ryan, 2000; Ryan & Deci, 2000). Estas necessidades parecem ser essenciais para o ser humano de diversas formas, como: (1) facilitar o bom funcionamento das propensões naturais para o crescimento e a integração; (2) para o desenvolvimento social construtivo; e (3) para o bem-estar pessoal (Ryan & Deci, 2000).

Alguns autores, como Ryan e Frederick (1997) e Waterman (1993), propõem que as necessidades básicas supracitadas sejam satisfeitas ao longo da vida, de forma a que a pessoa consiga experienciar um sentido contínuo de integridade e bem-estar ou “eudaimonia” (Ryan & Deci, 2000). Através desta teoria está a ser possível o estudo da relação entre a satisfação das necessidades psicológicas básicas e a experiência de bem-estar (Ryan & Deci, 2000).

As investigações realizadas neste âmbito observaram a existência de alguns fatores ambientais que impedem ou prejudicam a auto motivação, o funcionamento social e o bem-estar pessoal (Deci & Ryan, 2000).

### **1.3.2. Fatores e Teorias de Felicidade**

A felicidade é normalmente associada com a saúde, o bem-estar subjetivo e a satisfação com a vida (Simões et al., 2008). Assim, como foi mencionado anteriormente, os constructos de bem-estar subjetivo e bem-estar psicológico estão presentes quando se aborda a felicidade e o significado que os adolescentes dão à mesma (Freire et al., 2013).

Através do estudo do conceito de felicidade e de bem-estar, surgiu algum interesse em perceber quais os fatores que influenciavam os mesmos. Em primeiro lugar, Argyle (1997) afirma que existem alguns fatores que influenciam a felicidade e que estes são as relações sociais, a realização de atividades de lazer, a satisfação com o trabalho, a classe social, a personalidade, o estilo de vida, o estilo cognitivo e o estilo emocional. Os fatores das

relações sociais são dos que mais têm influência na felicidade, salientando a importância dos amigos e das relações amorosas (Argyle & Henderson, 1985; cit in. Argyle, 1997).

As atividades de lazer são atividades que as pessoas realizam nos seus tempos livres com o simples objetivo de diversão e entretenimento, sem qualquer ganho material. Estas atividades podem passar por ver televisão, ler livros, ouvir música, praticar exercício físico, trabalho voluntário e conviver com amigos (Argyle, 1996; cit in. Argyle, 1997). Estas ocupações estão fortemente correlacionadas com a felicidade global percebida pelo indivíduo e, através de várias investigações, como o estudo realizado por Riddick (1985), foram consideradas uma fonte de felicidade em estudos longitudinais (Argyle, 1997).

Por outro lado, Diener (1984), através de uma revisão teórica sobre o bem-estar subjetivo, identifica alguns fatores que estão na base do bem-estar. Estes fatores realçam as variáveis demográficas e contextuais, porém não deixam totalmente de parte as variáveis de personalidade. Assim, os indicadores de felicidade são nomeados como: (1) Satisfação Subjetiva, que se relaciona com a autoestima, ambiente social e familiar, a saúde e a família; (2) Rendimentos; (3) Variáveis Demográficas, como a idade, o género, a etnia, a educação, a religião; o matrimónio e a família; (4) Comportamento e Resultados, que engloba o contacto social, os acontecimentos de vida e a realização de atividades; (5) Personalidade, onde foram estudadas algumas variáveis personalísticas, como a autoestima, a internalidade, a extroversão e o neuroticismo, a inteligência e a androgenia; e (6) Influências biológicas.

Desta forma, Diener (1984) concluiu que existem diversos fatores que influenciam o bem-estar e que todos têm um peso considerável no mesmo, sejam fatores relacionados com a personalidade ou com variáveis demográficas. Como resultado destas descobertas, o interesse pelas variáveis da felicidade foi aumentando e chegou-se à conclusão de que o contributo das variáveis sociodemográficas explica apenas uma pequena parte das diferenças quanto à felicidade (Barros 2001). Assim, houve uma curiosidade em perceber se a felicidade dependia, ou não, da personalidade (Barros, 2001).

Segundo alguns autores (como por exemplo: Costa e McCrae, 1980, 1984; Costa, McCrae & Zonderman, 1987; Diener, 1984; citados por Barros, 2001), a felicidade é determinada primariamente por fatores da personalidade. Porém, não se deve esquecer os contributos das variáveis sociodemográficas que foram apresentadas anteriormente.

Como existem tantas explicações para todos os fatores que influenciam a felicidade, quer estes sejam devidos às variáveis demográficas ou às da personalidade, surgiu uma perspectiva pluridimensional, de forma a englobar toda as variáveis descritas, já que todas estas têm um papel fundamental na percepção de felicidade. Assim, Mroczed e Kolarz (1998, cit in Barros, 2001) criaram um modelo interaccionista, onde as variáveis sociodemográficas, contextuais e conjunturais são consideradas.

Para além de fatores ou indicadores que podem influenciar a felicidade, houve a necessidade de criar teorias que explicassem a felicidade. Assim, Diener (1984) divide e organiza as teorias psicológicas em seis grupos: (1) Teorias Teleológicas, que afirmam que a felicidade é atingida quando há a realização de um objetivo e/ou a satisfação de uma necessidade; (2) Teorias do prazer e da dor, que têm como objetivo ser feliz através do prazer e do evitamento do sofrimento; (3) Teorias da Atividade, que vêem a felicidade como um meio para conseguir atingir algo; (4) Teorias Base-Topo vs. Topo-Base, em que as primeiras olham para a felicidade como o resultado de vários prazeres acumulados, e as segunda vêem a felicidade de uma forma geral, como sendo uma causa de algo; (5) Teorias Associacionistas, que percebem a felicidade como uma causa dos acontecimentos de vida, ou seja, tendo em conta as atribuições resultantes dos acontecimentos, se pode, ou não, sentir felicidade; e (6) Teorias de Julgamento, que reconhecem a felicidade se as condições atuais do sujeito forem superiores às condições “standard” (Barros, 2001).

De entre todas as teorias apresentadas, as teorias teleológicas são as mais desenvolvidas, pelo facto de englobarem a obtenção dos objetivos pessoais como fonte de felicidade. Pelo facto destas teorias serem consideradas as teorias mais complexas, Brunstein e colaboradores (1998) conseguiram identificar quatro dimensões que implicam a realização de objetivos e metas a atingir, de forma a obter a felicidade. Assim, as dimensões apresentadas são o empenhamento, ou seja, a vontade e a determinação do sujeito em realizar determinada meta; a acessibilidade, que tem em conta a oportunidade de realização da meta específica; o progresso, na sua obtenção; e a congruência, que se relaciona com as motivações pessoais (Barros, 2001).

### **1.3.3. A Felicidade na Adolescência**

A definição e a percepção de felicidade na adolescência são afetadas pelas mudanças cognitivas e sociais que são características desta fase de desenvolvimento (López-Pérez & Fernández-Castilha, 2017). A formulação do conceito de felicidade vai evoluindo ao longo do tempo, ou seja, numa idade jovem a felicidade significa “comer um bolo”, enquanto que numa idade mais avançada, a felicidade significa “sentir-se emocionalmente apoiado” (Kroger, 2005; cit in. López-Pérez & Fernández-Castilha, 2017).

Tal como a definição, os fatores associados à felicidade são diferentes na fase adulta e na adolescência, isto deve-se às diferenças na maturidade cognitiva e à falta de experiências de vida (Holder & Coleman, 2008). Enquanto que nos adultos os fatores associados ao bem-estar podem ser considerados a satisfação com o trabalho (Tait, Paget & Baldwin, 1989), a felicidade do cônjuge (Stull, 1988) e o casamento (Headey, Veenhoven & Wearing, 1991), os mesmos não se aplicam à fase de desenvolvimento da adolescência,

confirmando que os preditores de satisfação com a vida se alteram com a idade (Holder & Coleman, 2008).

A importância do estudo da felicidade na adolescência, segundo alguns autores, pode ser dividida em três grandes categorias. A primeira, refere-se à relação existente entre indicadores de felicidade e o desenvolvimento positivo dos adolescentes, que demonstra a importância da felicidade no desenvolvimento normal. Em segundo lugar, o progresso científico que resulta do estudo dos aspetos hedónicos e eudaimónicos associados à felicidade, leva à promoção de comportamentos saudáveis e à prevenção de comportamentos de risco dos adolescentes. Por último, devido às escassas investigações acerca da felicidade dos adolescentes (Fernandes, Vasconcelos-Raposo, Bertelli & Almeida, 2011; Freire et al., 2013).

A descrição hedónica de felicidade como "sentimentos positivos" está presente na definição de felicidade em adolescentes mais jovens, enquanto que a descrição eudaimónica, como "valor final" está presente na descrição de felicidade em adolescentes mais velhos (López-Pérez & Fernández-Castilha, 2017). Alguns autores sublinham a importância da presença da felicidade eudaimónica nos adolescentes, pelo facto desta fase de vida ser pautada por diversas mudanças, tais como a autonomização, relações interpessoais, independência, mudanças físicas e psicológicas e expressões emocionais (Freire et al., 2013).

É também nesta fase que se desenrolam as mudanças a nível social, de extrema importância, que contribuem para que a referência principal dos adolescentes sejam as relações entre pares (Buhrmester 1998; cit in. López-Pérez & Fernández-Castilha, 2017; Freire et al., 2013). As transformações anteriormente mencionadas contribuem substancialmente para a definição de felicidade que é dada pelo adolescente, e a mesma é variável de sujeito para sujeito (López-Pérez & Fernández-Castilha, 2017).

Segundo um estudo realizado por King e colaboradores (1996, cit in Simões et al., 2008), concluiu-se que a felicidade dos adolescentes é mais significativa quando os mesmos estão integrados socialmente. Porém, não é apenas a relação entre pares que exerce uma influência na felicidade, também a relação entre familiares, através de vários estudos parece ser preditiva do bem-estar subjetivo (Simões et al., 2008). Porém, se houver uma relação negativa com os pares, em conjunto com a família, leva a sentimentos de infelicidade e medo (Corsano, Majorano, & Champretavy, 2006).

Outros fatores como o estatuto socioeconómico e a satisfação com a aparência física, estão significativamente associados ao bem-estar dos adolescentes (Simões et al., 2008; Holder & Coleman, 2008). Existem também alguns fatores associados à escola que podem exercer influência no autoconceito e no bem-estar geral dos adolescentes, como por

exemplo: o rendimento académico, a atitude positiva face à escola (Huebner & McCullough, 2000), o suporte dos professores e o grupo de pares (Natvig, Albrektsen & Qvarnstrøm, 2003).

A prática de atividades de lazer e o facto de os adolescentes terem algum tempo livre foi considerado, também, por Freire e colaboradores (2013) um dos aspetos mais significativos na definição de felicidade. Porém, alguns investigadores afirmam que os preditores de felicidade e de satisfação com a vida variam de acordo com a idade (Holder & Coleman, 2008).

#### **1.3.4. Felicidade e Saúde em Adolescentes**

A felicidade leva à saúde ou é a saúde que leva à felicidade? O autor Argyle (1997) realizou uma extensa revisão bibliográfica, onde encontrou muitas evidências de que a felicidade pode influenciar a saúde diretamente e que a saúde é um dos preditores mais fortes da felicidade, havendo assim uma relação em ambos sentidos. Através desta análise o autor concluiu que é a felicidade e o humor positivo que influenciam a saúde, e que estas variáveis são afetadas por um conjunto de dimensões como as relações sociais, atividades de lazer, classe social, personalidade, estilo de vida, entre outras.

Os comportamentos de saúde têm sido relacionados com a felicidade. Odgen (1996) afirma que a prática de alguns comportamentos, como dormir 8 horas por dias, não fumar, não ter excesso de peso, praticar atividade física regularmente, beber álcool com moderação e ter uma boa alimentação são bons preditores da felicidade e constituem fatores determinantes da mesma. Outros estudos afirmam que são verificados mais problemas de sono quando existem sentimentos de tristeza e/ou preocupação nos adolescentes.

Existem também evidências de que as relações sociais podem afetar os comportamentos de saúde, que afetam diretamente o estado de saúde. As relações sociais são consideradas o fator mais significativo, que de forma isolada, prediz a felicidade e são essenciais para a saúde (Argyle, 1997). O humor é mais positivo na companhia de amigos, comparativamente aquando estamos acompanhados por família e/ou estamos sozinhos (Larson, 1990). Este facto foi também explicado por Argyle e Furnham (1982) pela realização de atividades lúdicas em conjunto e pela troca de sinais positivos não-verbais. Por sua vez, as relações amorosas parecem ter também uma influência nos comportamentos de saúde dos sujeitos, tal como beber menos, fumar menos, ter uma alimentação mais saudável e correr menos riscos relativos à saúde (Argyle, 1997).

Em síntese, podemos concluir que a saúde e a felicidade são conceitos interligados, em que os diversos comportamentos de saúde passíveis de serem praticados, pelos adolescentes, têm uma influência na felicidade. Contudo, para além dos fatores intrínsecos,

existem muitos fatores externos que podem contribuir para a falta de prática destes comportamentos, bem como para a alteração da percepção de felicidade.



# Capítulo II: Metodologia

Neste capítulo é realizada a caracterização metodológica do estudo, são identificados os objetivos do mesmo e apresentados os objetivos estudados ao longo do presente estudo. É apresentada uma caracterização dos participantes, tendo em conta os dados sociodemográficos recolhidos, bem como uma breve descrição dos instrumentos utilizados para a recolha dos dados. Por último, são descritos os procedimentos de investigação e os procedimentos estatísticos e de análise de dados.

## 2.1. Caracterização Metodológica do Estudo e Objetivos

Uma das grandes áreas da Psicologia Clínica e da Saúde é a própria saúde, onde estão inseridos os comportamentos de saúde. Estes comportamentos dividem-se em diversas áreas (como a nutrição, exercício físico, hábitos de sono, entre outros) e são fundamentais na promoção de saúde, visto que é através destes que é possível alterar e estabelecer práticas saudáveis. Desta forma, o presente estudo foca-se na adoção de comportamentos de saúde, qualidade do sono e felicidade, assim como a forma como os mesmos se relacionam entre si. A temática escolhida justifica-se pela necessidade de compreender cada vez mais os comportamentos de saúde na faixa etária da adolescência, uma fase de múltiplas mudanças, que afeta posteriormente a idade adulta e que engloba todas as variáveis referidas.

Os comportamentos de saúde têm sido abordados, ao longo do tempo, por diversos autores através dos quais têm sido explorados temas referentes aos hábitos de sono, à alimentação saudável, à prática de exercício físico e muitos outros. Os estudos referentes aos hábitos de sono são recentes e englobam, de forma geral, a qualidade e a higiene do sono (Matos et al., 2017; Merdad, Merdad, Nassif & Derwi, 2014). Numa tentativa de explorar mais sobre o tema e quais as relações existentes com a perceção de felicidade, foi destacada a qualidade de sono nos adolescentes para ser objeto de análise. Através das investigações acerca desta temática, será possível aprofundar o conhecimento científico e perceber como, e se, esta variável influencia a perceção de felicidade nos adolescentes.

A contribuição científica para a descoberta de novas correlações ou a verificação de estudos anteriores é essencial, de forma a que esta temática seja cada vez mais abordada e atual. É importante referir que ao se perceber, cada vez mais, os efeitos destas variáveis na vida dos adolescentes, poderá existir uma prática maior de comportamentos que promovam a saúde dos mesmos e, conseqüentemente, perdurarem na vida adulta.

Desta forma, os objetivos deste estudo, para além de perceber a relação existente entre a prática de comportamentos de saúde e a perceção de felicidade, são identificar possíveis variáveis que levem à prática destes comportamentos e/ou quais as características sociodemográficas associadas à realização dos mesmos.

Deste modo, foi utilizada uma abordagem quantitativa, na medida em que foram estudadas as relações existentes entre variáveis, através da recolha de dados, realizada a partir de instrumentos que têm uma base numérica (Bell, 2004). O estudo caracteriza-se por ser de tipo transversal pelo facto de a recolha de dados ter sido realizada num único momento e por não haver acompanhamento da amostra. É também classificado como descritivo por ser realizada uma descrição e análise dos comportamentos resultantes do estudo.

### **2.1.1. Objetivos**

Os objetivos apresentados estão relacionados com o propósito global da investigação, em que se pretende analisar a relação entre a prática de comportamentos de saúde, os hábitos de sono e a felicidade em adolescentes. Estes estão divididos em diferentes tópicos, de forma a abordar todas as variáveis, incluindo algumas características sociodemográficas. Assim, os objetivos da presente investigação são:

**Objetivo 1:** Avaliar os resultados das escalas EPSA, AQSA e a Escala sobre Felicidade.

**Objetivo 2:** Avaliar as diferenças existentes nas escalas EPSA, AQSA e a Escala sobre Felicidade em função do género.

**Objetivo 3:** Avaliar as diferenças existentes nas escalas EPSA, AQSA e a Escala sobre Felicidade em função da faixa etária.

**Objetivo 4:** Avaliar as associações entre Comportamentos de Saúde e Hábitos de Sono.

**Objetivo 5:** Avaliar as associações entre Comportamentos de Saúde e Felicidade.

**Objetivo 6:** Avaliar as associações entre Hábitos de Sono e Felicidade.

## **2.2. Participantes**

Tendo por base os objetivos e a natureza do estudo, definiu-se como população de interesse adolescentes dos 14 aos 18 anos de idade, em que a seleção dos participantes foi realizada através de um processo de amostragem não probabilística ou intencional. Desta forma, a amostra foi recolhida presencialmente, após a obtenção do consentimento informado por parte dos encarregados de educação, com um total de 118 participantes, na

Escola Secundária de Pinhel, no grupo de jovens União Recreativa "Os Amigos da Terra" e, por fim, na comunidade a adolescentes com idades compreendidas às descritas anteriormente.

Relativamente à caracterização dos participantes, apresentada na tabela 1, verifica-se que 55% dos indivíduos eram do sexo masculino, tinham idades compreendidas entre os 14 e os 18 anos, sendo a média de 15.4 anos ( $DP=1.31$ ). No que diz respeito ao ano de escolaridade, mais de metade dos participantes (62.7%) frequentam o 9º ano de escolaridade, sendo que este dado está de acordo com o facto de a maioria da amostra (64.4%) ter entre 14 e 15 anos. Relativamente às atividades extracurriculares, denota-se que a maioria dos adolescentes realizavam atividades extracurriculares (67.8%). Entre os participantes, 9.3% referiu a existência de um Problema de Saúde Crónico, e 2.5% afirmaram ter acompanhamento Psicológico/Psiquiátrico. Por fim, verificou-se que a maioria dos adolescentes afirmaram que não tinham Excesso de Peso e/ou Obesidade (86.4%), no entanto a percentagem de participantes que relatam ter este problema é relativamente alta (13.6%).

**Tabela 1**  
*Caracterização dos dados sociodemográficos dos participantes*

Variáveis		<i>n</i>	Frequências (%)
Idade	14	33	28.0 %
	15	43	36.4 %
	16	15	12,7 %
	17	14	11.9 %
	18	13	11.0 %
Género	Masculino	65	55.1 %
	Feminino	53	44.9 %
Ano de Escolaridade	8º Ano	2	1.7 %
	9º Ano	74	62.7 %
	10º Ano	20	16.9 %
	11º Ano	10	8.5 %
	12º Ano	12	10.2 %
Residência (distrito)	Guarda	55	46.6 %
	Viseu	37	31.2 %
	Aveiro	18	15.2 %
	Évora	6	5.1 %
	Braga	1	0.8 %
	Lisboa	1	0.8 %

Realização de Atividades Extracurriculares

Sim	80	67.8 %
Desporto	40	33.9 %
Outro	9	7.6 %
Música/Desporto	8	6.8 %
Música	6	5.1 %
Música/Desporto/Línguas	5	4.2 %
Línguas	4	3.4 %
Desporto/Outro	3	2.5 %
Música/Línguas	2	1.7 %
Desporto/Escuteiros	1	0.8 %
Desporto/Línguas	1	0.8 %
Escuteiros	1	0.8 %
Não	38	32.2 %
<hr/>		
Elementos do Agregado Familiar		
Mãe/Pai/Irmãos	64	54.2 %
Mãe/Pai	28	23.7 %
Mãe	8	6.8 %
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 %
Avós	1	0.8 %
<hr/>		
Existência de Problema de Saúde Crónico		
Não	107	90.7 %
Sim	11	9.3 %
<hr/>		
Acompanhamento Psicológico/Psiquiátrico		
Não	115	97.5 %
Sim	3	2.5 %
<hr/>		
Excesso de Peso/Obesidade		
Não	102	86.4 %
Sim	16	13.6 %

Tendo em conta os dados sociodemográficos dos Encarregados de Educação que foram recolhidos através do questionário preenchido pelos adolescentes (tabela 2), é possível observar que maioria dos encarregados de educação eram do sexo feminino (81.4%) e que

68.6% tinham idades compreendidas entre os 40 e os 50 anos. Relativamente ao estado civil, a grande maioria (85.6%) dos encarregados de educação eram casados. Por fim, quando analisámos as percentagens relativas às habilitações literárias, foi possível perceber que as três principais habilitações literárias correspondem ao 12º ano de escolaridade (38.1%), ao 9º ano de escolaridade (23.7%) e ao grau de licenciatura (12.7%).

**Tabela 2**  
*Caracterização dos dados sociodemográficos dos Encarregados de Educação*

Variáveis	<i>n</i>	Frequências (%)
<b>Idade</b>		
Menos de 40 anos	19	16.1 %
Entre 40 e 50 anos	81	68.6 %
Mais de 50 anos	18	15.3 %
<b>Género</b>		
Masculino	22	18.6 %
Feminino	96	81.4 %
<b>Estado Civil</b>		
Casado	101	85.6 %
Divorciado	7	5.9 %
Solteiro	5	4.2 %
União de Facto	4	3.4 %
Viúvo	1	0.8 %
<b>Habilitações Literárias</b>		
Até ao 4º Ano	6	5.1 %
6º Ano	12	10.2 %
9º Ano	28	23.7 %
12º Ano	45	38.1 %
Licenciatura	15	12.7 %
Mestrado	8	6.8 %
Doutoramento	4	3.4 %

## 2.3. Instrumentos de Recolha de Dados

No âmbito desta investigação, foram utilizados instrumentos adaptados e desenvolvidos para a população portuguesa e adaptados à idade dos participantes, que resultaram de uma etapa inicial de revisão de literatura. Todos os instrumentos vão ser apresentados e descritos de forma exaustiva nos subtópicos seguintes.

### 2.3.1. Questionário Sociodemográfico

O questionário sociodemográfico elaborado para a investigação engloba dois conjuntos de questões que são fundamentais para a recolha de informação geral sobre os participantes (disponível no anexo A). Através do primeiro conjunto, referente aos adolescentes, foi possível a recolha de informação geral como a idade, o sexo, o ano de escolaridade, o local de residência e a participação em atividades extracurriculares. Para além dessas informações, foi possível proceder à identificação do cuidador principal do adolescente e o seu agregado familiar, perceber a existência de algum problema de saúde crónico (físico ou mental) e/ou acompanhamento psicológico/psiquiátrico, bem como a possibilidade de apresentar excesso de peso.

O segundo conjunto de questões, também respondidas pelos adolescentes, contudo referentes aos encarregados de educação dos mesmos, permitiu a recolha de dados como a idade, sexo e nacionalidade. Para além das características geral mencionadas, foi possível recolher dados relativos à situação familiar (e.g., estado civil, número de filhos, elementos do agregado familiar) e, por último, as habilitações literárias.

### 2.3.2. Escala de Promoção de saúde em adolescentes (EPSA)

A presente escala, desenvolvida originalmente por Chen, Wang, Yang e Liou (2003), designada por *Adolescent Health Promotion Scale*, avalia os níveis de comportamentos promotores de saúde e foi elaborada tendo por base o Modelo de Promoção de Saúde (Chen et al., 2003). Inicialmente a escala era composta por 58 itens, que foram sofrendo diversas modificações, tendo em conta as recomendações de um painel multidisciplinar e do estudo piloto que contou com a participação de 12 adolescentes, ficando a escala com 65 itens, no total. A amostra do estudo abrangeu 1128 adolescentes Tailandeses, com idades compreendidas entre os 12 e os 22 anos de idade. Após o cálculo dos coeficientes de correlação dos itens totais, foram identificados 11 que não contribuíam para a consistência interna do instrumento, e desta forma, foram eliminados. Foram também retirados 6 que dispunham uma correlação abaixo dos .70. Por fim, 8 itens foram eliminados por não se relacionarem com um único fator, ficando a escala com 40 itens e com 6 subescalas.

A adaptação para a população portuguesa foi realizada por Tomás, Queirós e Ferreira (2015), onde se mantiveram os 40 itens e as 6 subescalas. Este instrumento é uma escala de autorresposta, através de resposta tipo Likert, cotadas de 1 a 5, que englobam 5 hipóteses de resposta (0-10% Nunca, 11-30% Poucas Vezes, 31-60% Algumas Vezes, 61-80% Muitas vezes, 81-100% Sempre), em que pontuações mais elevadas refletem a realização de comportamentos de saúde com maior frequência. Os comportamentos de saúde que estão descritos através dos itens podem ser distribuídos em 6 diferentes subescalas, sendo estas: Nutrição (itens 1 a 6), Suporte Social (itens 7 a 13), Responsabilidade pela Saúde (itens 14 a 21), Apreciação da Vida (itens 22 a 29), Exercício Físico (itens 30 a 34) e Gestão do Stress (itens 35 a 40).

A tradução e a adaptação cultural da escala foram concretizadas através de uma amostra de conveniência de 1213 adolescentes, com idades compreendidas entre os 14 e os 22 anos. Os adolescentes frequentavam o 10º, 11º ou 12º ano de escolaridade e amostra era constituída por 52,76% de adolescentes do sexo masculino e 34,95% do sexo feminino. Foi possível comprovar bons resultados em relação à consistência interna, com o recurso ao alfa de Cronbach ( $\alpha = .889$ ). Além da análise da consistência interna, a análise fatorial exploratória confirmou a correlação entre os itens e confirmou as 6 subescalas que foram originalmente definidos pelos autores (Tomás *et al.*, 2015). Após a análise das propriedades psicométricas da escala e dos resultados obtidos pela amostra explanada, foi possível confirmar que a EPSA contém itens válidos que permitem a avaliação dos comportamentos de saúde em adolescentes portugueses.

### 2.3.3. Escala de Avaliação da Qualidade do Sono na Adolescência (AQSA)

A AQSA, originalmente designada por *Quality of Sleep in Adolescence*, foi desenvolvida por LeBourgeois e colaboradores, em 2005, e foi traduzida e adaptada culturalmente para a população Portuguesa por Barros, Fernandes e Rodrigues (2014). É um instrumento de autorrelato, composto por um total de 28 itens que são respondidos através de uma escala de Likert de 5 pontos (“Sempre”, “Quase Sempre”, “Frequentemente”, “Poucas Vezes”, “Raramente” e “Nunca”), que pretende avaliar a qualidade do sono percebida nas últimas duas semanas. Os itens estão dispostos em cinco subescalas, de forma a avaliar diferentes comportamentos, como: ir para a cama (5 itens) - refere-se à frequência de comportamentos antes do sujeito adormecer; adormecer (6 itens) - caracterização do momento de vigília para o sono; manter o sono (6 itens) - refere-se a comportamentos que possam perturbar a qualidade do sono; reiniciar o sono após acordar durante a noite (6 itens) - capacidade de retomar o sono após acordar durante a noite; e passagem para a vigília (5 itens) - caracterização dos comportamentos e atitudes ao acordar (Cortez, 2014).

Nos 28 itens totais da escala, existem sete invertidos, sendo estes os itens 3, 4, 11, 17, 23, 24 e 25, que devem ser tidos em conta aquando da cotação da escala. A cotação é

obtida através da soma das respostas dadas aos itens, tal como no caso da cotação das subescalas. As pontuações mais elevadas apontam para uma melhor qualidade do sono no sujeito em questão (Cortez, 2014).

O estudo original englobou uma amostra de 1348 adolescentes Italianos e Americanos, com idades compreendidas entre os 12 e os 17 anos. As análises psicométricas indicam valores de consistência interna, através do coeficiente alfa de *Cronbach*, de .86 para a escala total, e valores entre .64 e .82 para as cinco subescalas (LeBourgeois et al., 2005). Na investigação realizada por Barros, Fernandes e Rodrigues (2014), após estudos realizados no pré-teste, manteve-se o número total de itens e o número de subescalas da versão original. Nos estudos com a população Portuguesa obteve-se um valor de consistência interna (alfa de *Cronbach*) de .87 na escala total (Cortez, 2014; Gomes, 2015).

#### 2.3.4. Escala Sobre Felicidade

A Escala sobre Felicidade foi elaborada por Barros (2001), através de uma tentativa de construir um instrumento de avaliação tendo por base o construto da felicidade. É um instrumento de autorrelato que avalia a felicidade, em que são apresentadas as seguintes instruções aos participantes: “Faça um círculo em volta do número que melhor corresponde à sua situação (evitando, se possível, o número intermédio)”. A escala é composta por 18 itens de resposta de tipo Likert, que são cotadas de 1 a 5, sendo que 1 refere-se a “Totalmente em desacordo (absolutamente não)”; 2 a “bastante em desacordo (não)”; 3 a “nem de acordo, nem em desacordo (mais ou menos)”; 4 a “bastante de acordo (sim)”; e 5 “Totalmente de acordo (absolutamente sim)”. A cotação da escala é obtida através da soma das respostas dadas aos itens, em que o valor máximo de felicidade é 90 e o valor mínimo de 18.

Os 18 itens que compõem a escala sobre felicidade foram construídos através das dimensões de personalidade de Ryff (1989). A amostra usada para a construção da escala englobou 434 sujeitos, que foram distribuídos em quatro amostras parciais. A primeira diz respeito a 129 alunos do 1º ano da Universidade Católica de Angola, em que a média de idades era de 21.9 anos. O segundo conjunto da amostra refere-se a 109 freiras de congregações religiosas, com uma média de idades de 28.6 anos. A terceira parcela de amostra englobou 122 alunos do 1º ano da Universidade Católica Portuguesa, com uma média de idades de 19 anos. Por último, o quarto conjunto da amostra diz respeito a 74 freiras portuguesas, com uma média de idades de 31.5 anos.

De forma a verificar as propriedades psicométricas, para além do preenchimento da escala sobre felicidade, foram utilizadas quatro escalas suplementares: uma escala breve sobre otimismo (resposta em formato Likert) (Barros, 1998; cit in Barros, 2001); uma escala sobre neuroticismo (resposta em formato Likert) (Barros, 1999; cit in Barros, 2001), uma escala de satisfação com a vida (resposta em formato de Likert) (Diener et al., 1985; cit in

Barros, 2001) e, por fim, uma escala de solidão (Russel et al., 1980; cit in Barros, 2001). Para além do uso das escalas supracitadas, foi utilizado um questionário sociodemográfico e a seguinte pergunta “*Sente-se feliz?*”, de forma a verificar a correlação com a escala em estudo sobre a felicidade (Barros, 2001).

Após a análise psicométrica, através do coeficiente alfa de *Cronbach*, verificou-se uma boa consistência interna da escala com um índice de .85 na amostra global, .80 em cada uma das amostras angolanas e .90 nas amostras portuguesas. Através de correlações entre a escala de felicidade, a pergunta “*Sente-se feliz?*” e as escalas referentes aos outros construtos foi possível verificar a validade concorrente e discriminante (Barros, 2001).

## 2.4. Procedimentos de Investigação

A recolha de dados desta investigação pautou-se por critérios éticos e deontológicos, de forma a garantir os princípios de consentimento informado, confidencialidade dos dados e anonimato dos participantes do estudo. Para todos os instrumentos utilizados nesta investigação foi obtida a autorização prévia dos autores para o seu uso.

Para a recolha de dados, foi entregue a cada instituição um pedido de autorização e colaboração, no qual era explicado o âmbito e objetivo da investigação realizada (Anexo B). Tendo em conta que os participantes do estudo eram adolescentes, foram entregues protocolos de consentimento informado (Anexo C), destinados aos encarregados de educação, de forma a obter autorização para a participação no estudo. Após ter sido cedida a autorização, foram distribuídos os questionários de forma a serem preenchidos pelos adolescentes, antecedido de uma breve explicação do estudo e obtenção do seu consentimento para a participação de forma verbal.

## 2.5. Procedimentos Estatísticos e Análise de Dados

Utilizou-se o programa de análise estatística IBM SPSS, versão 25, para a introdução dos dados e consecutivos procedimentos estatísticos. Em primeiro lugar procedeu-se à análise exploratória dos dados com o objetivo de decidir o tipo de testes estatísticos a que se deveria recorrer para testar as hipóteses anteriormente mencionadas. Desta forma, para testar a normalidade da distribuição dos dados, utilizou-se o teste *Kolmogorv-Smirnov*. Posteriormente, efetuou-se a análise da consistência interna dos instrumentos, utilizando o alfa de *Cronbach*, tendo por referência, para análise do valor deste, os valores propostos por Pereira e Patrício (2013). De seguida, foi realizada a análise descritiva dos resultados obtidos em cada instrumento e a caracterização das variáveis sociodemográficas da amostra.

Relativamente à estatística inferencial, foram realizados testes *t* de Student (*t*) para verificar se existiam diferenças estatisticamente significativas entre grupos distintos. Procedeu-se também ao cálculo de correlação de Pearson (*r*) de modo a verificar o grau de associação/correlação existente entre as variáveis. As correlações podem ser consideradas fracas se o valor da mesma for inferior a .25, moderadas quando o valor varia entre .25 e .5, fortes quando o varia entre .5 e .75 e muito fortes quando o valor é superior a .75 (Marôco, 2011).

Realizou-se também uma regressão linear simples, de forma a estudar a felicidade (variável dependente) face à prática de comportamentos de saúde (variável independente). Através desta análise foi possível analisar o coeficiente de determinação ( $R^2$ ), o nível de significância da ANOVA e a análise dos resíduos. Em todas as análises efetuadas na presente investigação foi assumido um nível de significância de 95%.

# Capítulo III: Resultados

Neste capítulo são divulgados os resultados das análises estatísticas dos dados, realizadas através do programa estatístico IBM SPSS (versão 25). Ao longo do capítulo são apresentados os resultados obtidos nas análises preliminares, nas análises estatísticas descritivas e, por fim, as análises estatísticas inferenciais tendo em conta os objetivos e hipóteses do estudo.

## 3.1. Análises estatísticas preliminares

No primeiro procedimento estatístico, foi utilizado o teste de *Kolmogorov-Smirnov* com o objetivo de testar a normalidade dos dados. Após a análise dos resultados, concluiu-se que nem todas as dimensões da Escala de Promoção de saúde em adolescentes (EPSA) e da Escala de Avaliação da Qualidade do Sono na Adolescência (AQSA) revelaram uma distribuição normal dos dados ( $p < .05$ ) (tabela 3), embora os totais destes instrumentos sigam uma distribuição normal. No entanto, tendo em conta o tamanho da amostra é possível aplicar o Teorema do Limite Central, onde é admitido que à medida que a dimensão da amostra aumenta, a distribuição média da mesma tende para uma distribuição normal (Marôco, 2011). O mesmo autor (Marôco, 2011) afirma que as amostras de dimensões razoáveis, superiores a 30 participantes, têm uma distribuição da média amostral aproximadamente normal, quando aplicado o teorema supracitado. Dado que a amostra do presente estudo conta com 118 participantes, é possível concordar que tendencialmente se trata de uma amostra com distribuição normal e, desta forma, foi decidido utilizar testes paramétricos por serem estatisticamente mais robustos.

**Tabela 3**  
*Normalidade da distribuição dos dados nas dimensões da EPSA, AQSA e Escala sobre Felicidade*

Instrumento	Dimensões	<i>Kolmogorov-Smirnov</i>
	Total	.200
	Nutrição	.000
	Suporte Social	.094
EPSA	Responsabilidade pela Saúde	.035
	Apreciação da Vida	.028
	Exercício Físico	.003
	Gestão do Stress	.200

	Total	.200
AQSA	Ir para a cama	.073
	Adormecer	.000
	Manter o sono	.009
	Reiniciar o sono	.000
	Passagem para a vigília	.163
Escala sobre Felicidade	Total	.093

Posteriormente, procedeu-se à avaliação da consistência interna dos instrumentos utilizados no presente estudo. Através do alfa de *Cronbach* foi possível avaliar a consistência interna da EPSA, obtendo-se um valor de .912, sendo considerada uma consistência interna muito boa. Para além do total da escala, foi possível avaliar o grupo de itens correspondentes aos seis fatores que a EPSA engloba. Desta forma, para o F1 (Nutrição) e F5 (Exercício Físico) a consistência interna é considerada aceitável, enquanto F2 (Suporte Social), F3 (Responsabilidade pela Saúde), F4 (Apreciação pela Vida) e F6 (Gestão do Stress) revelaram uma consistência interna considerada boa (tabela 4).

**Tabela 4**  
*Coefficiente de Consistência interna da EPSA*

Fatores	Número de itens	Alfa de <i>Cronbach</i>
F1 - Nutrição	6	.681
F2 - Suporte Social	7	.771
F3 - Responsabilidade pela Saúde	8	.792
F4 - Apreciação da Vida	8	.836
F5 - Exercício Físico	5	.692
F6 - Gestão do Stress	6	.729
EPSA - Escala global	40	.912

Para o instrumento AQSA, a análise da consistência interna revelou um bom grau de fiabilidade do instrumento, com um valor de alfa igual a .875. Relativamente às dimensões da AQSA, os cinco fatores apresentam uma consistência interna boa, variando entre .704 e .896 (tabela 5).

**Tabela 5**  
*Coefficiente de Consistência Interna da AQSA*

Fatores	Número de itens	Alfa de <i>Cronbach</i>
---------	-----------------	-------------------------

F1 - Ir para a cama	5	.723
F2 - Adormecer	6	.716
F3 - Manter o sono	6	.737
F4 - Reiniciar o sono	6	.896
F5 - Passagem para a vigília	5	.704
AQSA - Escala global	28	.875

Por último, na escala sobre Felicidade, o alfa de *Cronbach* apresentou um valor igual a .920, sendo considerada uma consistência interna muito boa (tabela 6).

**Tabela 6**  
*Coefficiente de Consistência Interna da Escala sobre Felicidade*

Fatores	Número de itens	Alfa de <i>Cronbach</i>
Felicidade - Escala global	18	.920

## 3.2. Estatísticas Descritivas

Após as análises estatísticas preliminares, apresenta-se a estatística descritiva dos instrumentos usados, a Escala de Promoção de Saúde em Adolescentes (EPSA), a Escala de Avaliação da Qualidade do Sono na Adolescência (AQSA), e a Escala sobre Felicidade, através do cálculo da média, desvio-padrão, mínimos e máximos verificados e possíveis.

Relativamente à EPSA (tabela 7), é possível verificar que a média da pontuação total é de 144.7 ( $DP= 19.89$ ) revelando um nível elevado de adoção de comportamentos de saúde por parte dos participantes, com a dimensão da Apreciação da Vida a apresentar a média mais alta ( $M=30.40$ ;  $DP=5.81$ ), seguida pela dimensão Suporte Social ( $M= 26.44$ ;  $DP= 4.32$ ).

**Tabela 7**  
*Estatística Descritiva da EPSA*

EPSA	M	DP	Min. - Max. (verificado)	Min. - Max. (possível)
Nutrição	22.55	3.68	12-29	6-30
Suporte Social	26.44	4.32	16-35	7-35
Responsabilidade de Saúde	26.36	5.61	15-39	8-40
Apreciação da Vida	30.40	5.86	9-40	8-40
Exercício Físico	17.58	3.81	8-25	5-25

Gestão de Stress	21.37	4.04	11-30	6-30
Total	144.70	19.89	98-197	40-200

Relativamente ao AQSA (tabela 8), o resultado médio indica que a maioria dos adolescentes avalia a qualidade de sono de forma positiva. É possível verificar que a dimensão Reiniciar o Sono ( $M=16.96$ ;  $DP=8.59$ ) apresenta a média mais baixa. A média mais alta diz respeito à dimensão Manter o Sono ( $M=20.59$ ;  $DP=6.53$ ), quando comparada às restantes dimensões da escala. Tendo em conta os valores máximos e mínimos possíveis apresentados, verifica-se que existe grande variabilidade na avaliação da qualidade do sono pelos diferentes adolescentes.

**Tabela 8**  
*Estatística Descritiva da AQSA*

AQSA	M	DP	Min. - Max. (verificado)	Min. - Max. (possível)
Ir para a cama	16.80	5.11	6-30	5-30
Adormecer	18.73	6.30	6-33	6-36
Manter o sono	20.59	6.53	6-36	6-36
Reiniciar o sono	16.96	8.59	6-36	6-36
Passagem para a vigília	16.97	5.10	5-30	5-30
Total	90.04	21.70	47-146	28-168

Por fim, através da análise da Escala sobre Felicidade (tabela 9), é possível verificar que a média do total da escala ( $M=75.04$ ;  $DP=9.97$ ) indica um nível elevado de Felicidade, sendo que o mínimo verificado é muito superior ao mínimo possível na escala.

**Tabela 9**  
*Estatística Descritiva da Escala sobre Felicidade*

Felicidade	M	DP	Min. - Max. (verificado)	Min. - Max. (possível)
Total	75.04	9.97	45-90	18-90

### 3.3. Estatísticas Inferenciais

Neste subtópico são realizadas as análises referentes aos objetivos do presente estudo, estando as mesmas distribuídas por cinco diferentes objetivos, sendo estes: (1)

Avaliar os resultados das escalas EPSA, AQSA e a Escala sobre Felicidade; (2) Avaliar as diferenças existentes nas escalas EPSA, AQSA e a Escala sobre Felicidade em função do género; (3) Avaliar as diferenças existentes nas escalas EPSA, AQSA e a Escala sobre Felicidade em função da faixa etária; (4) Avaliar as associações entre Comportamentos de Saúde e Hábitos de Sono; (5) Avaliar as associações entre Comportamentos de Saúde e Felicidade; e por último, (6) Avaliar as associações entre Hábitos de Sono e Felicidade. Em todas as análises estatísticas foram considerados como diferenças ou correlações estatisticamente significativas os valores de  $p$  inferior a .05 (Martins, 2011).

### 3.3.1. Avaliar as diferenças existentes entre os géneros e faixas etárias

De forma a verificar a existência de diferenças relativas ao género e à faixa etária da amostra do presente estudo foram realizadas diversas análises de comparação entre diferentes grupos. Assim, procedeu-se à realização de um teste  $t$  para avaliar as diferenças existentes nas escalas EPSA, AQSA e a Escala sobre Felicidade relativamente a variáveis sociodemográficas como o género e a faixa etária.

Os resultados obtidos mostram que o género masculino apresenta valores ligeiramente mais elevados de comportamentos de saúde e de perceção de felicidade. Por outro lado, o género feminino apresenta valores mais elevados no questionário de hábitos de sono. Contudo essas diferenças entre os géneros em relação às escalas EPSA, AQSA e a Escala sobre felicidade não são estatisticamente significativas ( $p > .05$ ) (tabela 10).

**Tabela 10**  
*Diferenças de género nas escalas EPSA, AQSA e Escala sobre Felicidade*

	Género	$n$	$M$ (DP)	$t$	$p$
EPSA	Masculino	65	145.02 (19.59)	.188	.851
	Feminino	53	144.32 (20.43)		
AQSA	Masculino	65	89.38 (22.93)	-.36	.717
	Feminino	53	90.85 (20.28)		
Felicidade	Masculino	65	76.45 (10.72)	1.71	.090
	Feminino	53	73.32 (8.76)		

Através da tabela 11, relativa às diferenças entre géneros nas subescalas da EPSA, é possível observar que não existem diferenças estatisticamente significativas nas subescalas de Nutrição, Suporte Social, Responsabilidade de Saúde, Apreciação da Vida e Gestão de Stress entre rapazes e raparigas. Em contrapartida, a análise com a subescala de Exercício Físico

sugere uma diferença estatisticamente significativa entre os géneros ( $p < .05$ ), com os rapazes a pontuar mais alto nesta subescala.

**Tabela 11**  
*Diferenças de género nas subescalas da EPSA*

Subescalas	Género	<i>n</i>	<i>M (DP)</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Nutrição	Masculino	65	22.14 (3.99)	-1.35	.178
	Feminino	53	23.06 (3.22)		
Suporte Social	Masculino	65	26.18 (4.14)	-.77	.479
	Feminino	53	26.75 (4.56)		
Responsabilidade de Saúde	Masculino	65	25.68 (5.67)	-1.48	.141
	Feminino	53	27.21 (5.47)		
Apreciação da Vida	Masculino	65	30.57 (5.85)	.35	.727
	Feminino	53	30.19 (5.92)		
Exercício Físico	Masculino	65	18.48 (3.41)	2.94	.004
	Feminino	53	16.47 (4.00)		
Gestão de Stress	Masculino	65	21.97 (4.01)	1.79	.076
	Feminino	53	20.64 (4.00)		

Relativamente às diferenças entre géneros nas subescalas da AQSA (tabela 12), não se observaram diferenças estatisticamente significativas em nenhuma das subescalas deste instrumento ( $p > .05$ ).

**Tabela 12**  
*Diferenças de género nas subescalas da AQSA*

	Género	<i>n</i>	<i>M (DP)</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Ir para a cama	Masculino	65	17.00 (5.65)	.48	.634
	Feminino	53	16.55 (4.39)		
Adormecer	Masculino	65	18.54 (6.81)	-.36	.718
	Feminino	53	18.96 (5.66)		
Manter o sono	Masculino	65	20.29 (7.06)	-.55	.581
	Feminino	53	20.96 (5.85)		
Reiniciar o sono	Masculino	65	16.80 (9.46)	-.22	.826
	Feminino	53	17.15 (7.47)		

Passagem para a vigília	Masculino	65	16.75 (5.16)	-.50	.618
	Feminino	53	17.23 (5.05)		

Relativamente às diferenças entre faixas etárias, como podemos observar na tabela 11, nas escalas EPSA, AQSA e a Escala sobre Felicidade, verificamos que não existem diferenças estatisticamente significativas ( $p > .05$ ). No entanto, realça-se que os adolescentes mais novos (14-15 anos) pontuam mais alto na AQSA, sendo que esta diferença quase atinge a significância estatística.

**Tabela 13**  
*Diferenças da faixa etária na EPSA, AQSA e Escala sobre Felicidade*

	Faixa Etária	<i>n</i>	<i>M (DP)</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
EPSA	Dos 14 aos 15 anos	76	146.46 (18.13)	1.26	.201
	Dos 16 aos 18 anos	42	141.55 (22.61)		
AQSA	Dos 14 aos 15 anos	76	92.92 (20.62)	1.961	.052
	Dos 16 aos 18 anos	42	84.83 (22.88)		
Felicidade	Dos 14 aos 15 anos	76	75.87 (10.10)	1.21	.228
	Dos 16 aos 18 anos	42	73.55 (9.66)		

### 3.3.2. Avaliar as associações entre Comportamentos de Saúde e Hábitos de Sono

Foram realizadas análises no sentido de perceber a relação entre Comportamentos de Saúde e Hábitos de Sono. O cálculo da correlação de Pearson ( $r$ ) mostrou que existem correlações positivas e negativas entre a EPSA e a AQSA (tabela 14).

Considerando as correlações mais significativas, é possível identificar que a subescala de Responsabilidade de Saúde apresenta-se negativamente correlacionada com a subescala Passagem para a Vigília ( $r=-.209$ ), ainda que esta correlação seja considerada fraca. Assim, é sugerido que à medida que a Responsabilidade de Saúde aumenta, existe menor facilidade em acordar. No que diz respeito à subescala de Exercício Físico, esta apresenta uma relação negativa fraca com a subescala Passagem para a Vigília ( $r=-.222$ ), e uma relação negativa moderada com o total da AQSA ( $r=-.270$ ). Esta dados sugerem que à medida que a prática de Exercício Físico aumenta, verifica-se uma menor facilidade em adormecer e em acordar, bem como uma diminuição nos hábitos de sono em geral. Considerando a subescala Gestão de Stress, observa-se uma correlação negativa fraca com o total da AQSA ( $r=-.211$ ), sugerindo que à medida que a Gestão de Stress aumenta, existe uma diminuição nos hábitos de sono em

geral. Por fim, o total da EPSA apresenta uma correlação negativa fraca com a subescala Passagem para a Vigília ( $r=-.203$ ), sugerindo que à medida que o total da EPSA aumenta, verifica-se uma diminuição na facilidade de acordar. É importante mencionar que todas as correlações estatisticamente significativas encontradas são negativas, indicando que um aumento numa subescala da EPSA está associado a uma diminuição nas subescalas da AQSA.

**Tabela 14**  
*Correlações entre as subescalas da AQSA e da EPSA*

	Ir para a cama	Adormecer	Manter o sono	Reiniciar o sono	Passagem para a vigília	AQSA total
Nutrição	<b>-.189*</b>	-.070	-.120	-.180	-.077	<b>-.190*</b>
Suporte Social	-.159	.053	.020	-.060	-.112	-.066
Responsabilidade de Saúde	-.075	.007	-.053	-.098	<b>-.209*</b>	-.119
Apreciação da Vida	-.010	-.008	.030	-.032	-.092	-.030
Exercício Físico	-.175	<b>-.184*</b>	-.177	-.177	<b>-.222*</b>	<b>-.270**</b>
Gestão de Stress	<b>-.199*</b>	-.095	-.080	-.178	-.178	<b>-.211*</b>
EPSA total	-.168	-.056	-.074	-.154	<b>-.203*</b>	<b>-.187*</b>

\* $p < 0.05$ , \*\* $p < 0.01$

### 3.3.3. Avaliar as associações entre Comportamentos de Saúde e Felicidade

No presente subtópico é explorado o objetivo relativo à relação dos Comportamentos de Saúde com a percepção de Felicidade. Desta forma, foram calculados os coeficientes de correlação de Pearson ( $r$ ) entre as subescalas da EPSA e a Escala sobre Felicidade.

Na tabela 13, é possível verificar que todas as subescalas da EPSA estão correlacionadas positivamente com a Escala de Felicidade, com valores entre .252 e .466, sendo classificadas como relações moderadas. Desta forma, pode-se concluir que quando há um aumento nas subescalas da EPSA (Nutrição, Suporte Social, Responsabilidade de Saúde, Apreciação da Vida, Exercício Físico, Gestão de Stress), o mesmo se verifica na percepção de felicidade. É de realçar que o total da EPSA está também estatisticamente correlacionado com a Escala de Felicidade ( $p < 0.01$ ), verificando-se a existência de uma correlação positiva moderada ( $r=.495$ ). Estes dados sugerem que o aumento global de Comportamentos de Saúde está relacionado com o aumento da percepção de Felicidade ou vice-versa.

**Tabela 15**  
*Correlações entre a Escala sobre Felicidade e as subescalas da EPSA*

	Felicidade total
Nutrição	<b>.252**</b>
Suporte Social	<b>.466**</b>
Responsabilidade de Saúde	<b>.318**</b>
Apreciação da Vida	<b>.408**</b>
Exercício Físico	<b>.311**</b>
Gestão de Stress	<b>.382**</b>
EPSA total	<b>.495**</b>

\*p < 0.05, \*\*p < 0.01

Posteriormente, no sentido de analisar a influência do exercício físico na percepção da felicidade, procedeu-se à realização de um teste *t* de forma a analisar as diferenças entre o tipo de atividade extracurricular, ou seja, entre o grupo de adolescentes que frequentavam uma atividade desportiva e o grupo de jovens que não frequentavam este tipo de atividade (tabela 15). Foram verificadas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ( $p < .05$ ), podendo-se afirmar que os adolescentes que frequentam uma atividade extracurricular desportiva apresentam uma percepção maior de felicidade, comparativamente aos adolescentes que frequentam outro tipo de atividades.

**Tabela 16**  
*Diferenças entre o tipo de atividade extracurricular e a percepção de felicidade*

Tipo de Atividade Extracurricular	<i>n</i>	<i>M (DP)</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Desporto	58	77.16 (8.74)	2.75	.007
Outros	22	71.27 (7.95)		

### 3.3.4. Avaliar as associações entre Hábitos de Sono e Felicidade

Para alcançar o último objetivo da presente investigação, foi realizada uma correlação de Pearson (*r*), para analisar a existência de associações entre os Hábitos de Sono na percepção de Felicidade. Através da correlação, é possível verificar que o total da escala AQSA não tem correlação com o total da Escala sobre Felicidade ( $r = -.050$ ;  $p > .05$ ), não se podendo afirmar que melhores Hábitos de Sono estejam relacionados com a percepção da Felicidade.

### 3.3.5. Modelo de Regressão Linear Simples

O modelo de regressão linear passa pela criação de um modelo preditivo através do qual são preditos valores da variável dependente para uma ou mais variáveis independentes (Field, 2005). A variável escolhida para ser explicada neste estudo foi a percepção de felicidade e, tendo em conta as análises estatísticas realizadas anteriormente, considerou-se a prática de comportamentos de saúde como potencial preditor, dado que as variáveis se encontram moderadamente correlacionadas ( $r=.495$ ). Dado que apenas se verificou a relação entre a prática de comportamentos de saúde e a percepção de felicidade e não se observaram correlações significativas com os hábitos de sono, efetuada uma regressão linear simples, em que é apenas considerada uma variável independente. Desta forma, e neste caso específico, definiu-se a percepção de felicidade como a variável dependente e a prática de comportamentos de saúde como a variável independente.

A escolha da tipologia da variável (dependente/independente) para cada um dos construtos teve por base a literatura existente relativamente à relação entre a percepção de felicidade com a prática de comportamentos de saúde. Os autores Simões, Matos e Batista-Foguet (2008) testaram um modelo explicativo no sentido felicidade - saúde (onde foram considerados fatores de atividade física, alimentação, competências sociais, entre outros) na fase da adolescência. Os resultados verificaram que a saúde tem um impacto positivo e significativo na felicidade, em que cerca de 40% da variância da felicidade foi explicada face à saúde. No mesmo sentido é de referir o estudo de Anger e colaboradores (2012), onde se verificou que os resultados globais do mesmo suportam a afirmação de que o estado de saúde é um dos mais importantes preditores da felicidade.

Na tabela 14 é possível observar os valores encontrados para os parâmetros do modelo de regressão linear simples. Atendendo ao coeficiente de determinação ( $R^2$ ), o valor que traduz o quanto o modelo consegue explicar a variável dependente, que pode variar entre 0 e 1, onde o 0 significa que o modelo não explica a variável dependente e o 1 representa o modelo perfeito de prever a mesma (Marôco, 2011). Assim, o presente modelo apresenta um valor de  $R^2$  de .245, sendo possível concluir que 24.5% da felicidade é explicada pela prática de comportamentos de saúde. De seguida, através da One-Way ANOVA, que tem associada um nível de significância sendo esta .000, podemos confirmar que o modelo é altamente significativo.

Ao realizar a análise dos resíduos, verificamos que o valor  $\epsilon = .040$ . Segundo Marôco (2011), quando os erros ou resíduos são representados graficamente, tendem para 0, e tendo em conta o valor apresentado é possível concluir que o modelo é linear. Através dos gráficos observamos foi possível verificar a independência e a normalidade dos erros.

Em suma, podemos concluir que o presente modelo satisfaz os requisitos necessários para a predição da percepção de felicidade em adolescentes, contudo apenas consegue explicar cerca de 25% desta variável.

**Tabela 17**

*Coefficientes e estatística do modelo de regressão linear simples sobre a percepção de felicidade e a prática de comportamentos de saúde*

	$\beta$
(Constante)	39.117
Comportamentos de Saúde	.248

$R^2 = .245$   
Sig. De One-Way ANOVA = .000



## Capítulo IV: Discussão

O estudo da qualidade de vida no período de desenvolvimento da adolescência tem em consideração, cada vez mais, a interação de diversas variáveis (como os fatores psicológicos, biológicos, familiares, culturais, ambientais e da comunidade) presentes na vida dos adolescentes e como estes exercem influência no desenvolvimento saudável, nas mudanças de comportamentos e nas crenças e atitudes dos mesmos (Gaspar et al., 2008). Os comportamentos podem ser alvo de mudança, sendo a adolescência a fase primordial para estabelecer padrões de prática dos mesmos, que vão perdurar para a vida adulta. Estes comportamentos relacionados à saúde estão relacionados com os elementos de bem-estar, o que demonstra a importância do estudo desta temática (Booker, et al., 2013).

A presente investigação teve como principal objetivo perceber a relação existente entre a prática de comportamentos de saúde e a percepção de felicidade, tendo em conta algumas características sociodemográficas e os hábitos de sono dos adolescentes. Em primeiro lugar, é importante perceber como é que a felicidade é percebida por esta faixa etária, que segundo os autores López-Pérez, Sánchez e Gummerum (2016), pode-se diferenciar a conceção deste construto nas crianças e os adolescentes. Desta forma, as crianças conceptualizam a felicidade em termos mais concretos do que os adolescentes, estas focam-se na mais nas qualidades emocionais hedonísticas e globalmente positivas da felicidade. Por outro lado, os adolescentes definem a felicidade de uma forma mais abstrata.

O presente estudo contou com 118 participantes, com idades compreendidas entre os 14 e os 18 anos, sendo a maioria do 9º Ano de escolaridade (63%), estando a amostra distribuída por seis distritos. Em relação à prática de atividades extracurriculares, cerca de 68% dos participantes afirma realizar este tipo de atividades frequentemente, sendo que 49% dos mesmos identificam o desporto como sendo a atividade escolhida. Um estudo de Barbosa, Casotti e Nery (2016), concluiu que, em Portugal, 38.8% dos adolescentes apresentavam baixo nível de atividade física, no ensino médio. De acordo com os dados, cerca de 55% dos adolescentes vivem com a mãe, o pai e o/os irmão/s. A maioria dos participantes não relata a existência de problemas crónicos (91%), de acompanhamento psicológico (96%), nem de excesso de peso (87%).

Como primeiro objetivo do estudo, avaliou-se os resultados globais das escalas EPSA, AQSA e a Escala sobre Felicidade, de forma a perceber os níveis de prática de comportamentos de saúde, qualidade do sono e percepção de felicidade, respetivamente. Relativamente à EPSA, os resultados mostraram que a média total se encontrava acima da média da escala, indicando que os participantes apresentavam níveis elevados de comportamentos saudáveis. O estudo de validação da escala, para a população portuguesa

concluiu que os adolescentes revelam bons níveis de comportamentos promotores de saúde acima do valor médio da escala, indo de encontro aos dados encontrados. Um estudo acerca dos adolescentes portugueses também revela a de saúde dos mesmos, em que cerca de 53% dos mesmos relataram ter uma boa perceção de saúde (Matos, et al., 2010).

No que diz respeito à AQSA, os adolescentes do estudo apresentam níveis de qualidade do sono muito abaixo da média da escala. Alguns estudos em que foi utilizada a mesma escala para avaliar a qualidade do sono (AQSA), concluíram que os adolescentes portugueses tinham uma qualidade do sono dentro da média (Cortez, 2014; Gomes, 2015; Rodrigues, 2014), o que não vai de encontro aos valores encontrados. As variações dos resultados pode ser explicada pela diferença de idades utilizada (maior leque de idades), o tamanho da amostra e as características dos participantes.

Por fim, os resultados obtidos na Escala sobre Felicidade indicam que os participantes apresentam níveis de felicidade altos. Um estudo sobre os adolescentes portugueses, com 4751 participantes, concluiu que cerca de 85% dos mesmo relatam sentir-se felizes (Matos et al., 2010). Um estudo mais antigo e similar concluiu que os adolescentes portugueses têm uma satisfação com a vida acima da média (Matos et al., 2014).

#### 4.1. Diferenças existentes entre géneros e faixas etárias

Para além de perceber a relação entre Comportamentos de saúde e Felicidade, tentou-se identificar as possíveis as características sociodemográficas associadas à prática de comportamentos de saúde, aos hábitos de sono e à perceção de felicidade. O presente estudo contou com uma distribuição igualitária de jovens do género masculino (55%) e do género feminino (45%), que permitiu avaliar as diferenças entre os mesmos. O mesmo se verifica com a variável idade, em que apesar de existir um maior número significativo de adolescentes com 15 anos, ao repartir os participantes por dois grupos, foi possível a avaliar as diferenças entre os adolescentes mais novos (14 e 15 anos) e mais velhos (16, 17 e 18 anos).

No que diz respeito ao segundo e terceiro objetivo da presente investigação, os resultados obtidos relativos às diferenças existentes entre grupos em função do género e da faixa etária dos participantes, não evidenciaram diferenças estatisticamente significativas no total da Escala de Promoção de saúde em adolescentes. O estudo de validação da EPSA para a população Portuguesa corrobora os resultados obtidos, dado que também não foram encontradas diferenças face ao género (Tomás et al., 2015). Estes dados são ainda corroborados por Rojas-Barahona e colaboradores (2017), um estudo de validação da mesma escala para adolescentes do Chile, onde não foram encontradas diferenças entre géneros.

Considerando a faixa etária, ao realizar uma analogia com o mesmo estudo (Tomás et al., 2015), os resultados obtidos não são concordantes, pois verificou-se que os adolescentes mais velhos apresentaram níveis de comportamentos de saúde mais baixos que os mais novos. É de referir que no estudo mencionado a amostra era constituída por adolescentes dos 14 aos 22 anos, ou seja, idade inferiores e superiores às da amostra do presente estudo, o que pode explicar as diferenças encontradas entre os estudos.

Considerando as seis subescalas da EPSA, não se verificaram diferenças em função do género, com exceção da subescala de Exercício Físico, que apresentou diferenças significativas. Tomás e colaboradores (2015) concluíram que os adolescentes do género masculino apresentam mais comportamentos promotores da saúde a nível do Exercício Físico e o género feminino pontuam mais elevado ao nível do Suporte Social e da Responsabilidade pela Saúde. No mesmo sentido dos resultados do presente estudo, os autores verificaram diferenças de género na subescala de exercício físico, em que o género masculino apresentava uma média de prática de exercício físico superior face ao género feminino. Este resultado é corroborado por vários estudos que concluíram que os adolescentes rapazes praticavam mais desportos do que as raparigas (Booker et al., 2014; Mazzardo et al., 2016).

Relativamente à subescala de Nutrição, alguns estudos concluíram que as raparigas apresentam mais hábitos alimentares saudáveis do que os rapazes, no sentido em que consomem mais frutas e vegetais (Booker et al., 2014; Junior & Lopes, 2004). Embora estes resultados não sejam confirmados nesta investigação, o facto de as raparigas deterem um cuidado acrescido com os hábitos alimentares relaciona-se com a preocupação da imagem corporal (Viana, Santos & Guimarães, 2008). O autor Moore (1998; cit in. Viana et al., 2008) realizou uma investigação com adolescentes dos 12 aos 23 anos, que revelou que cerca de 67% das mesmas estavam desagradas com o seu peso, cerca de 55% insatisfeitas com o seu corpo e 38% faziam uma dieta restritiva. Este facto pode ser em conta os resultados encontrados por Booker e colaboradores (2014), no sentido em que as adolescentes têm mais cuidados e preocupações nos hábitos alimentares. Por fim, acerca da escala de Gestão de Stress, Moljord e colaboradores (2011), verificaram que as adolescentes do género feminino referem mais stress do que o género masculino, sendo que estes dados não vão de encontro aos do presente estudo, por não terem sido encontradas diferenças de stress face ao género.

Tendo em conta a faixa etária, em que não foram encontradas diferenças significativas nas subescalas da EPSA, ao recorrer novamente ao estudo de validação, é possível verificar diferenças nas subescalas de Nutrição, Suporte Social e Exercício Físico, em que de uma forma geral, à medida que a idade aumentava, verificou-se uma diminuição da prática de comportamentos de saúde referentes às subescalas mencionadas (Tomás et al., 2015). É de referir que existem outras investigações neste sentido, especificamente na Nutrição, em que o consumo de frutas e vegetais sofre uma diminuição com a idade (Barbosa et al., 2016; Booker et al., 2014).

Relativamente à qualidade do sono em geral, não se verificaram diferenças significativas na Escala de Avaliação da Qualidade do Sono na Adolescência em função do género e da faixa etária. Relativamente ao género, Gomes (2015) conclui que os rapazes reportam melhor qualidade do sono, em geral, na escala global da AQSA. No que diz respeito às diferenças entre faixa etárias, um estudo de Cortez (2014), onde também é utilizada a ASQA, revela que os adolescentes mais velhos têm melhor qualidade de sono tendo em conta a escala global, o que pode significar que os mesmos vão aprendendo estratégias para lidar com as dificuldades em dormir. Relativamente às cinco subescalas que estão abrangidas na escala, também não se verificaram diferenças de género nem de faixa etária. Estes resultados não vão de encontro ao mesmo estudo (Cortez, 2014), em que se verificaram diferenças na dimensão Adormecer, tendo as raparigas melhor qualidade de sono ao adormecer. Por outro lado, Matos e colaboradores (2017) concluíram que as adolescentes do género feminino apresentam menor perceção de qualidade do sono e menos horas de sono totais, quando comparadas ao género masculino (Matos et al., 2017).

Por último, os resultados obtidos relativos às diferenças na felicidade, avaliada através da Escala sobre Felicidade, em função do género e da faixa etária, não são significativos. Estes dados vão de encontro aos autores como López-Pérez, Sánchez e Gummerum (2016) e Garaigordobil (2015), que não encontraram diferenças significativas na perceção de felicidade em função do género. Por outro lado, Giacomoni e colaboradores (2014), encontraram desigualdades na forma como os géneros conceptualizam a mesma, indo ao encontro de outros autores como Simões, Matos e Batista-Foguet (2008), que afirmam que o género masculino apresenta uma maior perceção de felicidade quando comparados com o género feminino. No que diz respeito à faixa etária dos adolescentes, os resultados não são conclusivos e a literatura aponta resultados bastante distintos. Algumas investigações concluíram que os adolescentes mais novos tinham perceções de felicidade mais positivas em comparação com os adolescentes mais velhos (Garaigordobil, 2015; Natvig et al., 2003). Por outro lado, é descrito na literatura que os níveis de perceção de felicidade não variam de acordo com a idade (Moljord, Moksnes, Eriksen & Espnes, 2011). Em suma, é importante referir que a perceção de felicidade pode variar de acordo com as amostras dos estudos, o país em que é realizado o estudo e a forma de como a mesma é avaliada (questionário de auto relato, apenas uma questão ou uma questão para definir a mesma), que resulta em resultados diferentes, tendo em conta as características específicas de cada estudo.

#### 4.2. Associações entre Comportamentos de Saúde e Hábitos de Sono

Um dos focos principais nos estudos relacionados com o sono é o número médio de horas que os adolescentes dormem diariamente e quais as implicações dos padrões de sono no desenvolvimento saudável. Chen e colaboradores (2006) concluíram que os adolescentes que dormem entre 6 a 8 horas por noite, mais do que 4 vezes por semana, têm frequências mais

altas de comportamentos de saúde, satisfação com a vida, responsabilidades de saúde, gestão de stress, nutrição e exercício físico, do que adolescentes que dormem entre 6 a 8 horas por noite, em menos do que 3 dias por semana.

Através da literatura foi também possível observar que as investigações existentes relativas aos hábitos de sono têm salientado a presença de sonolência diurna nos adolescentes (Chen et al., 2006). A importância deste tema levou Pinto e colaboradores (2016) a realizar um estudo acerca dos conhecimentos que os adolescentes possuíam acerca deste tópico, em que cerca de 70% dos adolescentes considerava ter conhecimentos médios acerca do sono e cerca de 50% considerava o tema bastante importante, demonstrando que os jovens estão cada vez mais alertas e interessados acerca do sono. É de referir a importância do estudo e divulgação desta temática, já que, o autor LeBourgeois e colaboradores, em 2005, referia um dado preocupante, em que os adolescentes tinham uma escassez de conhecimento sobre os hábitos de sono saudáveis e sobre o sono em geral.

O quarto objetivo do presente estudo foi perceber a relação entre comportamentos de saúde e hábitos de sono. Contudo, a qualidade do sono não é muito explorada pelos autores pelo facto do sono ser considerado um dos comportamentos de saúde e estar, na maioria das vezes, integrado como um dos itens dos instrumentos de avaliação desses mesmos comportamentos. Apesar das escassas investigações, existem estudos relativos a esta associação, como o estudo de Strine e Chapman (2005), em que há evidências de que as pessoas com insuficiência de sono têm, frequentemente, maior probabilidade em vir a ter problemas a nível da saúde física e mental.

Os resultados obtidos pelos participantes na Escala de Promoção de Saúde em Adolescentes, como já foi mencionado anteriormente, indicou que os participantes adotam muitos comportamentos saudáveis. Relativamente às subescalas deste instrumento, a subescala de Apreciação pela Vida apresenta a média mais alta, seguida do Suporte Social. As subescalas de Exercício Físico e Gestão de Stress vão de encontro aos valores médios, enquanto que a subescala de Responsabilidade de Saúde se encontra abaixo da média esperada. Um estudo de validação da EPSA para os adolescentes de Taiwan corrobora a dimensão com a média mais elevada que foi verificada no presente estudo, a Apreciação com a Vida. De seguida, o estudo de validação verificou que a dimensão com média mais alta era a Responsabilidade de Saúde, seguida, pela Gestão de Stress, Suporte Social, Nutrição e, por último, Exercício Físico (Chen, Wang & Chang, 2006).

No mesmo sentido, os resultados da Escala de Avaliação da Qualidade do Sono na Adolescência sugerem que os adolescentes do estudo apresentam níveis de qualidade do sono baixos, e o mesmo se verifica nas várias subescalas existentes, em que as pontuações médias verificadas são todas inferiores à média da pontuação da escala. Contudo, a dimensão em que são apresentados melhores resultados médios é a Passagem para a Vigília, enquanto que a

dimensão Reiniciar o Sono apresenta a média mais baixa de entre todas as subescalas. Estes resultados não são concordantes com estudos realizados com a mesma escala, em que, a dimensão que apresenta resultados mais elevados é Reiniciar o Sono e a que apresenta resultados mais baixos é a dimensão Passagem para a Vigília (Cortez, 2014; Gomes, 2015; Rodrigues, 2014). Através dos dados apresentados é possível concluir que foram obtidos resultados opostos, no que toca à dimensão mais elevada e mais baixa, que podem ser justificados pela amostra utilizada (por exemplo a amostra clínica de Rodrigues (2014)), o tamanho a amostra (sendo maior nos estudos de Cortez (2014) Gomes e (2015) e muito inferior no estudo de Rodrigues (2015)).

Relativamente à relação entre as duas escalas supracitadas e correspondentes construtos, os resultados revelam uma associação negativa entre as escalas totais da Escala de Promoção de Saúde em Adolescentes e a Escala de Avaliação da Qualidade do Sono, indicando que o aumento da prática de comportamentos de saúde leva a uma diminuição da qualidade do sono ou vice-versa. Ao realizar uma analogia com a bibliografia existente, observa-se que os resultados não estão de acordo com a mesma, havendo referência de que os adolescentes que tinham um sono adequado praticavam mais comportamentos relacionados com a saúde do que os adolescentes que tinham um sono inadequado (Chen et al., 2006).

Para além das escalas globais, foi possível verificar algumas associações entre as subescalas dos instrumentos. Pelo facto de as associações serem observadas entre subescalas a um nível bastante específico, verifica-se a escassez de literatura de forma a realizar uma analogia exaustiva. Ainda assim, a relação entre a prática de exercício físico e a qualidade de sono é estudada por Baldursdottir e colaboradores (2016), que afirmam a realização de uma atividade desportiva três vezes por semana promove a qualidade do sono em adolescentes, o que não é verificado pelo presente estudo.

No que diz respeito à subescala Adormecer, foi verificado que a mesma se encontra abaixo da pontuação média, verificando uma dificuldade dos adolescentes em conseguir adormecer. Um estudo recente aborda esta temática, concluindo que cerca de 32% dos adolescentes apresentam dificuldades em adormecer (Heath, Johnston, Dohnt, Short & Gradisar, 2018), constituindo uma preocupação atual.

Relativamente à Passagem para a Vigília, as associações encontradas sugerem que uma maior dificuldade em acordar está relacionada com uma maior prática de comportamentos de saúde em geral e especificamente ao nível da Responsabilidade pela Saúde e do Exercício Físico. Não foi encontrada literatura neste sentido, tendo sido encontrado um estudo que descreve que os adolescentes que não relatam cansaço matinal apresentam maior probabilidade de ter um estado de saúde mais satisfatório e maior satisfação de vida (Segura-Jiménez et al., 2015).

### 4.3. Associações entre Comportamentos de Saúde e Felicidade

De uma forma geral, a relação entre a prática de comportamentos de saúde e a percepção de felicidade é descrita por diversos autores. Através de uma revisão bibliográfica é possível afirmar que os adolescentes que referem ter uma saúde excelente e menos sintomas de mal-estar físico e/ou psicológico, são os mesmos que referem ter uma alimentação cuidada e saudável, praticar exercício físico e ter mais competências sociais (Simões et al., 2008). Assim, o quinto objetivo do estudo passou pela avaliação da associação da prática de comportamentos de saúde, através da Escala de Promoção de Saúde em Adolescentes, com a percepção de felicidade, através da Escala sobre Felicidade.

A correlação entre a variável da prática de comportamentos de saúde com a variável de percepção de felicidade, indicou que existe uma relação significativamente positiva entre as mesmas. Este resultado vai ao encontro de diversos estudos, onde se verificou que quanto maior é a prática de comportamentos de saúde, maior é a percepção de felicidade, pelos adolescentes (Booker, et al., 2014; Garaigordobil, 2015; Moljord et al., 2011). Para além da correlação significativa, através do modelo de regressão linear simples, verificou-se que cerca de 25% da felicidade é explicada pela prática de comportamentos de saúde. Como foi descrito no tópico relativo ao teste estatístico da regressão linear, existe literatura no sentido de que a felicidade é, em parte, explicada pela prática de comportamentos de saúde, contudo existem autores que referem a relação oposta, sendo que muitas investigações mencionam que esta relação pode ser verificada nos dois sentidos. Argyle (1997) investiga a seguinte questão “Será a felicidade uma causa da saúde, ou será que é a saúde que leva à felicidade?”, onde inicia afirmando que existe uma relação em ambos os sentidos, porém conclui que é a felicidade e o humor positivo que conduzem à saúde.

É de referir que, no presente estudo verificou-se que aproximadamente 25% da felicidade era explicada pela prática de comportamentos de saúde pelos adolescentes, sendo que cerca de 75% fica por explicar. Desta forma, é fundamental perceber quais os fatores que também podem contribuir para a percepção da mesma. Apesar de não existir consenso no que diz respeito à direção da relação entre os construtos, a maioria dos autores refere que existem outros fatores que influenciam a felicidade e a saúde, como certos aspetos da personalidade (Argyle, 1997), bem como fatores individuais e sociais, como sintomas físicos e competências sociais (Simões et al., 2008).

Para além desta associação, é também possível afirmar que todas as subescalas da EPSA estão significativamente associadas com a percepção de felicidade, sendo estas: a Nutrição, o Suporte Social, a Responsabilidade de Saúde, a Apreciação da Vida, o Exercício Físico e a Gestão de Stress. De seguida serão abordadas todas as subescalas de forma individual, de forma a realizar uma análise concreta acerca das diferentes temáticas.

Os hábitos alimentares são incluídos nos comportamentos de saúde devido à importância da alimentação saudável na vida dos adolescentes, que promove a saúde em geral (Barbosa et al., 2016; Issner, Mucka & Barnett, 2016). Segundo o estudo de Booker e colaboradores (2014) e Hong e Peltzer (2017), um maior consumo de frutas e vegetais está associado a uma maior percepção de felicidade, o que está de acordo com os resultados obtidos, com a subescala de Nutrição a revelar uma associação com a percepção de felicidade dos participantes do estudo.

Relativamente à subescala do Suporte Social, esta verificou-se estar associada com a percepção de Felicidade, indo de encontro ao estudo dos autores Camacho, Matos, Simões, Tomé e Diniz (2015), que afirmam que as relações interpessoais têm uma importância fundamental, na fase da vida da adolescência, para o bem-estar psicológico. As relações interpessoais podem englobar o grupo de pares e os pais dos adolescentes, que têm influências diferentes nos adolescentes. Enquanto que a comunicação com os pais leva a sentimentos de bem-estar no próprio adolescentes, as interações com os pares demonstram estar relacionados com uma menor percepção da satisfação com a vida (Tomé et al., 2015).

A subescala relativa à Responsabilidade de Saúde encontra-se relacionada com a percepção de felicidade, no entanto não existe literatura que permita corroborar ou contrariar estes resultados. No que diz respeito à subescala Apreciação da Vida esta verificou-se estar associada com a percepção de felicidade, como seria de esperar, uma vez que tem sido descrita uma relação significativa entre saúde, felicidade e satisfação com a vida (Simões et al., 2008)

Relativamente à subescala de Exercício Físico, encontrou-se uma associação entre à prática de exercício físico e a percepção de felicidade, nestes adolescentes. Existem diversos estudos acerca da influência do exercício na vida dos adolescentes, que afirmam uma relação linear entre a prática de atividade física e a felicidade (como por exemplo, Booker e colaboradores (2014) e Moljord e colaboradores (2011)). Por último, foi verificada a relação entre a subescala de Gestão de Stress e a percepção de felicidade, que não pode ser comparada a dados de outros estudos, devido à escassez dos mesmos.

#### 4.4. Associações entre Hábitos de Sono e Felicidade

De forma a alcançar o sexto objetivo do estudo, avaliou-se a relação existente entre os hábitos de sono e a percepção de felicidade, através da Escala de Avaliação da Qualidade do Sono e da Escala sobre Felicidade. Com uma breve revisão bibliográfica é possível observar a relação entre estas variáveis, porém os resultados da presente investigação não vão ao encontro aos mesmos, por não terem sido encontradas associações significativas entre a qualidade de sono e a percepção de felicidade, o que poderá estar associado a características da nossa amostra, como a grande variabilidade na avaliação da qualidade do sono. Porém, é

de grande importância referir os diversos estudos que obtiveram associações significativas entre estas duas variáveis.

A importância do sono é descrita por diversos autores, em que a baixa duração e qualidade estão associadas a diferentes efeitos negativos físicos, sociais, cognitivos e emocionais na vida dos adolescentes (Matricciani, Blunden & Rigney, 2012). Um estudo recente confirma que a percepção da qualidade do sono é importante para a percepção de bem-estar e de satisfação com a vida, sendo que os adolescentes que dormem diariamente um total de horas igual ou superior a 8 apresentam níveis consideravelmente mais altos de satisfação com a vida (Matos et al., 2017). No mesmo sentido é de referir o estudo de Pilcher Ginter e Sadowsky (1997), que embora menos recente do que o anterior, apresenta resultados no sentido da saúde e o bem-estar estarem associados mais à qualidade do sono, do que à quantidade do sono. Pela mesma investigação é afirmado que a má qualidade do sono foi significativamente correlacionada com o aumento das queixas de saúde física e psicológica e com medidas de bem-estar (como a menor satisfação com a vida).

#### 4.5. Limitações do estudo

Após a análise e a discussão dos resultados obtidos, salientamos algumas limitações deste estudo. Uma das principais limitações diz respeito ao tamanho da amostra, pelo número reduzido de participantes, simultaneamente com o facto de ser uma amostra de conveniência, não representativa da população, e por esse motivo os resultados não são passíveis de ser generalizados para outras populações. Por conseguinte, como se trata de um estudo transversal não se torna possível retirar inferências causais, por não se conseguir provar a existência de uma sequência temporal do mesmo.

É de denotar que o método escolhido para recolher dos dados desta investigação, os questionários de autorrelato, apesar de apresentarem inúmeras vantagens, como a facilidade e a rapidez da aplicação, têm também algumas desvantagens. A principal desvantagem é a falta de certeza do efeito da desejabilidade social, bem como os questionários não serem preenchidos de forma adequada. Por último, é importante referir a escassez de estudos relacionados com os construtos abordados, que não permitiu uma discussão exaustiva em algumas temáticas mais específicas.



# Capítulo V: Conclusão

A presente investigação assumiu como objetivo perceber a relação existente entre a prática de comportamentos de saúde e a percepção de felicidade em adolescentes, recorrendo a características sociodemográficas e aos hábitos de sono.

Ao longo do estudo e da revisão bibliográfica relativa aos construtos utilizados verificou-se que as investigações acerca do sono dos adolescentes são recentes e focam-se sobretudo nas questões dos maus hábitos de sono. Para além dos estudos serem recentes, pouco estudos têm integrado, na análise dos padrões de sono na adolescência, variáveis de felicidade. Desta forma, sugere-se para futuras investigações o estudo da relação destes construtos, não só na fase da adolescência, mas em todas as faixas etárias, devido à importância do sono na qualidade de vida.

É de referir que, tendo em conta os resultados da presente investigação, a adoção de comportamentos de saúde explica em parte a felicidade percebida pelos adolescentes, ficando 75% da percepção de felicidade por explicar, sendo crucial o desenvolvimento de mais estudos, não apenas englobando a população adolescentes, de forma a perceber quais as possíveis variáveis explicativas da felicidade.

Por fim, considera-se que esta pesquisa é um importante contributo para o estudo na área da Psicologia da Saúde, pela importância das temáticas abordadas. O facto de se perceber, cada vez mais, como é que determinadas variáveis influenciam a saúde e a qualidade de vida é fundamental para os programas de promoção de saúde, onde a implementação e modificação de comportamentos de saúde poderá criar jovens e adultos conscientes, saudáveis e felizes.



# Referências Bibliográficas

- Achhab, Y., Ammari, A., Kazdouh, H., Najdi, A., Berraho, M., Tachfouti, N., ... Nejjari, C. (2016). Health risk behaviours amongst school adolescents: protocol for a mixed methods study. *BMC Public Health*, *16*(1209), 1-6. doi: 10.1186/s12889-016-3873-4
- Angner, E., Ghandhi, J., Purvis, K., Amante, D., & Allison, J. (2012). Daily Functioning, Health Status, and Happiness in Older Adults. *Journal of Happiness Studies*, *14*(5), 1563-1574. doi: 10.1007/s10902-012-9395-6
- Appel-Silva, M., Wendt, G. W., & Argimon, I. I. (2010). A teoria da autodeterminação e as influências socioculturais sobre a identidade. *Psicologia em Revista*, *16*(2), 351-369. doi: 10.5752/P.1678-9563.2010V16N2P351
- Argyle, M. (1997). Is happiness a cause of health? *Psychology & Health*, *12*(6), 769-781. doi:10.1080/08870449708406738.
- Argyle, M., & Furnham, A. (1982). The ecology of relationships: Choice of situations as a function of relationship. *British Journal of Social Psychology*, *21*, 259-262. doi: 0144-6665/82/030259-04.
- Arora, T., Broglia, E., Thomas, N., & Taheri, S. (2014). Associations between specific technologies and adolescent sleep quantity, sleep quality, and parasomnias. *Sleep Medicine*, *15*, 240-247. doi: 10.1016/j.sleep.2013.08.799
- Baldursdottir, B., Taehtinen, R. E., Sigfusdottir, I. D., Krettek, A., & Valdimarsdottir, H. B. (2016). Impact of a physical activity intervention on adolescents' subjective sleep quality: a pilot study. *Global Health Promotion*, *24*(4), 14-22.
- Barbosa, F. N., Casotti, C. A., & Nery, A. A. (2016). Comportamentos de Risco à Saúde de Adolescentes Escolares. *Texto Contexto Enfermagem*, *25*(4), 1-9. doi: 10.1590/0104-07072016002620015
- Barros, J. H. (2001). Felicidade: Natureza e Avaliação (Proposta de uma nova escala). *Psicologia Educação e Cultura*, *5*(2), 289-318.
- Booker, C. L., Skew, A. J., Sacker, A., & Kelly, Y. J. (2014). Well-Being in Adolescence—An Association with Health-Related Behaviors: Findings from Understanding Society, the UK Household Longitudinal Study. *Journal of Early Adolescence*, *34*(4), 518-538. doi: 10.1177/0272431613501082

- Buck, J. S., & Ryan-Wenger, N. A. (2003). Early Adolescents' Definition of Health: The Development of a New Taxonomy. *Journal of Theory Construction and Testing*, 7(2), 50-55.
- Camacho, I., Matos, M. G., Simões, C., Tomé, G., & Diniz, J. (2013). Risk Behaviors in Portuguese Adolescents: An Explanatory Model. *Pakistan Journal of Clinical Psychology*, 12(1), 3-15.
- Carskadon, M. A., Wolfson, A. R., Acebo, C., Tzischinsky, O., & Seifer, R. (1998). Adolescent Sleep Patterns, Circadian Timing, and Sleepiness at a Transition to Early School Days. *Sleep*, 21(8), 871-881.
- Chen, M., Wang, E. K., & Chang, C. (2006). Cross-Validation and Discriminant Validity of Adolescent Health Promotion Scale Among Overweight and Nonoverweight Adolescents in Taiwan. *Public Health Nursing*, 23(6), 555-560.
- Chen, M. Y., Wang, E. K., & Jeng, Y. J. (2006). Adequate sleep among adolescents is positively associated with health status and health-related behaviors. *BMC Public Health*, 6(59), 1-8. doi: 10.1186/1471-2458-6-59.
- Chen, M. Y., Wang, E. K., Yang, R. J., & Liou, Y. M. (2003). Adolescent Health Promotion Scale: Development and Psychometric Testing. *Public Health Nursing*, 20(2), 104-110. doi: 0737-1209/03
- Corsano, P., Majorano, M., & Champretavy, L. (2006). Psychological Well-Being in Adolescence: The contribution of Interpersonal Relations and Experience of Being Alone. *Adolescence*, 41(162), 341-353.
- Cortez, C. A. S. (2014). *Qualidade do Sono, Higiene do Sono e Crenças sobre o Sono em Adolescentes* (Dissertação de Mestrado). Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Czeresnia, D. (1999). The concept of health and the difference between prevention and promotion. *Cadernos de Saúde Pública*, 15(4), 701-709.
- Dahl R. E. (1990). The Consequences of Insufficient Sleep for Adolescents: Links Between Sleep and Emotional Regulation. *Phi Delta Kappan*, 80, 354-359.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000). The "What" and "Why" of Goal 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). Hedonia, Eudaimonia, and Well-Being: An Introduction. *Journal of Happiness Studies*, 9,1-11. doi:10.1007/s10902-006-9018-1
- 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, 179-189. doi: doi:10.1016/j.smr.2009.10.004
- Dias, M. R., Duque, A. F., Silva, M. G., Durá, E. (2004). Promoção da saúde: O renascimento de uma ideologia? *Análise Psicológica*, 3(22), 463-473.
- Diener, E. (1984). Subjective Well-Being. *Psychological Bulletin*, 95(3), 542-575.
- Diener, E. (2000). Subjective Well-Being: The Science of Happiness and a Proposal for a National Index. *American Psychologist*, 55(1), 34-43. doi: 10.1037//0003-066X.55.1.34.
- Diener E., Sapyta, J. J., & Suh, E. (1998). Subjective Well-Being Is Essential to Well-Being. *Psychological Inquiry*, 9(1), 33-37. doi: 10.1207/s15327965pli0901\_3
- Dimenstein, M. D. B. (1998). O psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde: desafios para a formação e atuação profissionais. *Estudos de Psicologia*, 3(1), 53-81.
- Due, P., Krolner, R., Rasmussen, M., Andersen, A., Damsgaard, M. T., Graham, H., & Holstein, B. E. (2011). Pathways and mechanisms in adolescence contribute to adult health inequalities. *Scandinavian Journal of Public Health*, 39(6), 62-78. doi: 10.1177/1403494810395989
- Feijó, R. B., & Oliveira, E. A. (2001). Comportamento de Risco na Adolescência. *Jornal de Pediatria*, 77(2), 125-134. doi: 0021-7557/01/77-Supl.2/S125
- 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, 155-172.
- Freire, T., Zenhas, F., Tavares, D., & Iglésias, C. (2013). Felicidade Hedónica e Eudaimónica: Um estudo com adolescentes portugueses. *Análise Psicológica*, 4(XXXI), 329-342.
- Garaigordobil, M. (2015). Predictor variables of happiness and its connection with risk and protective factors for health. *Frontiers in Psychology*, 6(1176), 1-10. doi: 10.3389/fpsyg.2015.01176

- Gaspar, T., Ribeiro, J. L., Matos, M. G., & Leal, I. (2008). Promoção de Qualidade de Vida em Crianças e Adolescentes. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 9(1), 55-71.
- Giacomoni, C. H., Souza, L. K., & Hutz, C. S. (2014). O conceito de felicidade em crianças. *Psico-USF*, 19(1), 143-153.
- Giannotti, F., Cortesi, F., Sebastiani, T., & Vagnoni, C. (2005). Sleeping habits in Italian children and adolescents. *Sleep and Biological Rhythms*, 3, 15-21.
- Gibson, E. S., Powles, A. P., Thabane, L., O'Brien, S., Molnar, D. S., Trajanovic, N.,...Chilcott-Tanser, L. (2006). "Sleepiness" is serious in adolescence: Two surveys of 3235 Canadian students. *BMC Public Health*, 6(116). doi:10.1186/1471-2458-6-116
- Gomes, M. P. (2015). Qualidade do Sono, Higiene do Sono, Crenças Disfuncionais sobre o Sono, e Temperamento em Adolescentes (Dissertação de Mestrado). Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Gonzalez, B., & Ribeiro, J. P. (2004). Comportamentos de Saúde e Dimensões de Personalidade em Jovens Estudantes Universitárias. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(1), 107-127.
- Greydanus, D. E., Pratt, H. D., & Patel, D. R. (2013). Health Promotion: Adolescent Well Being. In: Michalos, A. (Ed.). *Encyclopedia of Quality of Life and Well-Being Research* (pp. 6437-6441). doi: 10.1007/978-94-007-0753-5
- Headey, B., Veenhoven, R., & Wearing, A. (1991). Top-down versus bottom-up theories of subjective wellbeing. *Social Indicators Research*, 24, 81-100.
- Heath, M., Johnston, A., Dohnt, H., Short, M., & Gradisar, M. (2018). The role of pre-sleep cognitions in adolescent sleep-onset problems. *Sleep Medicine*, 46, 117-121. doi: 10.1016/j.sleep.2018.03.002
- Holder, M. D., & Coleman, B. (2008). The contribution of temperament, popularity, and physical appearance to children's happiness. *Journal of Happiness Studies*, 9, 279-302. doi:10.1007/s10902-007-9052-7
- Hong, S. A., & Peltzer, K. (2017). Dietary behaviour, psychological well-being and mental distress among adolescents in Korea. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 11(56), 1-12. doi: 10.1186/s13034-017-0194-z
- Huebner, E. S., & McCullough, G. (2000). Correlates of school satisfaction among adolescents. *Journal of Educational Research*, 43, 331-336.

- Issner, J. H., Mucka, L. E., & Barnett, D. (2016). Increasing Positive Health Behaviors in Adolescents with Nutritional Goals and Exercise. *Journal of Child and Family Studies*, 26(2), 548-558. doi: 10.1007/s10826-016-0585-4
- Júnior, J. C., Lopes, A. S. (2004). Comportamentos de risco relacionados à saúde em adolescentes. *Revista Brasileira de Ciência e Movimento*, 12(1), 7-12.
- Kalak, N., Lemola, 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. doi: 10.2147/NDT.S62533
- Keyes, C., Shmotkin, D., & Ryff, C. (2002). Optimizing well-being: The empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82(6), 1007-1022.
- Koulouglioti, C., Moskow, M., Carno, M. A., & Grape, A. (2013). The Longitudinal Association of Young Children's Everyday Routines to Sleep Duration. *Journal of Pediatric Health Care*, 28(1), 80-87. doi: 10.1016/j.pedhc.2012.12.006
- Larson, R. W. (1990). The Solitary Side of Life: An Examination of the Time People Spend Alone from Childhood to Old Age. *Developmental Review*, 10, 155-183.
- Lazaratou, H., Soldatou, A., & Dikeos, D. (2012). Medical Comorbidity of Sleep Disorders in Children and Adolescents. *Current Opinion in Psychiatry*, 25, 391-397. doi: 10.1097/YCO.0b013e3283556c7a
- LeBourgeois, M. K., Giannotti, F., Cortesi, F., Wolfson, A. R., & Harsh, J. (2005). The Relationship Between Reported Sleep Quality and Sleep Hygiene in Italian and American Adolescents. *Pediatrics*, 115(1), 257-265.
- López-Pérez, B., & Fernández-Castilla, B. (2017). Children's and Adolescents' Conceptions of Happiness at School and Its Relation with Their Own Happiness and Their Academic Performance. *Journal of Happiness Studies*. doi: 10.1007/s10902-017-9895-5
- López-Pérez, B., Sánchez, J., & Gummerum, M. (2016). Children's and Adolescents' Conceptions of Happiness. *Journal of Happiness Studies*, 17, 2431-2455. doi: 10.1007/s10902-015-9701-1
- Lui, X., & Zhou, H. (2002). Sleep duration, insomnia and behavioral problems among Chinese Adolescents. *Psychiatry Research*, 111, 75-85.

- Machado, W. L., & Bandeira, D. R. (2012). Bem-estar Psicológico: definição, avaliação e principais correlatos. *Estudos de Psicologia*, 29(4), 587-595.
- Marôco, J. (2011). *Análise Estatística com o SPSS Statistics*. Pero Pinheiro: ReportNumber.
- Matarazzo, J. D. (1982). Behavioral Health's Challenge to Academic, Scientific, and Professional Psychology. *American Psychologist*, 37(1), 1-14. doi:0003-066X/82/3701-0001
- Matos, M. G. (2004). Psicologia da Saúde, saúde pública e saúde internacional. *Análise Psicológica*, 3(XXII), 449-462.
- Matos, M. G., Marques, A., Gaspar, T., & Paiva, T. (2017). Perception of quantity and quality of sleep and their association with health-related quality of life and life satisfaction during adolescence. *Health Education and Care*, 2(2), 1-6. doi: 10.15761/HEC.1000117
- Matos, M. G., Simões, C., Reis, M., & Equipa Aventura Social. (2014). *A Saúde dos Adolescentes Portugueses em Tempos de Recessão*. Lisboa: FMH.
- Matos, M. G., Simões, C., Tomé, G., Camacho, I., Ferreira, M., Ramiro, L., ... Equipa Aventura Social. (2010). *A Saúde dos Adolescentes Portugueses: Relatório do estudo HBSC 2010*. Lisboa: FMH.
- Matricciani, L., Blunden, S., Rigney, G., Williams, M. T., & Olds, T.S. (2013). Children's sleep needs: is there sufficient evidence to recommend optimal sleep for children? *Sleep*, 36(4), 527-534.
- Mazzardo, O., Silva, M. P., Guimarães, R. F., Martins, R. V., Watanabe, P. I., & Campos, W. (2016). Comportamentos de risco à saúde entre adolescentes de acordo com gênero, idade e nível socioeconômico. *Medicina*, 49(9), 321-330.
- Merdad, R. A., Merdad, L. A., Nassif, R. A., El-Derwi, D., & Wali, S.O. (2014). Sleep habits in adolescents of Saudi Arabia; distinct patterns and extreme sleep schedules. *Sleep Medicine*, 15, 1370-1378. doi: 10.1016/j.sleep.2014.06.008
- Mindell, J. A., & Owens, J. A. (2010). *A Clinical Guide to Pediatric Sleep: Diagnosis and Management of Sleep Problems* (2nd ed.). US: Lippincott Williams & Wilkins.
- Moljord, I. E., Moksnes, U. K., Eriksen, L., & Espnes, G. A. (2011). Stress and Happiness Among Adolescents with Varying Frequency of Physical Activity. *Perceptual and Motor Skills*, 113(2), 631-646. doi: 10.2466/02.06.10.13.PMS.113.5.631-646

- Morais, N. A., Moraes, C. A., Reis, S., & Koller, S. H. (2010). Promoção de Saúde e Adolescência: Um Exemplo de Intervenção com Adolescentes em Situação de Rua. *Psicologia & Sociedade*, 22(3), 507-518.
- Munezawa, T., Kaneita, Y., Osaki, Y., Kanda, H., Ohtsu, T., ... Ohida, T. (2011). Nightmare and Sleep Paralysis among Japanese Adolescents: A Nationwide Representative Survey. *Sleep Medicine*, 12, 56-64.
- Natal, C. L., Lourenço, T. J., Silva, L. A., & Boscolo, R. A. (2009). Gender differences in the sleep habits of 11-13-year olds. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 31(4), 358-361.
- Natvig, G. K., Albrektsen, G., & Qvarnstrøm, U. (2003). Associations between psychosocial factors and happiness among school adolescents. *International Journal of Nursing Practice*, 9, 166-175.
- Nigg, C. R., & Amato, K. (2015). The Influence of Health Behaviors During Childhood on Adolescent Health Behaviors, Health Indicators, and Academic Outcomes Among Participants from Hawaii. *International Journal of Behavioral Medicine*, 22, 452-460. doi: 10.1007/s12529-014-9440-4
- Noland, H., Price, J. H., Dake, J., & Telljohann, S. K. (2009). Adolescents' Sleep Behaviors and Perceptions of Sleep. *Journal of School Health*, 79(5), 224-230.
- Novo, R. F. (2005). Bem-Estar e Psicologia: Conceitos e Propostas de Avaliação. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación - e Avaliação Psicológica*, 2(20), 183-203.
- Odgen, J. (1996). *Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi.
- Ohayon, M. M., Carskadon, M. A., Guilleminault, C., & Vitiello, M. V. (2004). Meta-Analysis of Quantitative Sleep Parameters From Childhood to Old Age in Healthy Individuals: Developing Normative Sleep Values Across the Human Lifespan. *Sleep*, 27(7), 1255-1273
- Pagel, J. F., Forister, N., & Kwiatkowsk, C. (2007). Adolescent Sleep Disturbance and School Performance: The Confounding Variable of Socioeconomics. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 3(1), 19-23.
- Pais-Ribeiro, L. (1998). *Psicologia e Saúde*. Lisboa: ISPA.
- Paiva, T., Gaspar, T., & Matos, M. G. (2015). Sleep deprivation in adolescents: correlations with health complaints and health-related quality of life. *Sleep Medicine*, 16, 521-527. doi: 10.1016/j.sleep.2014.10.010

- Paludo, S. S., & Koller, S. H. (2007). Psicologia Positiva: uma nova abordagem para antigas questões. *Paidéia*, 17(36), 9-20.
- Passareli, P. M., & Silva, J. A. (2007). Psicologia Positiva e o estudo do Bem-Estar Subjetivo. *Estudos de Psicologia*, 24(4), 513-517.
- Pereira, A., & Patrício, T. (2013). *Guia Prático de Utilização do SPSS: Análise de Dados para Ciências Sociais e Psicologia*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Peterson, C., Park, N., & Seligman, M. (2005). Orientations to Happiness and Life Satisfaction: The Full Life Versus the Empty Life. *Journal of Happiness Studies*, 6, 25-41. doi: 10.1007/s10902-004-1278-z
- Pilcher J. J., Ginter D.R., & Sadowsky, B. (1997). Sleep quality versus sleep quantity: relationships between sleep and measures of health, well-being and sleepiness in college students. *Journal of Psychosomatic Research*, 42(6), 583-596.
- Pill, R. (1991). Issues in lifestyles and health: Lay meanings of health and health behaviour. In B. Badura & I. Kickbusch (Eds.), *Health promotion research: Towards a new social epidemiology* (pp. 187-211). WHO regional publications: European series.
- Pinto, T. R., Pinto, J. C., Rebelo-Pinto, H., & Paiva, T. (2016). O sono em adolescentes portugueses: Proposta de um modelo tridimensional. *Análise Psicológica*, 34(4), 339-352. doi: 10.14417/ap.1221
- Poortinga, W. (2006). The prevalence and clustering of four major lifestyle risk factors in na English adult population, *Preventive Medicine*, 44, 124-128. doi: 10.1016/j.ypmed.2006.10.006
- Raphael, D. (2013). Adolescence as a gateway to adult health outcomes. *Maturitas*, 75, 137-141. doi: 10.1016/j.maturitas.2013.03.013
- Rodrigues, A. M. (2014). Problemas de Sono em Adolescentes com Dor Crónica (Dissertação de Mestrado). Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Rofey, D. L., McMakin, D. L., Shaw, D., & Ronald, E. D. (2013). Self-Regulation of Sleep, Emotion, and Weight during Adolescence: Implications for Translational Research and Practice. *Clinical Translational Science*, 6(3), 238-243. doi: 10.1111/cts.12034
- Rojas-Barahona, C. A., Gaete, J., Olivares, E., Forster, C. E., Chandia, E., & Chen, M. (2017). Psychometric Evaluation of the Adolescent Health Promotion Scale in Chile:

Differences by Socioeconomic Status and Gender. *The Journal of Nursing Research*, 25(6), 471-480. doi: 10.1097/JNR.000000000000196.

Ryan, R. M., & Deci, E.L. (2000). Self-Determination Theory and the Facilitation of Intrinsic Motivation, Social Development, and Well-Being. *American Psychologist*, 55(1), 68-78. doi: 10.1037/110003-066X.55.1.68

Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2001). On Happiness and Human Potentials: A Review of Research on Hedonic and Eudaimonic Well-Being. *Annual Review of Psychology*, 52, 141-166. doi: 0066-4308/01/0201-0141

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., & Keyes, C. L. (1995). The Structure of Psychological Well-Being Revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(4), 719-727.

Santos, K. F., & Bógus, C. M. (2007). A Percepção de Educadores sobre a Escola Promotora de Saúde: Um Estudo de Caso. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 17(3), 123-133. doi: 10.7322/jhgd.19854

Segura-Jiménez, V., Carbonell-Baeza, A., Keating, X. D., Ruiz, J. R., & Castro-Piñero, J. (2015). Association of sleep patterns with psychological positive health and health complaints in children and adolescents. *Quality of Life Research*, 24, 885-895. doi: 10.1007/s11136-014-0827-0

Shrestha, A. K. (2016). Positive Psychology: Evolution, Philosophical, Foundations, and Present Growth. *Indian Journal of Positive Psychology*, 7(4), 460-465.

Silva, P. C., Eira, C., Vicente, M. G., & Guerreiro, R. (2003). Promoção do desenvolvimento psicossocial das crianças através dos Serviços de Cuidados de Saúde Primários. *Análise Psicológica*, 1(XXI), 59-76.

Simões, C., Matos, M. G., & Batista-Foguet, J. (2008). Saúde e felicidade na adolescência: factores individuais e sociais associados às percepções de saúde e de felicidade dos adolescentes portugueses. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 4(2), 19-38. doi: 10.5935/1808-5687.20080013

Spear, H. J., & Kulbok, P. A. (2001). Adolescent Health Behaviors and Related Factors: A Review. *Public Health Nursing*, 18(2), 82-93.

- Spring, B., Moller, A. C., & Coons, M. J. (2012). Multiple health behaviours: overview and implications. *Journal of Public Health, 34*(1), 3-10. doi: 10.1093/pubmed/fdr111
- Strine, T. W., & Chapman, D. P. (2005). Associations of frequent sleep insufficiency with health-related quality of life and health behaviors. *Sleep Medicine, 6*(1), 23-27. doi: 10.1016/j.sleep.2004.06.003
- Stull, D. E. (1988). A dyadic approach to predicting well-being in later life. *Research of Aging, 10*, 81-101.
- Tait, M., Padget, M. Y., & Baldwin, T. T. (1989). Job and life satisfaction: A reexamination of the strength of the relationship and gender effects as a function of the date of the study. *Journal of Applied Psychology, 34*, 502-507.
- Tang, C. S., Wong, W. C., Leung, P. M., Chen, W., Lee, A., & Ling, D. C. (2010). Health compromising behaviors among Chinese adolescents: Role of physical abuse, school experience, and social support. *Journal of Health Psychology, 16*(3), 457-466. doi: 10.1177/1359105310384297
- Teixeira, J. A., & Leal, I. (1990). Psicologia da Saúde. Contexto e Intervenção. *Análise Psicológica, 4*(VIII), 453-458.
- Tomás, C. C., Queirós, P. J., & Ferreira, T. J. (2015). Comportamentos Promotores de Saúde: Propriedade Psicométricas de um Instrumento de Avaliação. *Texto Contexto 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 & Doenças, 16*(1), 23-34. doi: 10.15309/15psd160104
- Turbin, M. S., Jessor, R., Costa, F. M., Dong, Q., Zhang, H., & Wang, C. (2006). Protective and Risk Factors in Health-Enhancing Behavior among Adolescents in China and the United States: Does Social Context Matter? *Health Psychology, 25*(4), 445-454. doi: 10.1037/0278-6133.25.4.445
- Viana, V., Santos, P. L., & Guimarães, M. J. (2008). Comportamentos e Hábitos Alimentares em Crianças e Jovens: Uma revisão da Literatura. *Psicologia, Saúde & Doenças, 9*(2), 209-231.
- Waterman, A. S. (1993). Two Conceptions of Happiness: Contrasts of Personal Expressiveness (Eudaimonia) and Hedonic Enjoyment. *Journal of Personality and Social Psychology, 64*(4), 678-691.

- Wilhelm, I., Prehn-Kristensen, A., & Born, J. (2012). Sleep-dependent memory consolidation - What can be learnt from children? *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 36, 1718-1728. doi: 10.1016/j.neubiorev.2012.03.002
- Wilson, W. R. (1967). Correlates of avowed happiness. *Psychological Bulletin*, 67(4), 294-306. doi:10.1037/h0024431
- World Health Organization (2006). *Constitution of the World Health Organization*. Consultado em [http://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_en.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf)
- Zarinpoush, F., Cooper, M., & Moylan, S. (2000). The Effects of Happiness and Sadness on Moral Reasoning. *Journal of Moral Education*, 29(4), 397-412.
- Zenhas, F. P. (2012). *Felicidade Hedónica e Eudaimónica: um estudo com adolescentes*. (Dissertação de Mestrado). Universidade do Minho, Braga.



# ANEXOS



# Anexo A

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

1. Idade: \_\_\_\_\_ Turma: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_
2. Sexo:  Masculino  Feminino
3. Ano de escolaridade: \_\_\_\_\_
4. Local de residência (concelho): \_\_\_\_\_
5. 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  \_\_\_\_\_
6. Tem algum problema de saúde crónico (físico ou mental)? Não  Sim   
Qual \_\_\_\_\_
7. Tem algum tipo de acompanhamento psicológico/psiquiátrico? Não  Sim  Há quanto tempo? \_\_\_\_\_
8. 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 B



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, vêm 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 C

## PROTOCOLO DE CONSENTIMENTO

Eu, \_\_\_\_\_, **concordo** em participar num projeto de investigação intitulado “Comportamentos de Saúde, Bem-estar Psicológico e Felicidade em Adolescentes” conduzido pelas Dr.<sup>a</sup> Ana Raquel Silva e Ana Rita Ferreira, alunas do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, do Departamento de Psicologia e Educação da Universidade da Beira Interior, sob orientação científica da Prof.<sup>a</sup> Doutora Cláudia Mendes da Silva, docente do referido Departamento.

Compreendo que o objetivo deste estudo é contribuir para uma melhor compreensão dos determinantes da adoção de comportamentos de saúde em adolescentes.

**Em caso de concordar em participação no projeto**, é fundamental compreender que:

1. Posso recusar-me a participar neste estudo e que a minha recusa em nada interferirá no atendimento que o meu educando tem na instituição que frequenta.
2. Posso colaborar com os investigadores, aderindo ao estudo.
3. Aderindo ao estudo estou a possibilitar o avanço do conhecimento sobre esta área, mas que não me podem ser dadas garantias de qualquer benefício direto ou indireto apenas pela minha participação no estudo.

Compreendo ainda que me pode ser solicitado que o meu educando participe nas seguintes atividades:

4. Responder a quatro questionários. Estes questionários contêm questões que incidem sobre o comportamento do meu educando.

Estes questionários serão entregues pelas investigadoras e preenchidos na sua presença.

Compreendo que toda a informação obtida neste estudo será estritamente confidencial e que a minha identidade, assim como a do meu educando, jamais será revelada em qualquer relatório ou publicação ou a qualquer pessoa não relacionada diretamente com este estudo, a menos que eu o autorize por escrito.

Assinatura \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

**(Apenas assinar o consentimento no caso de concordar em participar no projeto de investigação)**

**Em caso de dúvida ou esclarecimento contacte:  
anaraquel\_ss@hotmail.com e/ou anarita.lferreira@hotmail.com**

